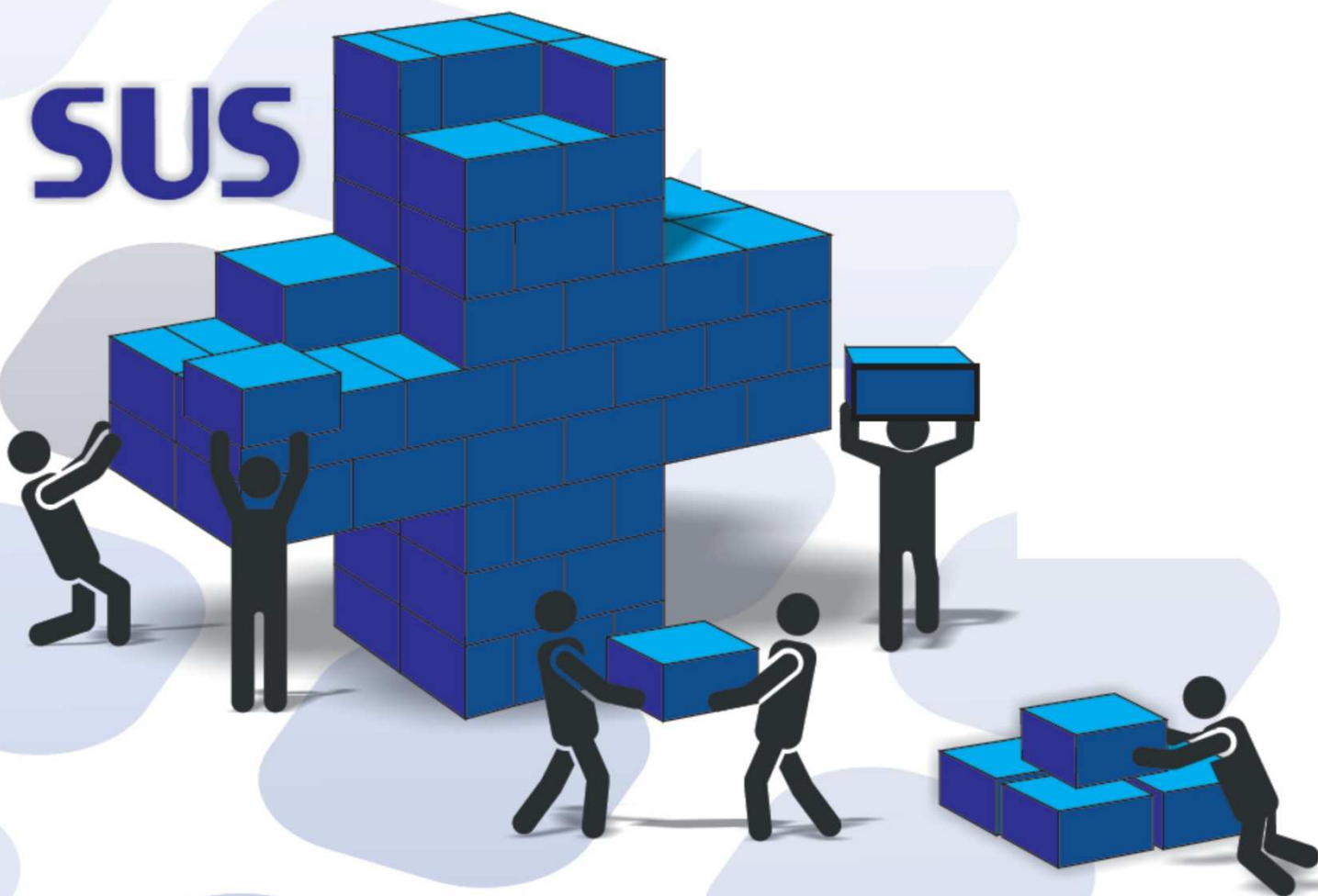


PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ

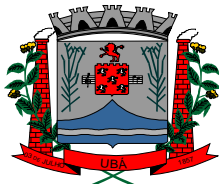
2018 - 2021

SUS



 CONSELHO
MUNICIPAL
DE SAÚDE
UBÁ, MINAS GERAIS

 **UBÁ**
PREFEITURA
SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE UBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Estado de Minas Gerais

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Plano Municipal de Saúde, apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Ubá/MG na Gestão 2018-2021, em cumprimento às Leis Federais 8080/90, regulamentada pelo Decreto Federal 7508/2011, Lei Federal 8142/90 e Lei Complementar Federal 141/2012.

Ubá – MG
2017

Prefeitura Municipal de Ubá – MG
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Planejamento e Gestão

Rua Antenor Machado, 339 – Centro
(32) 3301-6302
saude@uba.mg.gov.br

Coordenação Geral

Kleber de Almeida Peppe

Revisão Técnica

Aline Costa Moreira
Rafael Campos Gazolla
Isabela Cristina de Souza Lopes
Carolina de Souza Teixeira
Joseane de Lima Bento

Capa - Projeto Gráfico e Formatação

Rômulo Palma Moreira
Ana Carolina Fernandes

Comissão Coordenadora

Dulcinea Thinassi Perini
Kleber de Almeida Peppe
Aline Costa Moreira
João Paulo da Silva
Fábio Vieira Ribas
Isabela Cristina de Souza Lopes
Rômulo Palma Moreira
Carolina de Souza Teixeira
Joseane de Lima Bento
Rafael Campos Gazolla
Grazielle Lima de Araújo
José Geraldo Faria

"O Planejamento de longo prazo não lida com decisões futuras, mas com o futuro de decisões presentes".

Peter Drucker

PREFEITO MUNICIPAL DE UBÁ
EDSON TEIXEIRA FILHO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
DULCINEA THINASSI PERINI

ASSESSOR TÉCNICO
KLEBER DE ALMEIDA PEPPE

GERENTE DA DIVISÃO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
JOÃO PAULO DA SILVA

GERENTE DA DIVISÃO DE APOIO INSTITUCIONAL
EDUARDO NAVARRO SOARES

GERENTE DA DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
FÁBIO VIEIRA RIBAS

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
JOSÉ GERALDO FARIA

OUVIDOR MUNICIPAL DE SAÚDE
LUIS ANTÔNIO PEREIRA

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População Estimada Segundo Faixa Etária e Sexo	27
Tabela 2 - Evolução Populacional.....	28
Tabela 3 - Matrículas, Docentes e Rede Escolar	31
Tabela 4 - Habitação.....	34
Tabela 5 - Estrutura Sanitária.....	36
Tabela 6 - Mapa de Pobreza e Desigualdade	39
Tabela 7 - Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH-M.....	41
Tabela 8 - Produto Interno Bruto de Ubá em 2012	46
Tabela 9 - Quantitativo de Nascidos Vivos	49
Tabela 10 - Taxa de Natalidade	49
Tabela 11 – Nascimento por Tipo de Parto	50
Tabela 12 – Gestantes por faixa etária	51
Tabela 13 - Gestantes por número de consultas de pré-natal.....	51
Tabela 14 - Gestantes por grau de instrução.....	52
Tabela 15 - Nascidos vivos segundo peso ao nascer.....	53
Tabela 16 - Mortalidade Geral.....	54
Tabela 17 - Taxa de Mortalidade Geral	55
Tabela 18 - Mortalidade Infantil – Menores de 1 ano.....	55
Tabela 19 - Mortalidade Geral por faixa etária	56
Tabela 20 - Número de Internações por Pneumonias Bacterianas, segundo o município de residência, por ano, nos últimos 4 anos.....	59
Tabela 21 - Número de Internações por Transtornos Mentais, segundo município de	59
Tabela 22 - Número de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio, segundo	60
Tabela 23 - Número de Internações por Outras Doenças Isquêmicas do Coração, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	61
Tabela 24 - Número de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	61

Tabela 25 - Número de Internações por Outras Doenças Cérebrovasculares, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	62
Tabela 26 - Número de Internações por Asma, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	63
Tabela 27- Número de Internações por Hipertensão, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	63
Tabela 28 - Número de Internações por Diabetes Mellitus, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	64
Tabela 29 - Número Total de Internações, segundo o município de residência do paciente, por ano, nos últimos 4 anos	65
Tabela 30 - Notificações de Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola).	65
Tabela 31 – Número de casos novos de Tuberculose curados em relação ao número de casos diagnosticados (Residentes no município).....	66
Tabela 32 - Número de casos de Leishmaniose notificados/diagnosticados e curados.	67
Tabela 33 - Número de casos de Meningite Notificados e Confirmados... ..	68
Tabela 34 - Número de casos novos de Hanseníase curados em relação ao número de casos notificados/diagnosticados.....	69
Tabela 35 - Acidentes por animais peçonhentos	70
Tabela 36 - Agravos confirmados digitados no SINAN.....	70
Tabela 37 - Casos de Hepatite Viral e Leptospirose notificados, nos últimos 4 anos	71
Tabela 38 - Unidades Básicas de Saúde	77
Tabela 39 - Produção das ESF/SB	81
Tabela 40 - Equipes de Saúde Bucal ESB,s.....	81
Tabela 41 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	84
Tabela 42 - Ações do PSE.....	87
Tabela 43 - Prestador Conveniado junto ao SUS	94
Tabela 44 - Produção Ambulatorial	94
Tabela 45 - Quantitativo de profissionais por área e especialidades	95
Tabela 46 - Produção Ambulatorial	95
Tabela 47 - Recursos Humanos e Estrutura Física	96

Tabela 48 - Procedimentos realizados Policlínica Odontológica.....	97
Tabela 49 - Estrutura Física.....	98
Tabela 50 - Recursos Humanos da Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho	99
Tabela 51- Consolidado anual de procedimentos realizados - 2013	102
Tabela 52 - Consolidado anual de procedimentos realizados – 2014.....	102
Tabela 53 - Consolidado anual de procedimentos realizados – 2015.....	103
Tabela 54 - Consolidado anual de procedimentos realizados – 2016.....	104
Tabela 55 - Produção anual por especialidade – 2013.....	105
Tabela 56 - Produção anual por especialidade – 2014.....	106
Tabela 57 - Produção anual por especialidade – 2015.....	107
Tabela 58 - Produção anual por especialidade – 2016.....	108
Tabela 59 - Consultas Especializadas realizadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região – SIMSAÚDE	118
Tabela 60 - Consolida dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2013.....	121
Tabela 61- Consolida dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2014.....	121
Tabela 62 - Consolida dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2015.....	121
Tabela 63 - Consolidado dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2016.....	122
Tabela 64 - atendimentos realizados pelo Ambulatório de Saúde Mental	125
Tabela 65 - Recursos Humanos do CAPS II no ano de 2017	128
Tabela 66 - Consolidado 2013/2014/2015/2016	128
Tabela 67 - Recursos Humanos do CAPS AD III.....	131
Tabela 68 - Consolidado	131
Tabela 69 - Recursos Humanos da APAE/Ubá	138
Tabela 70 - APAE - Produção Ambulatorial	139
Tabela 71 - Recursos Humanos do CEO	140
Tabela 72 - Infraestrutura do CEO	140
Tabela 73 - CEO - Produção Ambulatorial (Total Físico)	141

Tabela 74 - Principais Agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN	143
Tabela 75 - Procedimentos Realizados pelo CEREST	144
Tabela 76 - Corpo Clínico do NRVCC	147
Tabela 77 - Equipamentos disponíveis – Serviços de Diagnósticos por Imagens.....	148
Tabela 78 - Total de leitos hospitalares – Ubá	150
Tabela 79 - Total de leitos complementares – Ubá.....	150
Tabela 80 - Total de leitos outras especialidades – Ubá.....	150
Tabela 81 - Consolidado de Internações Hospitalares em Ubá por tipo de clínica por municípios referencia via PPI.....	153
Tabela 82 – Tipos de atendimentos Realizados pelo CIDESTE 2014-2017	155
Tabela 83 - Cadastros de usuários realizados na Farmácia Municipal de Ubá	159
Tabela 84 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2013.....	160
Tabela 85 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2014.....	161
Tabela 86 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2015.....	161
Tabela 87 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2016.....	162
Tabela 88 - Amostras enviadas/Ano	167
Tabela 89 - Cobertura vacinal de campanhas (%)	169
Tabela 90 - Número de cadastrados:.....	170
Tabela 91 - Detecção de casos novos/ano.....	170
Tabela 92 - Números de Óbitos /faixa etária/ano.....	171
Tabela 93 - Atividades Educativo-Preventivas realizadas no período.....	172
Tabela 94 - ORGANOGRAMA - ZOONOSES.....	172
Tabela 95 - Estrutura dos Veículos – Zoonoses	173
Tabela 96 - Campanha de Vacinação Anti-rábica 2013	175
Tabela 97 - Campanha de Vacinação Anti-rábica 2015	176
Tabela 98 - Campanha de Vacinação Anti-rábica 2016	176
Tabela 99 - Ocorrência de acidentes por animais peçonhentos	176
Tabela 100 - Produção de Pesquisa e Tratamento -2013.....	176
Tabela 101 - Índice de Infestação LIRAA	177
Tabela 102 - Produção de Pesquisa e Tratamento - 2014.....	177

Tabela 103 - Índice de Infestação LIRAA	177
Tabela 104 - Produção de Pesquisa e Tratamento -2015	178
Tabela 105 - Índice de Infestação LIRAA	178
Tabela 106 - Produção de Pesquisa e Tratamento -2016	178
Tabela 107 - Índice de Infestação LIRAA	179
Tabela 108 - Agenda do gestor segundo o ciclo de planejamento no SUS prazo instrumento providências	185
Tabela 109 - Blocos de Financiamento do SUS	191
Tabela 110 - Receitas por vínculo	194
Tabela 111 - Aplicação de recursos em saúde – LC 141/12	196
Tabela 112 - Despesas por Vínculo	197
Tabela 113 - Principais referências de Média Complexidade do município de Ubá	205
Tabela 114 - Principais referências de Média e Alta Complexidade da Microrregião de Ubá	205
Tabela 115 - Referências de Média/Alta Complexidade de Ubá	208
Tabela 116 - Outras referências de Média/Alta Complexidade de Ubá	211
Tabela 117 - Quantitativos de unidades por tipo de prestador	215
Tabela 118 - Quantitativos de Unidades por tipo de habilitação	216
Tabela 119 - Quantitativos físicos de equipamento por tipo de unidade	217
Tabela 120 - Laboratórios de Análises Clínicas	221
Tabela 121 - Clínicas Fisioterápicas	221
Tabela 122 - Serviços de Imagens (USG, RX, RNM, TC, Mamografia)	221
Tabela 123 - Serviço de Diálise (SUN)	222
Tabela 124 - Condenações Judiciais	226
Tabela 125 - Condenações em 2013 e 2014	226
Tabela 126 - Perícias Médicas	230
Tabela 127 - Processos Seletivos Simplificados	230
Tabela 128 - Mesa Diretora do CMS/Ubá – Mandato 2016-2018	232
Tabela 129 – Composição por Segmento	232
Tabela 130 - Atenção Primária à Saúde	247
Tabela 131 - 12.2 Atenção Secundária à Saúde	267
Tabela 132 - Atenção Terciária à Saúde	273
Tabela 133 - Assistência Farmacêutica	275

Tabela 134 - Vigilância em Saúde	281
Tabela 135 - Transporte Sanitário.....	297
Tabela 136 - Gestão da Saúde.....	299
Tabela 137 - Controle Social.....	303

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 – Mapa geográfico de Ubá e municípios limítrofes	26
Ilustração 2 – Indústria de Móveis José Francisco Parma	42
Ilustração 3 - Mapa da Região de Abrangência do CEREST	145
Ilustração 4 - CIDEST	156
Ilustração 5 – Mapa da Microrregião de Ubá.....	212
Ilustração 6 – Mapa das Macrorregiões de Minas Gerais	212

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Demonstrativo de Evolução Populacional	29
Gráfico 2 – Estrutura Etária	30
Gráfico 3 – Pirâmide Etária.....	30
Gráfico 4 – Matrículas	32
Gráfico 5 – Docentes.....	32
Gráfico 6 - Rede Escolar	33
Gráfico 7 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH-M.....	41
Gráfico 8 - Evolução do Produto Interno Bruto – PIB de 2007 a 2011	44
Gráfico 9 - Comparativo do Produto Interno Bruto – PIB Per capita	44
Gráfico 10 - Estatística do Cadastro Central de Empresas – 2008	44
Gráfico 11 - Receitas e Despesas Orçamentárias - Ubá	45
Gráfico 12 - Receitas e Despesas Orçamentárias Minas Gerais	45
Gráfico 13 - Receitas e Despesas Orçamentárias Brasil	45
Gráfico 14 Gráfico - Produto Interno Bruto de Ubá em 2012.....	46
Gráfico 15- Nascidos Vivos	49
Gráfico 16 - Taxa de Natalidade	50
Gráfico 17 - Nascimento por Tipo de Parto.....	50
Gráfico 18– Gestantes por faixa etária	51
Gráfico 19 – Gestantes por número de consultas de pré-natal.....	52
Gráfico 20– Gestantes por grau de instrução.....	52
Gráfico 21 - Nascidos vivos segundo peso ao nascer.....	53
Gráfico 22 – Mortalidade Geral.....	55
Gráfico 23 – Taxa de Mortalidade Geral	55
Gráfico 24– Mortalidade Infantil – Menores de 1 ano	56
Gráfico 25 - Mortalidade Geral por faixa etária.....	57
Gráfico 26 – Número de Internações por Pneumonias Bacterianas, segundo o município de residência, por ano, nos últimos 6 anos	59
Gráfico 27– Número de Internações por Transtornos Mentais	60
Gráfico 28- Número de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio	60
Gráfico 29 - Número de Internações por Outras Doenças Isquêmicas do Coração.....	61

Gráfico 30 - Número de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	62
Gráfico 31 – Número de Internações por Outras Doenças Cérebrovasculares, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	62
Gráfico 32 – Número de Internações por Asma, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	63
Gráfico 33 - Número de Internações por Hipertensão, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	64
Gráfico 34 – Número de Internações por Diabetes Mellitus, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos	64
Gráfico 35 – Número Total de Internações, segundo o município de residência do paciente, por ano, nos últimos 4 anos	65
Gráfico 36 – Notificações de Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola)	66
Gráfico 37 – Número de casos novos de Tuberculose curados em relação ao número de casos diagnosticados (Residentes no município).....	67
Gráfico 38 - Número de casos de Leishmaniose notificados/diagnosticados e curados.	68
Gráfico 39 – Número de casos de Meningite Notificados e Confirmados.	69
Gráfico 40 – Número de casos novos de Hanseníase curados em relação ao número de casos notificados/diagnosticados.	69
Gráfico 41 – Acidentes por animais peçonhentos	70
Gráfico 42 – Agravos confirmados digitados no SINAN.....	71
Gráfico 43 – Casos de Hepatite Viral e Leptospirose notificados, nos últimos 4 anos	72
Gráfico 44 – Principais Agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN	144
Gráfico 45 – Cadastros de usuários da Farmácia Municipal.....	160
Gráfico 46 – Média Mensal de Dispensações – 2013 a 2016.....	162
Gráfico 47 – Amostras	168
Gráfico 48 – Número de cadastrados	170
Gráfico 49 – Detecção de casos novos/ano.....	171
Gráfico 50– Incidência de óbitos por HIV/AIDS	172

Gráfico 51 - População canina	180
Gráfico 52 - Consumo Ração - Kg	180
Gráfico 53 - Receitas por vínculo.....	199
Gráfico 54– Aplicação dos Recursos em Saúde	200
Gráfico 55– Percentual de Aplicação em Saúde – LC 141/12.....	200
Gráfico 56– Despesas por vínculo.....	200

LISTA DE ANEXOS

- Anexo I - Recursos Humanos do Setor de Saúde
- Anexo II - Recursos Humanos do Setor de Saúde
- Anexo III - Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013
- Anexo IV - Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2014
- Anexo V - Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2015
- Anexo VI - Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2016
- Anexo VII - Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2017
- Anexo VIII - Termo de Compromisso de Gestão Municipal
- Anexo IX - Plano Plurianual 2018/2021
- Anexo X - Plano Diretor de Urgência e Emergência da Região Macro-Sudeste;
- Anexo XI - Propostas deliberadas na X Conferência Municipal de Saúde de Ubá;
- Anexo XII - Resolução 5484 Programa de Fortalecimento de Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	AcquiredImmunodeficiencySyndrome
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APL	Arranjo Produtivo Local
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCG	Bacilo de Calmete-Guérin
BIPAP	Bi Level Positive Airway Pressure
BLMAC	Bloco de Média e Alta Complexidade
CAF	Cirurgia De Alta Frequência
CAIC	Centro de Aprendizagem e Integração de Cursos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONVSA	Convênios com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DM	Diabetes Mellitus
DML	Depósito de Material de Limpeza

DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ECG	Eletrocardiograma
EEG	Eletroencefalograma
EPCDOE	Epidemiologia e Controle de Doenças
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FEMUR	Feira de Móveis de Ubá e Região
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GM	Gabinete do Ministério
GRS	Gerência Regional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistemática
HIV	HumanImmunodeficiencyVirus
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IGA	Instituto de Geociências Aplicadas
INEP	Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MSAUDE	Ministério da Saúde

NRVCC	Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer
NS	Nível Superior
NUPAD	Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico
PAB	Piso de Atenção Básica
PABFIX	Piso de Atenção Básica – Parte Fixa
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PARM	Programa de Armadilha
PAVS	Programação Anual de Vigilância em Saúde
PBA	Programa Brasil Alfabetizado
PCDCH	Programa de Controle da Doença de Chagas
PCE	Programa de Controle da Esquistosomose
PCFAD	Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROHOSP	Programa de Fortalecimento dos Hospitais Filantrópicos
PPD	Derivado Protéico Purificado (Teste Tuberculínico)
PRO-URGE	Programa de Fortalecimento da Urgência e Emergência
PSAUBU	Programa Saúde Bucal
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SAE	Serviço de Assistência Especializada

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SICRIE	Sistema de Informação sobre o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAGUA	Sistema de Informações de Vigilância da Qualidade da Água
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISPACTO	Sistema de Pacto pela Saúde
SIS-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional e Imunização
SISPRENATAL	Sistema de Informação de acompanhamento do Pré-Natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
TESTE PPD	Teste Tuberculínico
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
THD	Técnico de Higiene Dentário
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBV	Ultrabaixo Volume
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIGIAGUA	Programa de Vigilância Da Qualidade Da Água
VIGIAPP	Programa de Vigilância de Acidentes com Produtos Perigosos
VIGISOLO	Vigilância em Saúde de Populações Expostas ao Solo Contaminado
VIGSAN	Vigilância Sanitária
VISA	Vigilância Sanitária
WEB	World Wide

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE ILUSTRAÇÃO	14
LISTA DE GRÁFICOS	15
LISTA DE ANEXOS	18
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	19
1 INTRODUÇÃO	21
2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO	23
2.1 Formação Histórica do Município	23
2.2 Identificação	26
2.3 Características Demográficas	27
2.4 Educação	30
2.4.1 Número de Chefes de Família Não Alfabetizados	33
2.5 Características Sócio-Econômicas	33
2.5.1 Habitação	33
2.5.2 Saneamento Básico	34
2.5.3 Energia Elétrica	37
2.5.4 Pobreza, Desigualdade e Exclusão Social	37
2.5.5 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M	39
2.5.6 Características Econômicas	42
3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE	47
3.1 Recursos Humanos	48
4 ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DE SAÚDE	49
4.1 Natalidade	49
4.2 Mortalidade Geral	54
4.3 Morbidade Hospitalar – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial	59
4.4 Morbidades do Sistema de Informação de Agravos de Notificações – SINAN	65
5 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	73
5.1 Atenção Primária à Saúde	75
5.1.1 Unidades Básicas de Saúde	76
5.1.2 Programa Mais Vida	82
5.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	82
5.1.4 Programa Saúde na Escola – PSE	85

5.1.5 Programa Bolsa Família	89
5.1.6 Programa Academia da Saúde	89
5.1.7 Programa Mais Médicos para o Brasil	91
5.1.8 Programa Saúde em Movimento	91
5.1.9 Sociedade Beneficente Anália Franco	93
5.1.10 Sindicato dos Produtores Rurais de Ubá	94
5.1.11 Policlínica Odontológica	96
5.2 Atenção Secundária	98
5.2.1 Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho	98
5.2.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região - SIMSAÚDE	109
5.2.3 Assistência em Fisioterapia	118
5.2.4 Rede de Atenção Psicossocial	122
5.2.4.1 Ambulatório de Saúde Mental	124
5.2.4.2 Centro de Apoio Psicossocial – CAPS II	126
5.2.4.3 Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPS AD III	129
5.2.4.4 Serviço de Residência Terapêutica – SRT II	132
5.2.4.5 Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE/Ubá	133
5.2.5 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	139
5.2.6 <i>Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST</i>	142
5.2.7 Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer	147
5.2.8 Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional de Ubá/MG	148
5.3 Atenção Terciária à Saúde – Assistência Hospitalar	149
5.3.1 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste - Juiz de Fora/MG – CISDESTE	154
6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	157
7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	163
7.1 Vigilância Sanitária	163
7.2 Vigilância Epidemiológica e Ambiental	166
7.2.2 Imunização	168
7.2.2- Vigilância Ambiental	169
7.3 Controle de Zoonoses	172
7.3.1 Canil Municipal	179
8 GESTÃO EM SAÚDE	181
8.1 Planejamento, Gestão e Regulação do SUS	181

8.1.1Fundo Municipal de Saúde	187
8.1.2 Regulação do SUS	201
8.1.2.1 Programação Pactuada Integrada	203
8.1.2.2 Tratamento Fora do Domicílio – TFD	213
8.1.2.3 Rede Assistencial de Saúde	214
8.1.2.4 Sala de Situação em Saúde	222
8.2 Apoio Institucional	224
9 CONTROLE SOCIAL	231
9.1 Conselho Municipal de Saúde	231
9.1.1 Composição do CMS/Ubá	232
9.2 Ouvidoria Regional de Saúde	234
10 LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	236
10.1 Problemas prioritários dos Três Níveis de Atenção à Saúde	236
10.1.1 Na Atenção Primária:	236
10.1.2 Na Atenção Secundária	237
10.1.3 Na Atenção Terciária	238
10.1.4 Na Vigilância em Saúde	238
10.1.5 Na Assistência Farmacêutica	238
10.1.6 No Transporte Sanitário	239
10.1.7 Na Gestão	239
10.1.8 No Controle Social	240
11 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	241
11.1 Falta de água e esgoto coletados e tratados nos distritos e localidades ¹	241
11.2 Falta de tratamento de esgoto na sede do Município	242
11.3 Formas e métodos de gestão do trabalho em Ubá e particularidades das atividades no ramo moveleiro	242
11.4 Pouca disponibilização de espaço para lazer e atividades físicas	244
11.5 Deficiência do sistema de transporte público municipal	245
11.6 Violência na Juventude	245
12 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E AÇÕES	247
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS	309

1 INTRODUÇÃO

O município de Ubá através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem atribuição de coordenar e executar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Ubá é o resultado de um amplo processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde. Dessa forma, o conteúdo deste documento expressa a identificação das necessidades de saúde da população Ubaense, apresenta as diretrizes, os objetivos, metas e as ações para a gestão da saúde no período de 2018 a 2021, tendo como base as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 e do Decreto 7508/2011 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde, como também foram considerados estudos apresentados no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, os compromissos do Plano de Governo 2017-2020, o Pacto pela Saúde e outros instrumentos de pactuação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde.

Foram resgatados o debate e as diretrizes aprovadas pelas últimas, contemplando o amplo debate político sobre as prioridades e os desafios no campo da saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

Neste prisma, esse Documento apresenta a análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população Ubaense, em que estão apresentados os principais indicadores demográficos, de morbimortalidade, de estrutura e acesso.

Assim, o Plano Municipal de Saúde de Ubá 2018-2021 foi elaborado através de oficinas técnicas específicas, quais sejam:

- Atenção Primária;
- Atenção Secundária;
- Atenção Terciária;
- Assistência Farmacêutica;
- Vigilância em Saúde;
- Gestão em Saúde;
- Controle Social.

Neste formato, o debate, a pactuação, os esclarecimentos, a necessidade, os dados estatísticos e o planejamento foram peças fundamentais para a construção de uma ferramenta utilizável, consoante às necessidades da população assim como da atual realidade econômica do país.

Por fim, é preciso que o Plano Municipal de Saúde aponte soluções exeqüíveis, com compromissos assumidos por todos os atores, com normas e regras claras e que sigam as principais diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, voltadas para a qualificação da atenção, e educação do usuário, tanto em relação aos seus direitos quanto aos deveres como cidadão, com a finalidade de cumprirmos os objetivos e metas traçados e para a utilização adequada do SUS.

2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO

2.1 Formação Histórica do Município

A palavra Ubá, em tupi-guarani, significa canoa de uma só peça escavada em tronco de árvore. É também o nome popular da gramínea "GynerunSagittatum", da folha estreita, longilínea e flexível, em forma de cano, utilizada pelos índios na confecção de flechas de caça e combate, e encontradas em toda a extensão das margens do ribeirão que corta a cidade. O nome do Rio Ubá se deu justamente pela existência dessas gramíneas.

A colonização da bacia do Rio Pomba deu-se, inicialmente, a partir da decadência das atividades de mineração. Em fins do século XVIII e início do século XIX, várias famílias deixaram Mariana, Ouro Preto, Guarapiranga e outros centros de extração à procura de terras férteis e propícias à agricultura, onde pudessem desenvolver atividades de renda mais estável e segura.

As regiões banhadas pelo Rio Turvo, Chopotó, Pomba e outros, eram assediadas devido à ocorrência de florestas que prestaram à extração de madeira e que até então eram habitadas pelos índios (chopós, croatos e puris) e aventureiros. Esses fundaram fazendas, que prosperaram e deram início à formação de núcleos de população, hoje, cidades florescentes, entre as quais, a cidade de Ubá.

Em novembro de 1767, o Padre Manoel de Jesus Maria foi encarregado de catequizar os índios, preparando as bases para a entrada dos donos de sesmarias, a partir de 1797, iniciando assim a organização de um grande aldeamento central.

No período de 1797 a 1798, foram doadas as primeiras sesmarias, localizadas em terras desocupadas e situadas nas cabeceiras, encostas e margens do Rio Ubá. Nesta época, Bernardo Antônio de Lorena, do conselho de sua majestade, rei D. João VI, era governador da capitania de Minas Gerais.

Em 1805, o capitão Mor Antônio Januário Carneiro, natural de Calambau e seu cunhado, comendador José Cesário de Faria Alvim, adquiriram várias sesmarias até então pertencentes ao Município de São João Batista do Presídio, hoje, Visconde do Rio Branco, trazendo suas famílias, escravos e rebanhos. Fundaram, assim, a atual cidade de Ubá.

Neste período, segundo acordo firmado entre o Vaticano e os reis católicos, quando fosse fundada uma povoação nos países colonizados, em primeiro lugar deveria ser construída uma igreja como marco inicial.

Enquanto os primeiros donos das terras situadas às margens do Rio Ubá se preocupavam com suas fazendas, Antônio Januário Carneiro idealizou fundar uma povoação. Seu primeiro passo foi liderar um movimento para assinar a petição requerendo o alvará para a construção da igreja, a qual deveria ser provida de parâmetros para que pudesse ser consagrada ao seu orago (santo de invocação que dá nome à capela).

Para promover esta povoação, o capitão Mor trouxe todos os operários necessários para a construção da igreja, dando-lhes pequenas glendas de terras, moradia e alimentos, enquanto não pudesse ter abastecimento próprio pelo cultivo da terra. Foi também por seu intermédio, que dezenas de famílias vieram em princípio do século XIX, para o povoado que estava se formando, como os Vieira de Andrade, Faria Alvim, Ferreira Valente, Martins Pacheco e outros mais.

A capela foi construída sob a devoção de São Januário. Com o crescimento do arraial foi elevada à Paróquia de São Januário de Ubá em 07 de abril de 1841. O desenvolvimento do povoado se deu gradativamente ao redor da Paróquia e em direção à estrada que levaria a Guarapiranga, onde foram edificadas as primeiras residências em sapé. Esse povoado recebeu o nome de São Januário de Ubá. Devido ao desenvolvimento da paróquia e das atividades dos habitantes, principalmente a cultura do café, em 1854 o povoado recebeu o foro de Vila e, em 1857, foi elevada à categoria de cidade com o nome de Ubá.

Nesse período colonial, a terra tinha pouco valor, pois tudo estava por fazer e o produto primário era o grande objetivo da transformação, tornando a mão-de-obra do campo, a principal fonte de renda. O escravo tornou-se peça fundamental para o desenvolvimento agrícola da região, chegando a valer nessa época, mais do que 30 alqueires de terra.

Somente após 1810, houve incentivo ao tráfico de escravos que, com sua capacidade de cultura à terra e seu adestramento nos trabalhos da Casa Grande, contribuíram bastante para a economia cafeeira de Ubá.

A chegada dos imigrantes italianos proporcionou um aumento nas diversas culturas, principalmente na fumageira. A imigração ocorreu em duas épocas distintas e procedências diferentes:

- A primeira fase correspondeu ao ingresso de imigrantes provenientes do sul da Itália que traziam como vantagem suas variadas profissões: artesãos, alfaiates, comerciantes, operários, ferreiros, caldeireiros e marceneiros. Contudo, não eram agricultores, mas colaboravam, e muito, para a melhoria da cidade de Ubá, que, na época, não contava com luz, calçamento, saneamento básico, como todas as demais cidades da Zona da Mata.

- A segunda fase correspondeu à chegada de imigrantes provenientes do norte da Itália, que chegaram aqui somente após a abolição da escravatura em 1888. Ao contrário dos primeiros, esses eram camponeses organizados e disciplinados que vieram substituir o trabalho escravo, dando a Ubá um novo impulso econômico.

Os imigrantes tiveram importantes participações na evolução do município sob os aspectos político, econômico e social, tendo sido um dos poucos municípios do estado, onde os italianos permaneceram após a crise agrícola no país, com a queda do preço do café. Nesta época, houve grande fuga dos colonos, principalmente italianos, que saíam do Estado de Minas Gerais em direção ao Estado de São Paulo.

Aproveitando a baixa geral dos imóveis, adquiriram grandes extensões de terra. Compravam fazendas e subdividiam-nas em várias propriedades, fato que gerou grande atração aos colonos vindos de outras regiões.

Hoje, o Município de Ubá é um dos maiores do país, devido justamente a esta grande subdivisão de terras. Em 1988 Ubá contava com 4.586 propriedades agrícolas, sendo a maior parte, em mãos de italianos ou descendentes, segundo Vila e Ação da Colônia Italiana no Município de Ubá - MG, editado pela Academia Ubaense de Letras.

A partir dessa característica de parcelamento do solo, desaparece o latifúndio e, com ele, a monocultura do café, dando lugar à policultura do fumo, cereais, cebola, batata, pimentões, tomates, entre outros. Houve, em consequência, um decréscimo no setor agrícola da economia. Mais recentemente, o setor secundário, principalmente a indústria moveleira, passou a ser a atividade econômica mais importante de Ubá.

Em 1811, o município foi subdividido em seis distritos: Tocantins, Sapé, Marianas, Rodeiro, Divino e a sede em Ubá.

Durante sua evolução, aconteceram algumas modificações na divisão político-administrativa do território, até finalmente chegar aos quatro distritos atuais: Ubari, Diamante, Miragaia e Ubeba, com uma superfície de 408km².

2.2 Identificação

Ilustração 1 – Mapa geográfico de Ubá e municípios limítrofes



- a) Código do Município no IBGE: 316990;
- b) Unidade de Federação: MG;
- c) Região: Sudeste;
- d) Mesorregião: Zona da Mata;
- e) Microrregião: Ubá;
- f) Ano de Instalação do Município: 1857;
- g) Área do Município (Km²): 407,452;
- h) Longitude da sede do Município (graus): 42° 56' 34";
- i) Latitude da sede do Município (graus): -21° 07' 12";

- j) Altitude da sede do Município (Praça São Januário): 338 metros;
- k) Temperatura média anual (graus): 23,5°;
- l) Topografia (%): 5% da sua área plana, 55% ondulada e 40% montanhosa;
- m) Principais rios: Córrego Bom Retiro e Ribeirão Ubá;
- n) Bacia Hidrográfica: Bacia Rio Paraíba do Sul/Bacia Rio Doce;
- o) População Total, 2000: 84.987;
- p) População Total, 2010: 101.519;
- q) População Total, 2017: 113.300;
- r) Distância aproximada da capital (Km): 290;
- s) Acessos: MG-124, MG-447, BR-265, BR-040;
- t) Municípios Limítrofes: Dolores do Turvo, Senador Firmino, Divinésia, Visconde do Rio Branco, Guidoal, Rodeiro, Astolfo Dutra, Piraúba, Tocantins.

Fonte: IGA e IBGE

2.3 Características Demográficas

Tabela 1 - População Estimada Segundo Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	737	706	1.443
1 ano	699	666	1.365
2 anos	677	643	1.320
3 anos	669	635	1.304
4 anos	673	640	1.313
5 anos	687	655	1.342
6 anos	708	678	1.386
7 anos	735	708	1.443
8 anos	767	742	1.509
9 anos	800	778	1.578
10 anos	837	818	1.655
11 anos	880	865	1.745
12 anos	907	894	1.801
13 anos	907	895	1.802
14 anos	892	880	1.772
15 anos	879	866	1.745
16 anos	862	849	1.711
17 anos	858	846	1.704

18 anos	876	864	1.740
19 anos	907	897	1.804
20 a 24 anos	4.832	4.772	9.604
25 a 29 anos	4.828	4.629	9.457
30 a 34 anos	4.382	4.379	8.761
35 a 39 anos	3.766	3.918	7.684
40 a 44 anos	3.754	3.742	7.496
45 a 49 anos	3.531	3.698	7.229
50 a 54 anos	3.027	3.199	6.226
55 a 59 anos	2.336	2.395	4.731
60 a 64 anos	1.735	1.889	3.624
65 a 69 anos	1.162	1.388	2.550
70 a 74 anos	936	1.097	2.033
75 a 79 anos	623	864	1.487
80 anos e mais	618	1.022	1.640
Total	51.487	52.517	104.004
Fonte: DATASUS - 2012			

Tabela 2 - Evolução Populacional

Ano	População	Método
2000	84.632	Censo
2001	87.271	Estimativa
2002	88.969	Estimativa
2003	90.781	Estimativa
2004	94.584	Estimativa
2005	96.689	Estimativa
2006	98.778	Estimativa
2007	94.228	Estimativa
2008	98.423	Estimativa
2009	99.708	Estimativa
2010	101.466	Censo
2011	102.782	Estimativa

2012	104.004	Estimativa
2013	108.493	Estimativa
2014	109.779	Estimativa
2015	111.012	Estimativa
2016	112.186	Estimativa
2017	113.300	Estimativa
Fonte: IBGE – Estimativas de população		

Gráfico 1– Demonstrativo de Evolução Populacional

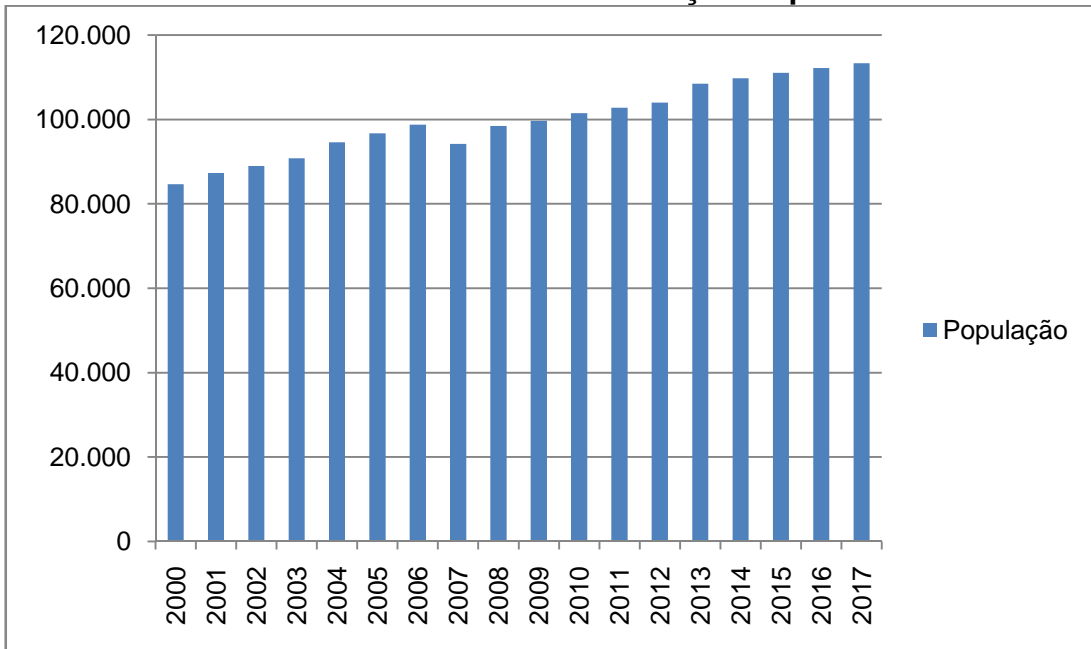
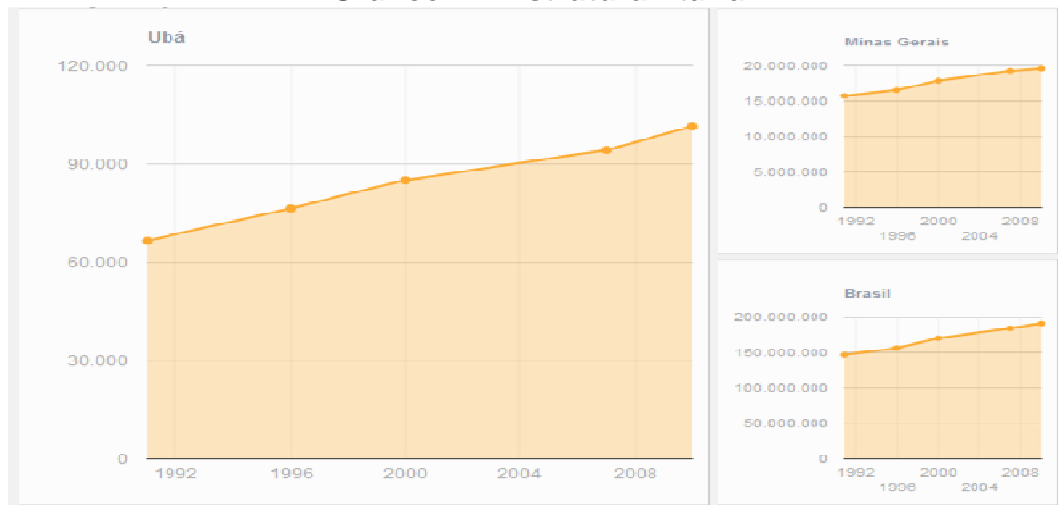
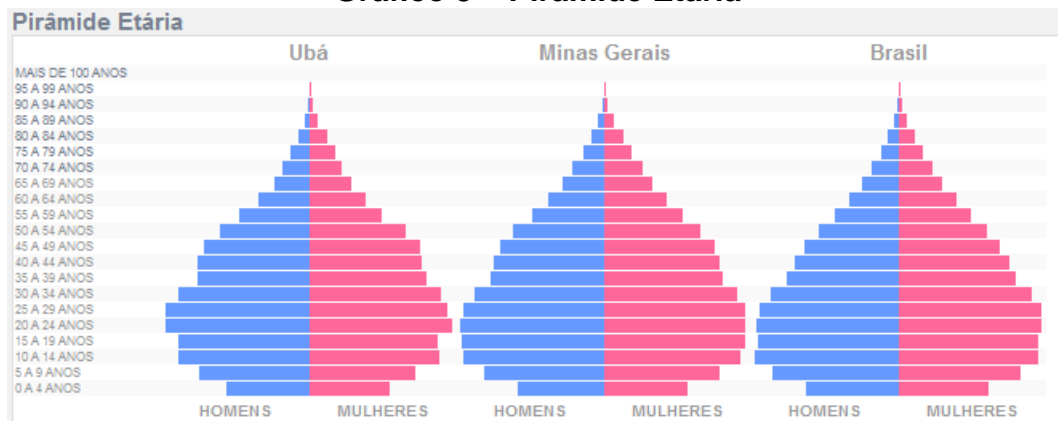


Gráfico 2 – Estrutura Etária**Gráfico 3 – Pirâmide Etária**

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

As estruturas etárias de 1992 à 2008 demonstram o envelhecimento da população.

É importante ressaltar que na década de 80, a população de idosos (60 e mais) em Ubá equivalia a 7,14% da população total. Em 2000, este valor se elevou para 9,22% e em 2012, está em 10,90%.

2.4 Educação

Tabela 3 - Matrículas, Docentes e Rede Escolar

Matrícula - Ensino fundamental	12.680	Matrículas
Matrícula - Ensino fundamental - escola pública estadual	7.379	Matrículas
Matrícula - Ensino fundamental - escola pública municipal	3.176	Matrículas
Matrícula - Ensino fundamental - escola privada	2.125	Matrículas
Matrícula - Ensino médio	3.708	Matrículas
Matrícula - Ensino médio - escola pública estadual	3.148	Matrículas
Matrícula - Ensino médio - escola privada	560	Matrículas
Matrícula - Ensino pré-escolar	2.460	Matrículas
Matrícula - Ensino pré-escolar - escola pública municipal	1.987	Matrículas
Matrícula - Ensino pré-escolar - escola privada	473	Matrículas
Docentes - Ensino fundamental	742	Docentes
Docentes - Ensino fundamental - escola pública estadual	404	Docentes
Docentes - Ensino fundamental - escola pública municipal	149	Docentes
Docentes - Ensino fundamental - escola privada	189	Docentes
Docentes - Ensino médio	273	Docentes
Docentes - Ensino médio - escola pública estadual	189	Docentes
Docentes - Ensino médio - escola privada	84	Docentes
Docentes - Ensino pré-escolar	140	Docentes
Docentes - Ensino pré-escolar - escola pública municipal	100	Docentes
Docentes - Ensino pré-escolar - escola privada	40	Docentes
Escolas - Ensino fundamental	39	Escolas
Escolas - Ensino fundamental - escola pública estadual	17	Escolas
Escolas - Ensino fundamental - escola pública municipal	13	Escolas
Escolas - Ensino fundamental - escola privada	9	Escolas
Escolas - Ensino médio	13	Escolas
Escolas - Ensino médio - escola pública estadual	7	Escolas
Escolas - Ensino médio - escola privada	6	Escolas
Escolas - Ensino pré-escolar	29	Escolas
Escolas - Ensino pré-escolar - escola pública municipal	19	Escolas
Escolas - Ensino pré-escolar - escola privada	10	Escolas
Fonte: Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP		

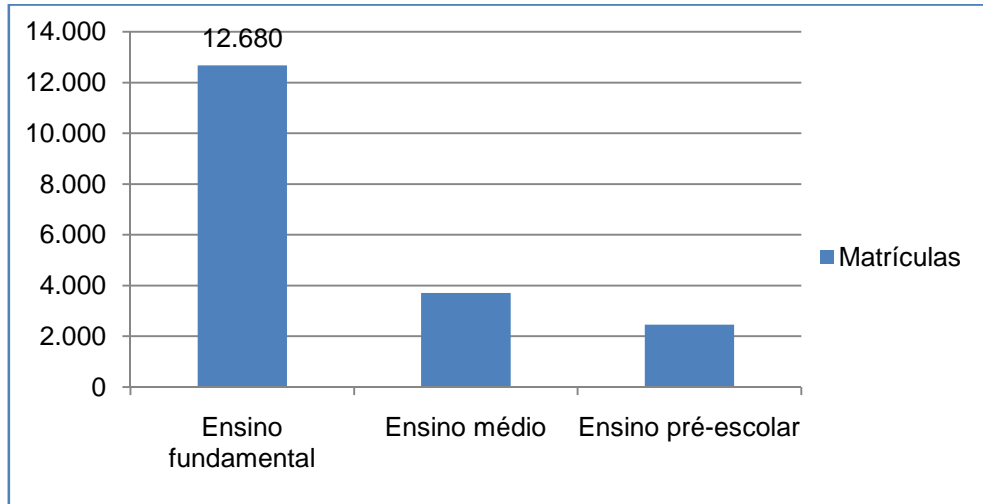
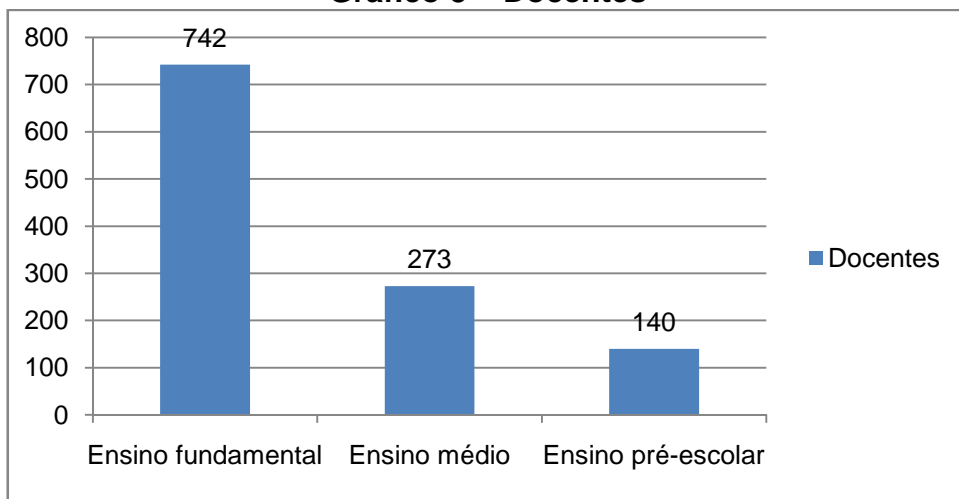
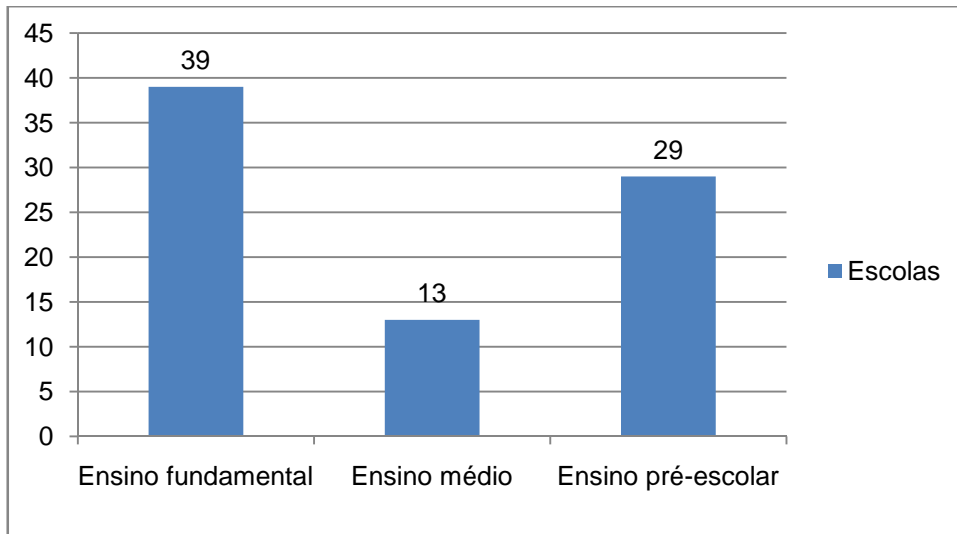
- Censo Educacional 2015.**Gráfico 4 – Matrículas****Gráfico 5 – Docentes**

Gráfico 6 - Rede Escolar

2.4.1 Número de Chefes de Família Não Alfabetizados

A taxa de analfabetismo da população geral de 15 anos ou mais, segundo dados do IBGE 2010, é de 5,8%, equivalente a 4.608 pessoas. Destes, 2.421 pessoas pertencem à faixa etária de 60 anos ou mais, 1.428 pessoas de 40 a 59 anos, 544 pessoas de 25 a 39 anos e 215 de 15 a 24 anos.

2.5 Características Sócio-Econômicas

2.5.1 Habitação

Dentre os itens essenciais a serem tratados no desenvolvimento sustentável, destaca-se a habitação, necessidade básica do ser humano. A moradia adequada é uma das condições determinantes para a qualidade de vida da população. Um domicílio pode ser considerado satisfatório quando apresenta um padrão mínimo de aceitabilidade dos serviços de infra-estrutura básica, além de espaço físico suficiente para seus moradores.

A densidade de moradores por dormitório é um dos indicadores que expressa a qualidade de vida na moradia e em conjunto com as características constitutivas e a disponibilidade de serviços básicos de infra-estrutura têm influência marcante na saúde e no bem estar da população.

Tabela 4 - Habitação

TOTAL DA POPULAÇÃO	101.519
Total de homens	50.258
Total de mulheres	51.261
Total da população urbana	97.636
Total da população rural	3.883
Total de domicílios particulares	35.621
Total de domicílios particulares ocupados	32.195
Total de domicílios coletivos com morador	21
Total de domicílios coletivos sem morador	15
Fonte: IBGE, Censo 2010	

2.5.2 Saneamento Básico

Sanear quer dizer tornar são, sadio, saudável. Pode-se concluir, portanto, que Saneamento equivale à saúde. Entretanto, a saúde que o Saneamento proporciona difere daquela que se procura nos hospitais e nas chamadas casas de saúde. É que para esses estabelecimentos são encaminhadas as pessoas que já estão efetivamente doentes ou, no mínimo, presumem que estejam. Ao contrário, o Saneamento promove a saúde pública preventiva, reduzindo a necessidade de procura aos hospitais e postos de saúde, porque elimina a chance de contágio por diversas moléstias. Isto significa dizer que, onde há Saneamento, são maiores as possibilidades de uma vida mais saudável e os índices de mortalidade - principalmente infantil - permanecem nos mais baixos patamares.

O conceito de Promoção de Saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a Conferência de Ottawa, em 1986, é visto como o princípio orientador das ações de saúde em todo o mundo. Assim sendo, parte-se do pressuposto de que um dos mais importantes fatores determinantes da saúde são as condições ambientais.

O conceito de saúde entendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não restringe ao problema sanitário ao âmbito das doenças. Hoje, além das ações de prevenção e assistência, considera-se cada vez mais importante atuar sobre os fatores determinantes da saúde. É este o propósito da promoção da saúde, que constitui o elemento principal das propostas da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

A utilização do saneamento como instrumento de promoção da saúde pressupõe a superação dos entraves tecnológicos políticos e gerenciais que têm dificultado a extensão dos benefícios aos residentes em áreas rurais, municípios e localidades de pequeno porte.

A maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial estão intrinsecamente relacionados com o meio ambiente. Um exemplo disso é a diarreia que, com mais de quatro bilhões de casos por ano, é uma das doenças que mais aflige a humanidade (causa de 30% das mortes de crianças com menos de um ano de idade). Entre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento.

Mais de um bilhão dos habitantes da Terra não têm acesso a habitação segura e a serviços básicos, embora todo ser humano tenha direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza. No Brasil as doenças resultantes da falta ou de um inadequado sistema de saneamento, especialmente em áreas pobres, têm agravado o quadro epidemiológico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saneamento é o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem estar físico, mental e social. De outra forma, pode-se dizer que saneamento caracteriza o conjunto de ações socioeconômicas que têm por objetivo alcançar Salubridade Ambiental.

A oferta do saneamento associa sistemas constituídos por uma infraestrutura física e uma estrutura educacional, legal e institucional, que abrange basicamente os seguintes serviços:

- a) Abastecimento de água às populações, com a qualidade compatível com a proteção de sua saúde e em quantidade suficiente para a garantia de condições básicas de conforto;
- b) Coleta, tratamento e disposição ambientalmente adequada e sanitariamente segura de águas residuárias (esgotos sanitários, resíduos líquidos industriais e agrícola);
- c) Acondicionamento, coleta, transporte e/ou destino final dos resíduos sólidos (incluindo os rejeitos provenientes das atividades doméstica, comercial e de serviços, industrial e pública);
- d) Coleta de águas pluviais e controle de empoçamentos e inundações;

- e) Controle de vetores de doenças transmissíveis (insetos, roedores, moluscos, etc.);
- f) Saneamento dos alimentos;
- g) Saneamento dos meios transportes;
- h) Saneamento e planejamento territorial;
- i) Saneamento da habitação, dos locais de trabalho, de educação e de recreação e dos hospitais;
- j) Controle da poluição ambiental – água, ar e solo, acústica e visual.

Tabela 5 - Estrutura Sanitária

Tipo	Descrição da Estrutura Sanitária	Qde.
Manejo de resíduos sólidos	Existência de catadores nas unidades de disposição de resíduos no solo	01
Serviço de abastecimento de água	Forma de execução do serviço - Outras entidades são as executoras do serviço	01
Serviço de esgotamento sanitário	Forma de execução do serviço - Prefeitura é a única executora do serviço	01
Instrumento legal regulador do serviço de esgotamento sanitário	Tipo de instrumento legal regulador – Outro	01
Serviço de manejo de águas pluviais	Forma de execução do serviço - Prefeitura é a única executora	01
Manejo de resíduos sólidos	Existência de catadores na zona urbana - Existem catadores na zona urbana	01
Serviço de saneamento básico	Tipo de serviço - Rede geral de distribuição de água	01
Economias abastecidas, economias ativas abastecidas e domicílios	Número de economias abastecidas	31.163
Economias abastecidas, economias ativas abastecidas e domicílios	Número de economias ativas abastecidas residenciais	26.978
Volume de água tratada distribuída por dia	Existência e tipo de tratamento da água – Convencional	15.865
Volume de água tratada distribuída por dia	Existência e tipo de tratamento da água - Sem tratamento	457
Áreas de risco no perímetro urbano que demandam drenagem especial	Tipo de área de risco - Áreas sem infraestrutura de drenagem	01
Coleta e/ou recebimento de resíduos sólidos de serviços de saúde sépticos	Forma de disposição no solo do município - Em vazadouro em conjunto com os demais resíduos	01
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008.		

2.5.3 Energia Elétrica

A distribuição de energia elétrica é realizada pela Companhia ENERGISA e atende a 99,05% do município, segundo cruzamento de dados fornecidos pela Concessionária e de acordo com a base de dados de Sistemas de Informações em Saúde.

2.5.4 Pobreza, Desigualdade e Exclusão Social

Pobreza, Desigualdade e Exclusão Social são temas objeto da atenção de organizações como o Banco Mundial e Organização das Nações Unidas - ONU, há várias décadas, sendo que até a década de 1970, acreditava-se que o crescimento econômico a taxas consideradas razoáveis (a partir de 5% a.a.), pura e simplesmente, iria resolver os problemas advindos desses temas, o que, efetivamente, não veio a ocorrer. A partir de então, perceberam, esses organismos, que o combate à DESIGUALDADE (e não à POBREZA em si) poderia ser mais eficaz se realizado através de políticas públicas de distribuição de renda, ao invés de políticas voltadas tão-somente ao crescimento econômico.

Com relação aos conceitos de **pobreza, desigualdade, exclusão e cidadania**, tem-se que:

POBREZA: Tradicionalmente, caracteriza-se pela "insuficiência de renda", a partir da utilização de indicadores como o PIB, a partir do foco em economias baseadas em trocas monetárias. O que não serve, via de regra, para caracterizá-la em todos os contextos, vez que em dadas sociedades/comunidades, o acesso a determinados bens, como os alimentos, por exemplo, pode ser dar pela produção própria ou a partir de trocas não monetárias. Caracteriza-se ainda pela existência de indivíduos ou famílias cujas rendas encontram-se situadas abaixo do valor considerado mínimo para a satisfação das necessidades essenciais com alimentação, moradia, vestuário. Alguns estudiosos e técnicos utilizam-se ainda de conceitos tais como "pobreza absoluta" ou "pobreza relativa", visto que, a partir da diversidade dos contextos socioculturais, a fixação dos custos das necessidades básicas não alimentares torna-se mais complexa e crivada de critérios ditos "relativos". No Brasil, em face da forte monetização da economia, o uso do conceito de "renda" na avaliação da Pobreza faz-se ainda bastante útil. Contudo, pode-se

afirmar que a RENDA, por si só, não expressa a qualidade de vida de uma sociedade, vez que a POBREZA pode caracterizar-se pela situação de PRIVAÇÃO do acesso também a Saneamento, Habitação, Educação, Saúde, Cultura, Liberdade, etc.. Então, a partir das décadas de 1970 e 1980, outros indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), passaram a tornar-se foco dos órgãos internacionais voltados para o assunto, na busca de um melhor entendimento do conceito de Pobreza, apesar de esses indicadores apresentarem também as suas limitações.

DESIGUALDADE: Em princípio, é a DESIGUALDADE entre grupos sociais, um dos fatores que potencializam o aumento da POBREZA em dada Sociedade. Como no exemplo do Brasil, um país que não pode ser considerado pobre, mas cuja desigualdade social é tão significativa que inibe a mobilidade social ascendente e contribui para a manutenção de grande parcela da população abaixo da linha da pobreza. Então, a se depender apenas do crescimento econômico, a desigualdade só pode ser tolerável quando da existência de boas perspectivas de mobilidade social, o que se dá tão-somente em ambiente de alta taxa de crescimento econômico (acima de 5% ao ano). Contudo, uma boa política de distribuição de renda contribui para a melhoria dessa mobilidade e conseqüente redução da desigualdade, mesmo a taxas menores de crescimento (em torno de 3% ao ano). Então, novamente aqui, políticas de distribuição de renda podem contribuir sobremaneira para diminuir as desigualdades sociais, e, conseqüentemente, os níveis de pobreza de uma dada sociedade.

EXCLUSÃO: Originalmente oriundo, do ponto de vista semântico, da situação de não pertencimento a determinado grupo ou condição, o termo EXCLUSÃO, no contexto do Capitalismo contemporâneo, refere-se ao conjunto de barreiras impostas a determinado grupo de indivíduos, no acesso aos benefícios ofertados ou pelo Mercado ou pelo Estado. Na prática, é uma situação de NÃO PERTENCIMENTO ao Estado-Sociedade-Mercado. No Brasil, as graves crises econômicas dos anos 1970 e 1980 contribuíram sobremaneira para os agravamentos das situações de exclusão de grande parcela da população, com origem centrada, inclusive, no nosso processo de industrialização.

CIDADANIA: Termo consagrado por Thomas Humphrey Marshall em meados do século XX, o termo CIDADANIA vem a ganhar o significado oposto de

EXCLUSÃO. É, de acordo com Marshall, a CIDADANIA, o sentimento de pertencimento e lealdade a dada coletividade, que se dá a partir dos DEVERES do indivíduo para com o Estado, mas também e sobretudo pelos DIREITOS que este mesmo Estado garante ao indivíduo (Direitos Civis, Políticos, Sociais, etc..). Para Marshall, existe o imbricamento histórico desses direitos, visto que o usufruto dos Direitos Civis levaria a uma demanda pelos Direitos Políticos, o que também levaria ao caminho da conquista dos Direitos Sociais. Para ele, nos últimos 250 anos, a história da sociedade ocidental é a própria histórias dessas conquistas.

Concluindo, no Brasil, contudo, os direitos sociais começaram a aflorar em pleno regime de exceção política, na ditadura varguista de 1930, contrariando, em princípio, a teoria da marcha histórica de Marshall.

Cumprindo ainda ressaltar que PROBREZA é uma condição que afeta o Indivíduo, ou um conjunto de Indivíduos, enquanto que a DESIGUALDADE está afeta ao conjunto de dada população ou Sociedade.

Tabela 6 - Mapa de Pobreza e Desigualdade

Incidência da Pobreza	26,10	%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	17,28	%
Limite superior da Incidência de Pobreza	34,92	%
Incidência da Pobreza Subjetiva	21,41	%
Limite inferior da Incidência da Pobreza Subjetiva	18,52	%
Limite superior Incidência da Pobreza Subjetiva	24,31	%
Índice de Gini	0,41	
Limite inferior do Índice de Gini	0,39	
Limite superior do Índice de Gini	0,43	
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. NOTA: A estimativa do consumo para a geração destes indicadores foi obtida utilizando o método da estimativa de pequenas áreas dos autores Elbers, Lanjouw e Lanjouw (2002).		

2.5.5 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda.

O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

O IDH-M brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global - longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH-M são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros.

Assim, o IDH-M - incluindo seus três componentes, IDH-M Longevidade, IDH-M Educação e IDH-M Renda - conta um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano durante duas décadas da história brasileira.

A metodologia de cálculo do IDH-M agrega 3 das mais importantes dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas, representadas pela saúde, educação e renda.

Vida longa e saudável é medida pela expectativa de vida ao nascer, calculada por método indireto a partir dos dados dos Censos Demográficos do IBGE. Esse indicador mostra o número médio de anos que as pessoas viveriam a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade observados no ano de referência.

Acesso a conhecimento é medido pela composição de indicadores de escolaridade da população adulta e do fluxo escolar da população jovem. A escolaridade da população adulta é medida pelo percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade com fundamental completo; e tem peso 1. O fluxo escolar da população jovem é medido pela média aritmética do percentual de crianças entre 5 e 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens entre 11 e 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental (6º a 9º ano), do percentual de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo; e tem peso 2. A medida acompanha a população em idade escolar em quatro momentos importantes da sua formação. A média geométrica desses dois componentes resulta no IDH-M Educação. Os dados são do Censo Demográfico do IBGE.

Padrão de vida é medido pela renda municipal per capita, ou seja, a renda média de cada residente de determinado município. É a soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de pessoas que moram no município - inclusive crianças e pessoas sem registro de renda. Os dados são do Censo Demográfico do IBGE.

Os três componentes acima são agrupados por meio da média geométrica, resultando no IDH-M, os quais representaram a seguinte evolução nos últimos 30 anos.

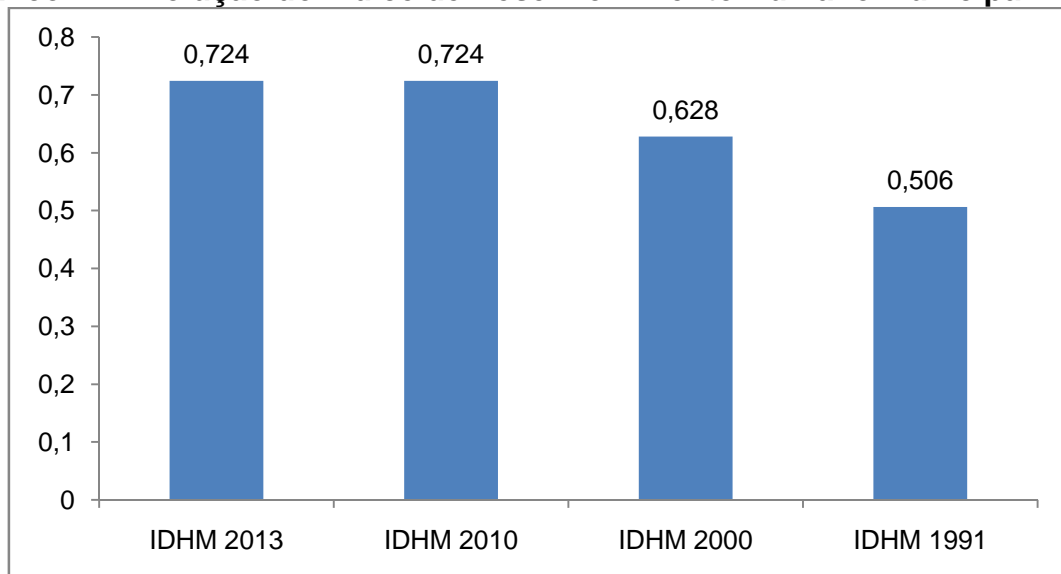
De acordo com a Pesquisa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, o IDH-M levantado por município do país pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil em 2013, considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação, o município de Ubá encontra-se em uma faixa de desenvolvimento considerada alta.

Tabela 7 - Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH-M

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M	Indicador
IDH-M 2013	0,724
IDH-M 2010	0,724
IDH-M 2000	0,628
IDH-M 1991	0,506

Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.

Gráfico 7 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH-M



2.5.6 Características Econômicas

O marco para o desenvolvimento da movelaria industrial está nos primeiros anos da década de 1960, quando iniciam atividade dois grupos considerados pioneiros na produção industrial de móveis: a fábrica de móveis de aço Itatiaia e o grupo Parma, conjunto de empresas criado por José Francisco Parma, unanimemente considerado o pioneiro na criação do pólo moveleiro.

Os primeiros móveis tinham qualidade muito baixa e se destinavam a uma população de baixa renda. José Francisco Parma começou a produzir móveis usando madeira de embalagem que obtinha no Armarinho Santo Antônio. A qualidade iria melhorar progressivamente por exigência de mercado, pela necessidade de atingir o consumidor de renda mais alta.

Lançada a semente a própria dinâmica do processo econômico vai garantir a expansão do Pólo com a criação de novas indústrias. Uma característica importante deste processo é a criação de novas empresas, inicialmente pequenas, por pessoas que trabalhavam nas já existentes. Quando, no início dos anos 70, o encerramento da atividades das indústrias comandadas por José Francisco Parma, então com mais de 1.800 empregados, poderia ter parado a expansão da movelaria, foi essa prática que preservou seu crescimento. Ao invés de destruí-la a ausência da grande empresa foi o estímulo para que vários de seus antigos empregados criassem suas próprias indústrias.

Para viabilizar a expansão industrial a cidade se movimentou e conseguiu ampliar o fornecimento de energia elétrica e melhorar as rodovias. Estas duas medidas eram essenciais para possibilitar a implantação de novas fábricas e distribuir de forma eficiente os produtos. Era impossível fazer funcionar máquinas modernas com o fornecimento precário de energia e não se poderia contar apenas com a ferrovia para as necessidades de transporte dos móveis que começavam a ser produzidos em série.

Ilustração 2 – Indústria de Móveis José Francisco Parma



Hoje, Ubá é a segunda principal cidade da zona da mata, assim como o segundo centro industrial e comercial, atrás só de Juiz de Fora. A cidade possui pouco mais de 1.000 estabelecimentos industriais de grande, médio e pequeno porte. Boa parte do PIB é representada pelo setor de serviços, mas a indústria desempenha o papel mais importante na economia do município, principalmente na fabricação de móveis e nas indústrias de vestuário e calçados.

A cidade é o maior pólo moveleiro do estado de Minas e o terceiro do país, além de se firmar também como pólo regional de confecção. A cidade sedia uma das principais feiras de móveis do país, a FEMUR, e o Arranjo Produtivo Local (APL) do segmento moveleiro é referência nacional em organização e desenvolvimento. Possui ainda APL's nos setores de confecções, no setor turístico e de fruticultura. Na agropecuária destacam-se a produção de cana-de-açúcar e a criação de galináceos.

A cidade conta com um importante centro comercial e prestador de serviços que não se restringe somente à sua microrregião, o que o faz atuar também nas microrregiões limítrofes de Viçosa e Cataguases. Atualmente se destaca a nível comercial na cidade, as lojas de móveis, de eletro-eletrônicos, de vestuários, de calçados, armarinhos e papelarias.

No setor de serviços a cidade possui uma grande oferta de lanchonetes, bares e restaurantes, havendo ultimamente uma expansão dos serviços hoteleiros. A característica principal do comércio e prestação de serviços local é não se limitar apenas à região central da cidade, mas estar presente por quase toda a sua totalidade urbana.

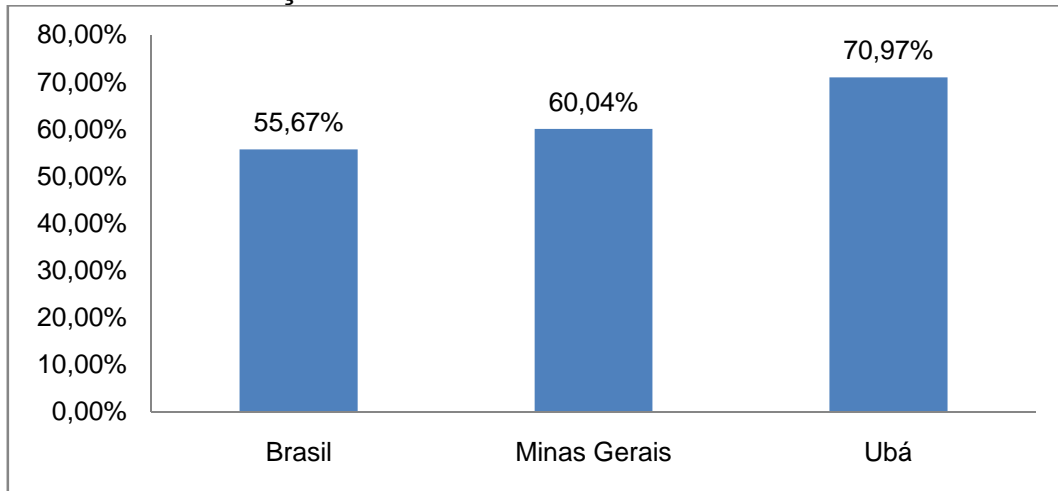
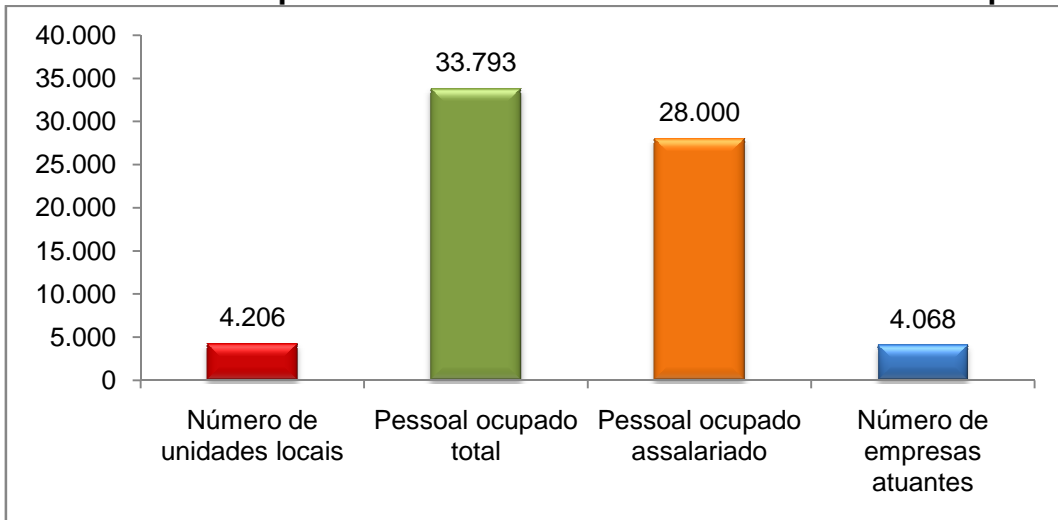
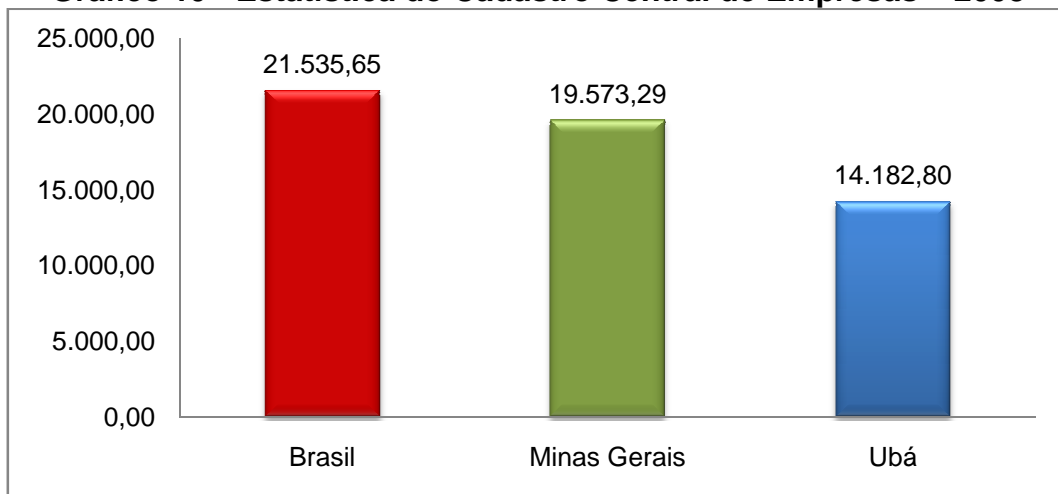
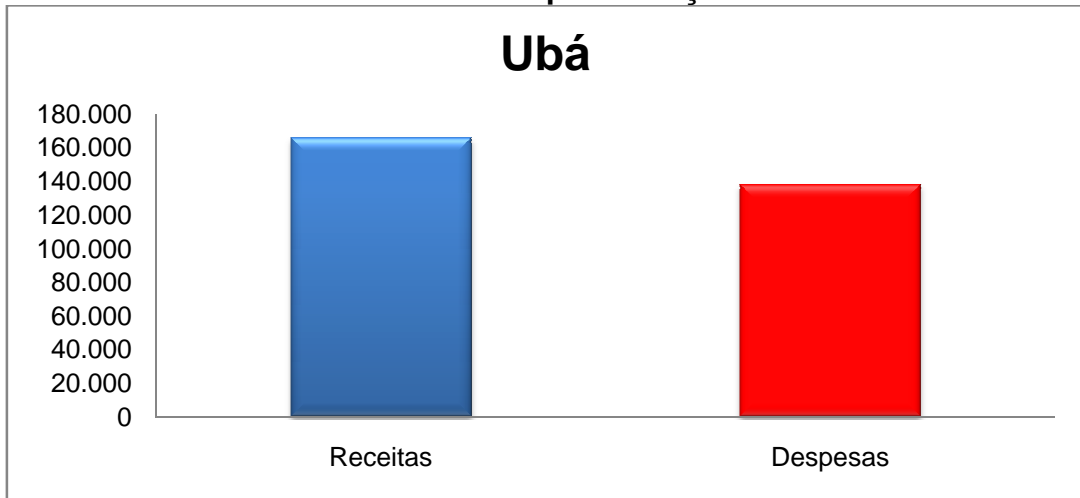
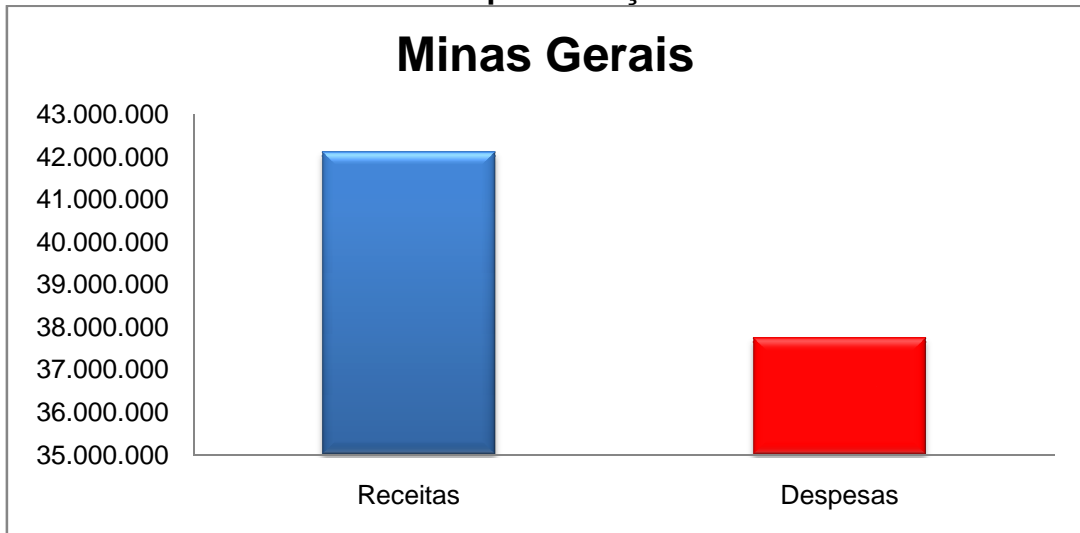
Gráfico 8 - Evolução do Produto Interno Bruto – PIB de 2007 a 2011**Gráfico 9 - Comparativo do Produto Interno Bruto – PIB Per capita****Gráfico 10 - Estatística do Cadastro Central de Empresas – 2008**

Gráfico 11 - Receitas e Despesas Orçamentárias - Ubá**Gráfico 12 - Receitas e Despesas Orçamentárias Minas Gerais****Gráfico 13 - Receitas e Despesas Orçamentárias Brasil**

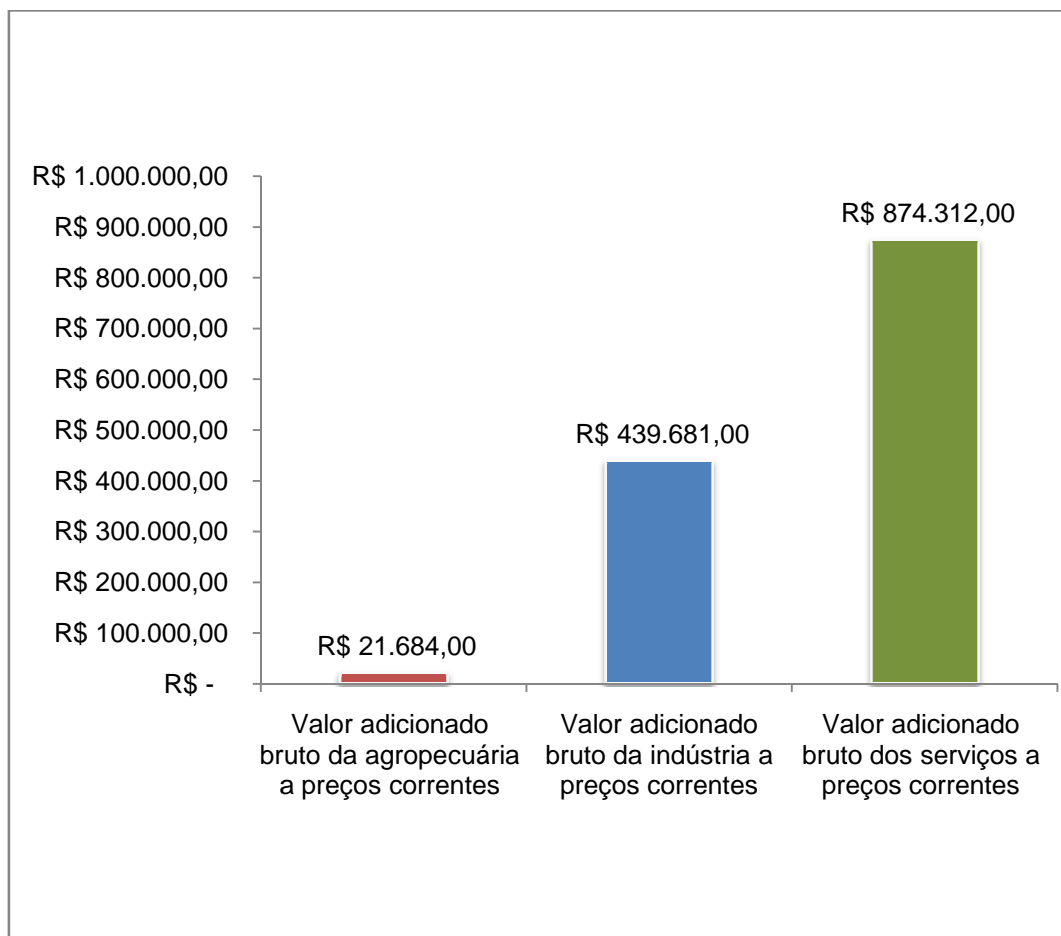
Fonte: Contas anuais. Receitas orçamentárias realizadas (Anexo I-C) 2014 e Despesas orçamentárias empenhadas (Anexo I-D) 2014. In: Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional.

Siconfi: sistema de informações contábeis e fiscais do setor público brasileiro. Brasília, DF, [2015]. Disponível em: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf>. Acesso em: jul. 2015.

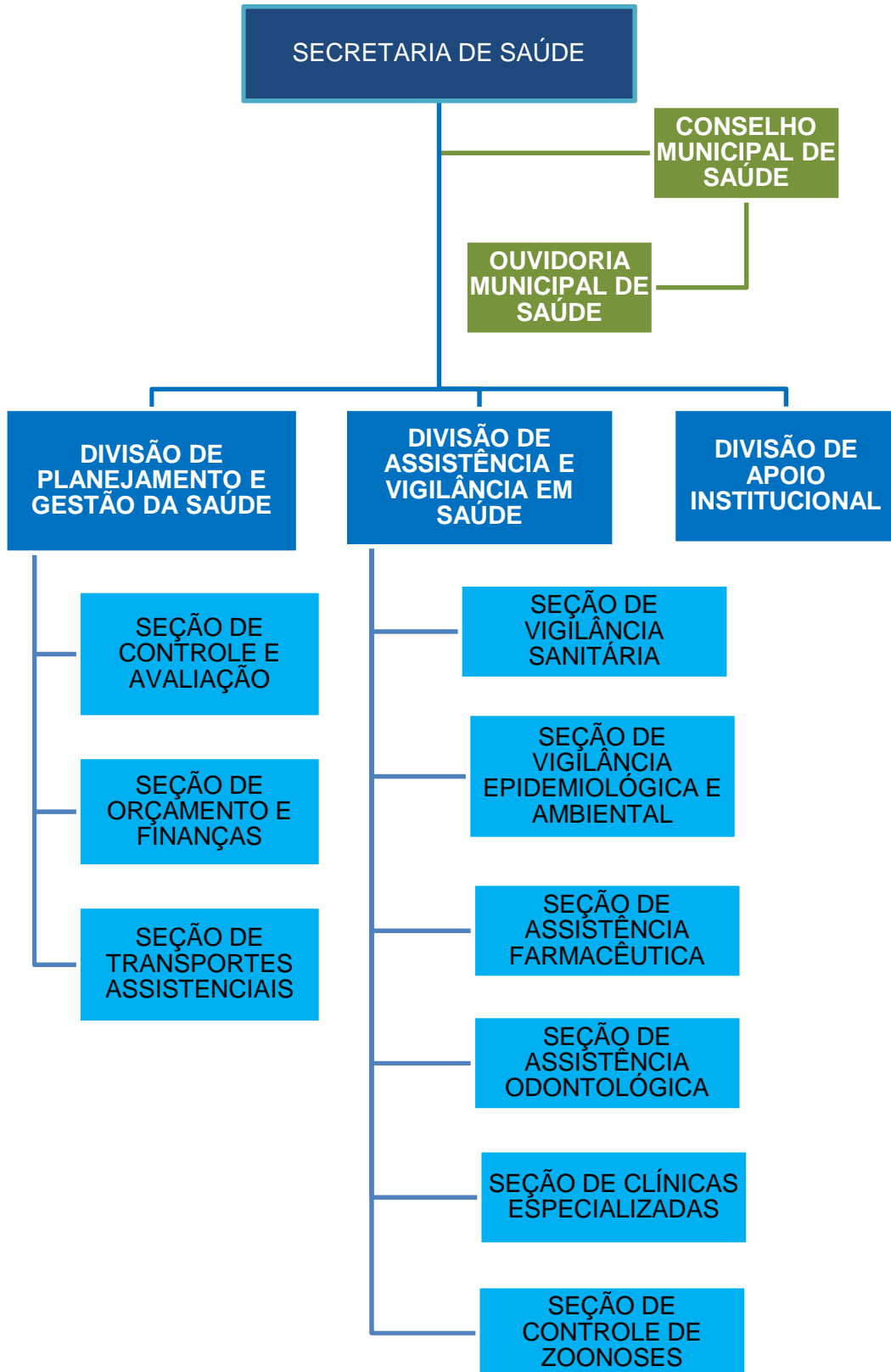
Tabela 8 - Produto Interno Bruto de Ubá em 2012

Produto Interno Bruto de Ubá em 2012	Valor (R\$)
Valor adicionado bruto da agropecuária a preços correntes	21.684,00
Valor adicionado bruto da indústria a preços correntes	439.681,00
Valor adicionado bruto dos serviços a preços correntes	874.312,00
Impostos sobre produtos líquidos de subsídios a preços correntes	209.729,00
PIB a preços correntes	1.545.405,00
PIB per capita a preços correntes	14.859,10
Fonte: IBGE	

Gráfico 14 Gráfico - Produto Interno Bruto de Ubá em 2012



3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE



3.1 Recursos Humanos

O Setor de Recursos Humanos da Saúde, está atualmente ligado ao Gabinete da Secretária de Saúde, atua de acordo com os protocolos e orientações da Divisão de Gestão de Pessoas da Prefeitura Municipal de Ubá/MG, no sentido de auxiliar esta última em todas as questões que envolvam a vida funcional dos servidores lotados junto à Secretaria Municipal de Saúde de Ubá/MG.

Exerce suas funções conforme os princípios que regem a Administração Pública, sempre visando à legalidade das ações praticadas, a otimização e a qualidade do trabalho realizado para a gestão dos 666 servidores, distribuídos em diferentes setores, conforme disposto nos **Anexos I e II** (contém relação atualizada dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde Ubá em 2017).

Além de gerir as questões documentais que afetam à vida funcional dos servidores, atua também no levantamento e análise de dados estatísticos extremamente relevantes, que contribuem para os processos decisórios da Administração, tais como planejamento de ações futuras, decisões relativas à determinados Setores ou categorias de servidores(cargo/função), recomposição do quadro funcional e entre outros.

Neste sentido o setor de Recursos Humanos aparece como função facilitadora que busca disponibilizar os recursos e condições requeridas para o desenvolvimento do desempenho (individual e de equipe) exigido por nossa administração e para realização profissional. Deve funcionar por meio do provimento de: informações, tecnologias, referenciais e feedbacks. Sabemos que avançamos, entretanto, para a efetiva Gestão de Pessoas os instrumentos de trabalho precisam evoluir ainda mais.

4 ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DE SAÚDE

4.1 Natalidade

Tabela 9 - Quantitativo de Nascidos Vivos

2013	2014	2015	2016
1.329	1.315	1.395	1.147

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17

Gráfico 15- Nascidos Vivos

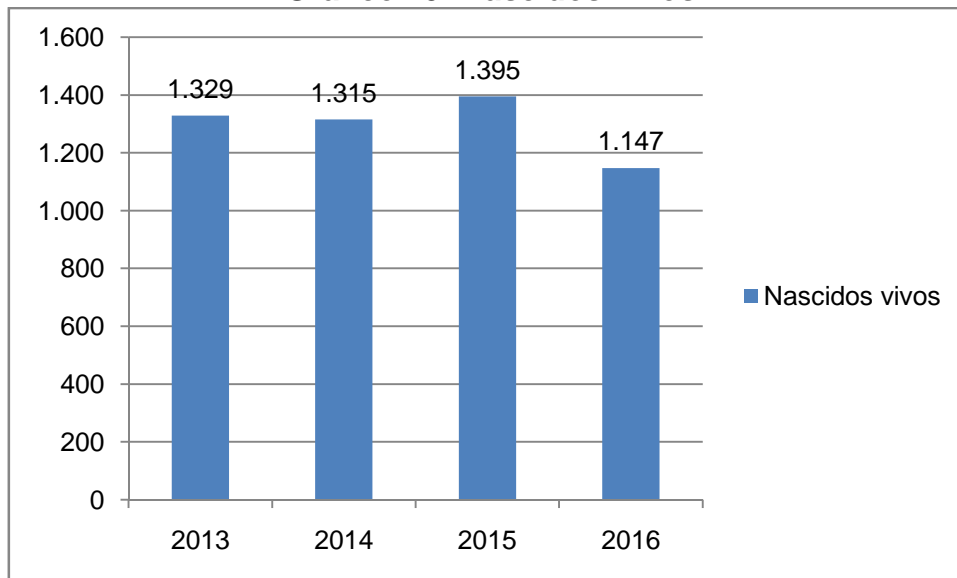
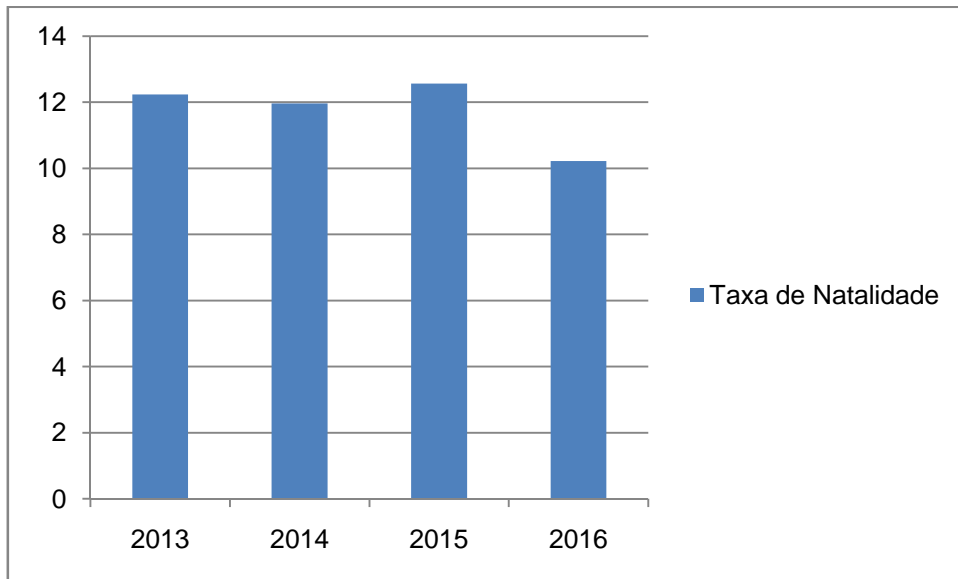


Tabela 10 - Taxa de Natalidade

2013	2014	2015	2016
12,24	11,97	12,57	10,22

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17

Gráfico 16 - Taxa de Natalidade**Tabela 11 – Nascimento por Tipo de Parto**

Tipo/Ano	2013	2014	2015	2016
Parto normal	154	143	199	198
Parto cesário	1.174	1.170	1176	949
Não informado / Ignorado	01	02	20	0
Total	1.329	1.315	1.395	1.147

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde /Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17

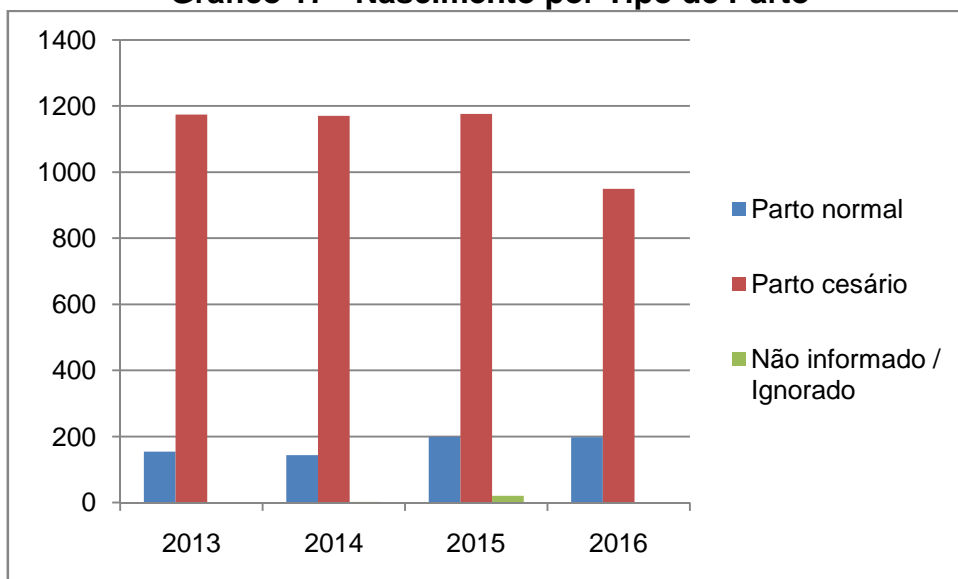
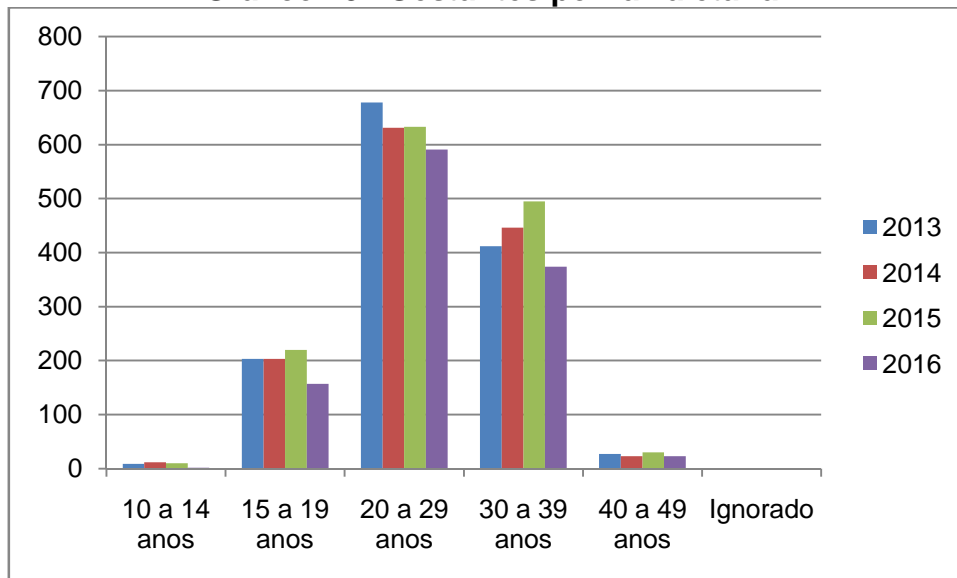
Gráfico 17 - Nascimento por Tipo de Parto

Tabela 12 – Gestantes por faixa etária

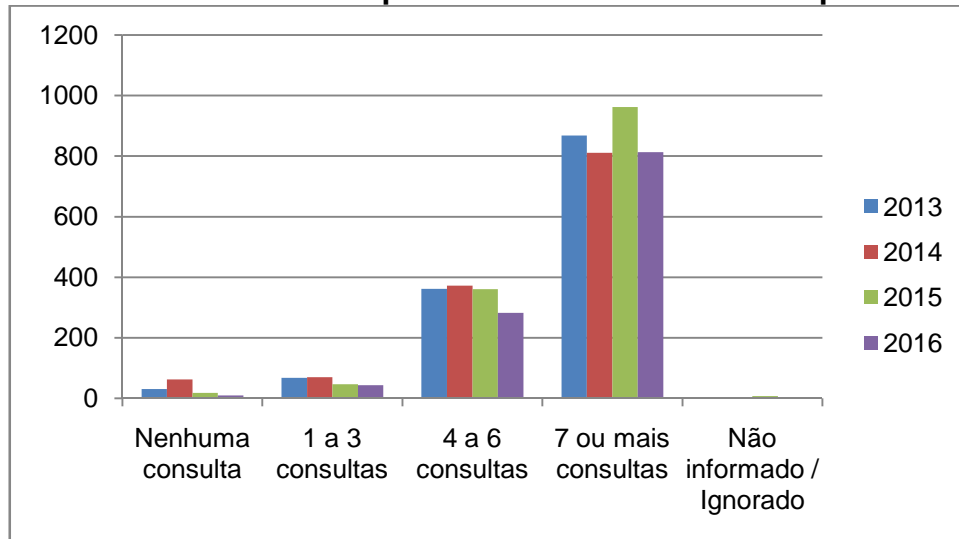
Idade/Ano	2013	2014	2015	2016
10 a 14 anos	09	12	10	02
15 a 19 anos	203	203	220	157
20 a 29 anos	678	631	633	591
30 a 39 anos	412	446	495	374
40 a 49 anos	27	23	30	23
Ignorado	0	0	0	0
Total	1.329	1.316	1.388	1.147

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17

Gráfico 18– Gestantes por faixa etária**Tabela 13 - Gestantes por número de consultas de pré-natal**

Número de Consultas	2013	2014	2015	2016
Nenhuma consulta	31	62	18	09
1 a 3 consultas	68	70	47	43
4 a 6 consultas	362	372	361	282
7 ou mais consultas	868	811	962	813
Não informado / Ignorado	0	0	7	0
Total	1.329	1.315	1.395	1.147

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17

Gráfico 19 – Gestantes por número de consultas de pré-natal**Tabela 14 - Gestantes por grau de instrução**

Instrução da Mãe	2013	2014	2015	2016
Nenhuma	02	02	0	01
1 a 3	23	29	40	39
4 a 7	300	257	365	303
8 a 11	794	779	705	602
12 e +	209	236	263	190
Ignorado	01	12	0	0
Total	1.329	1.315	1.373	1.135

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde /Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17

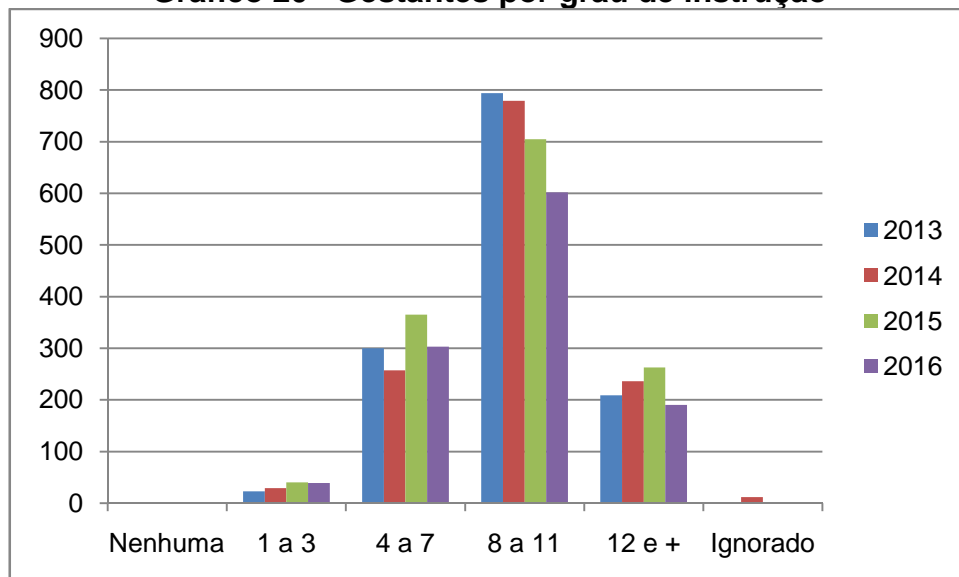
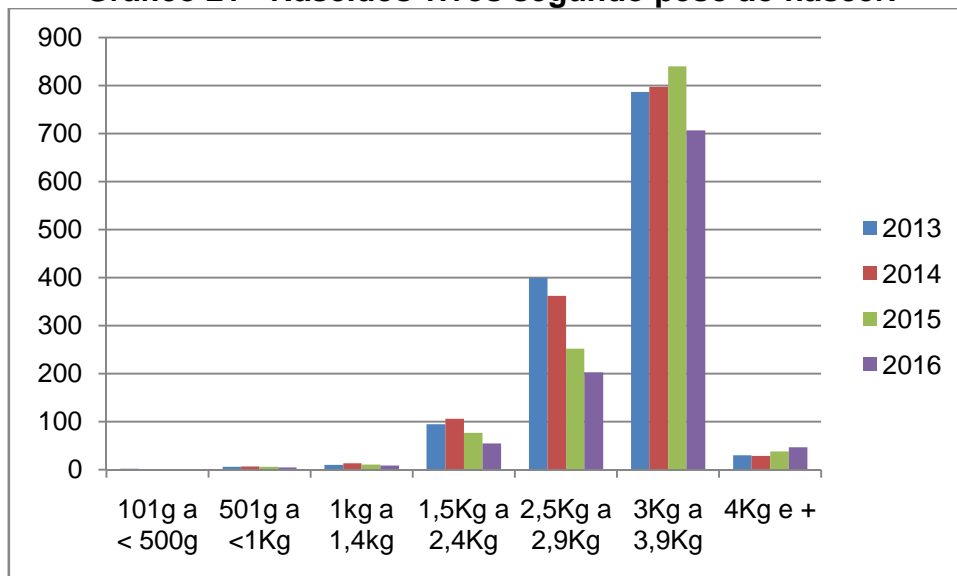
Gráfico 20– Gestantes por grau de instrução

Tabela 15 - Nascidos vivos segundo peso ao nascer

Peso ao Nascer	2013	2014	2015	2016
101g a < 500g	02	01	01	0
501g a <1Kg	06	07	06	05
1kg a 1,4kg	10	13	11	09
1,5Kg a 2,4Kg	95	106	77	55
2,5Kg a 2,9Kg	399	362	252	203
3Kg a 3,9Kg	787	797	840	707
4Kg e +	30	29	38	47
Total	1.329	1.315	1.225	1.026

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações em Saúde /Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17

Gráfico 21 - Nascidos vivos segundo peso ao nascer.

Observa-se, que com o êxodo rural as famílias perceberam que o custo de vida é bem mais elevado nas cidades, com isso a mulher precisou inserir-se no mercado de trabalho, inicialmente para complementar a renda, e tal fato aliado à popularização dos contraceptivos e informações, contribuiu para a redução do número de filhos.

A avaliação dos nascimentos, de mães residentes em Ubá nos últimos quatro anos, aponta redução da taxa de natalidade.

A análise do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) revela modificação ao longo dos anos, com redução gradual da proporção de mães

adolescentes e estagnação da proporção de mães com pré-natal inadequado (< de 04 consultas), apesar dos trabalhos de conscientização.

Por outro lado, permanece como desafio a prematuridade, evidenciada no aumento das proporções de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Da mesma forma, mantém-se extremamente elevada a proporção de partos cesáreos.

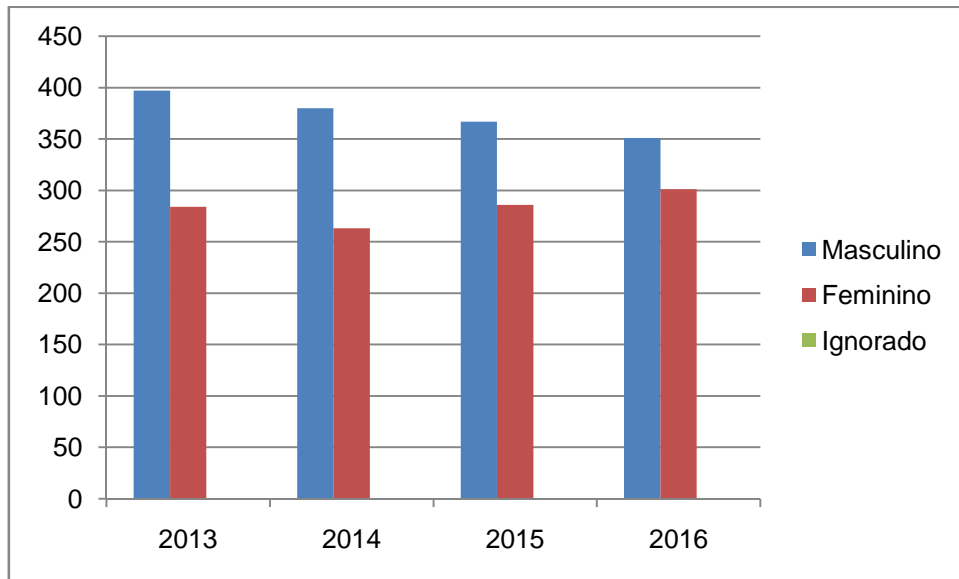
Nota-se, no período avaliado (2013 a 2016), valores decrescentes para análise da taxa de natalidade no Município de Ubá. Como este indicador está fortemente influenciado pela estrutura etária da população, e os dados da tabela não estão padronizados, as comparações entre outros Municípios da Região de Saúde de Ubá devem ser interpretados com cautela.

Reflete uma consistente tendência de redução da mortalidade infantil, permitindo o declínio da fecundidade nas últimas décadas e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde e saneamento.

4.2 Mortalidade Geral

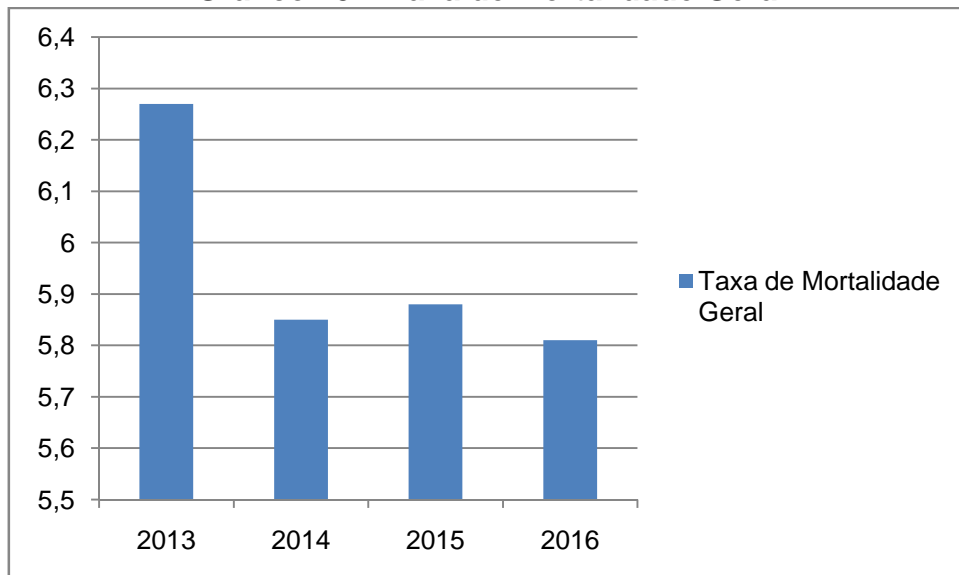
Tabela 16 - Mortalidade Geral

Sexo/Ano	2013	2014	2015	2016
Masculino	397	380	367	351
Feminino	284	263	286	301
Ignorado	0	0	0	0
Total	681	643	653	652
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde – SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) em 28/04/17				

Gráfico 22 – Mortalidade Geral**Tabela 17 - Taxa de Mortalidade Geral**

2013	2014	2015	2016
6,27	5,85	5,88	5,81

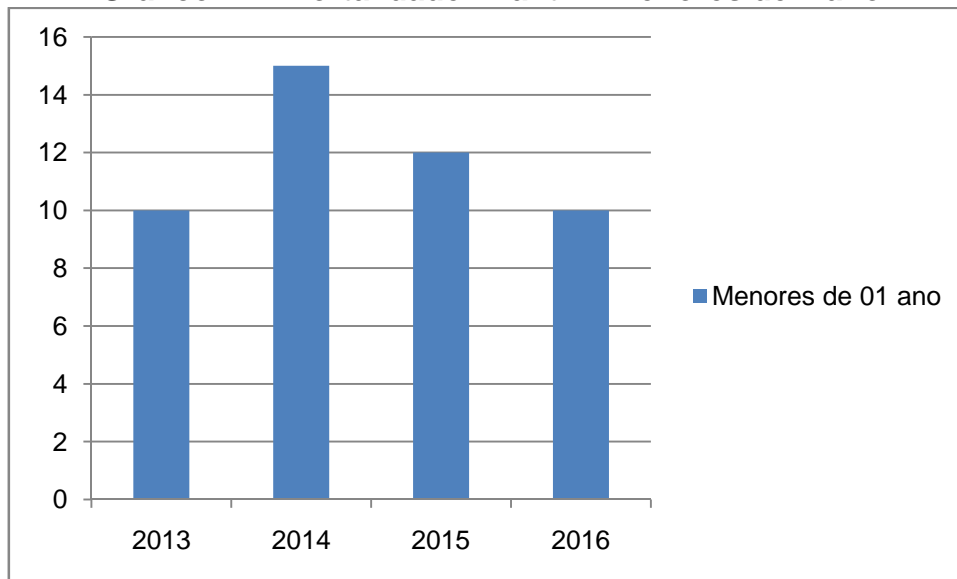
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde – SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) em 28/04/17

Gráfico 23 – Taxa de Mortalidade Geral**Tabela 18 - Mortalidade Infantil – Menores de 1 ano**

Idade/Ano	2013	2014	2015	2016
Menores de 01 ano	10	15	12	10

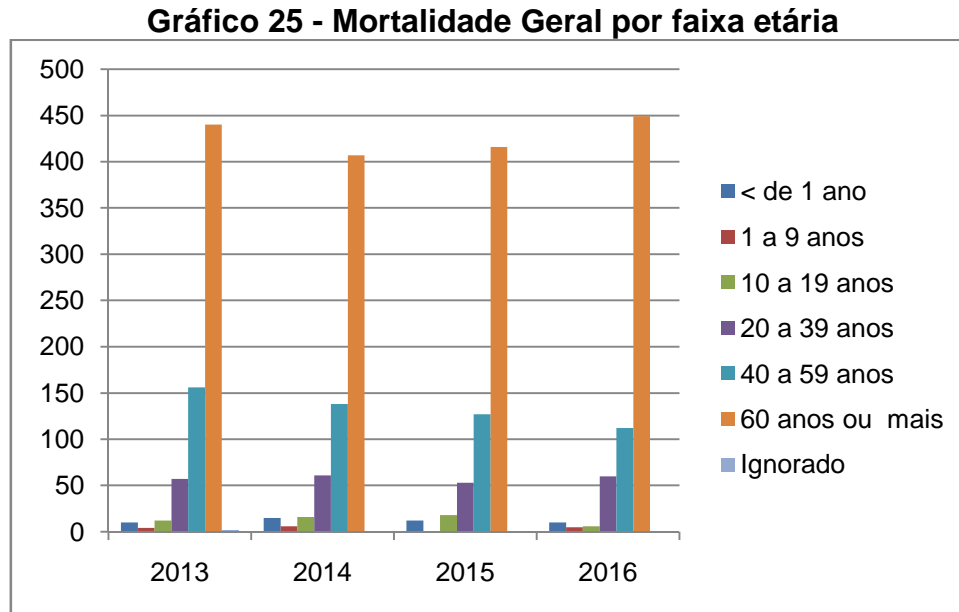
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde – SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) em

28/04/17

Gráfico 24– Mortalidade Infantil – Menores de 1 ano**Tabela 19 - Mortalidade Geral por faixa etária**

Sexo/Ano	2013	2014	2015	2016
< de 1 ano	10	15	12	10
1 a 9 anos	04	06	0	05
10 a 19 anos	12	16	18	06
20 a 39 anos	57	61	53	60
40 a 59 anos	156	138	127	112
60 anos ou mais	440	407	416	449
Ignorado	02	0	0	0
Total	681	643	626	642

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – TABNET – Informações de Saúde /Secretaria de Vigilância em Saúde – SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) em 28/04/17



A mortalidade infantil (menores de um ano) vem, ao longo dos últimos quatro anos, apresentando uma queda considerável, se comparado ao período todo. Tais dados, apontam mais de 60% (sessenta por cento) de redução, entretanto, analisando os últimos dois anos houve um aumento de 50% (cinquenta por cento).

Visto que a mortalidade infantil e as condições gerais de vida mostram-se grandemente associadas, cada vez mais, torna-se visível que comunidades que dispõem de melhores condições sociais, adequada infraestrutura de saneamento básico e acesso a serviços de saúde de boa qualidade, registram proporções de óbitos infantis bem inferiores àquelas desprovidas de tais itens, onde as proporções de mortes infantis são consideravelmente altas.

Para avaliar a mortalidade infantil é necessário medi-la. Talvez um dos fatores que tenha contribuído para tal fato é a precariedade de infraestrutura adequada para atendimento aos recém-nascidos e gestantes de alto risco, já que o Município tem um único hospital com uma UTI neonatal para atender toda Região de Saúde. Os casos mais graves são encaminhados via SUS-FÁCIL para grandes Centros.

Espera-se, ainda, que os dados analisados contribuam na efetivação de ações concretas, que possibilitem a diminuição ou o controle das taxas de mortalidade infantil.

A morte de mulheres por causas maternas se manteve nos últimos dois anos (uma morte em cada ano), correspondendo a menos de 1% (um por cento) em

relação aos partos de nascidos vivos. A mortalidade de mulheres em idade fértil (10 a 59 anos), proporcionalmente vem se mantendo nos últimos dois anos.

Nos anos de 2012 e 2013 percebe-se um aumento na proporção da mortalidade, segundo análise no Sistema de Informações de Mortalidade – SIM. A maior causa de óbitos continua sendo, ao longo dos anos, as doenças do aparelho circulatório, o que não difere dos dados do Estado e do País.

A mortalidade por faixa etária demonstra um aumento na expectativa de vida, visto que mais de 63% (sessenta e três por cento) ocorreram em pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais. A mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública no Brasil. Tal indicador de saúde da mulher e, de forma indireta, do nível de saúde da população geral, contribui para fundamentar análises de programas e ações de atenção à saúde.

A morte de uma mulher grávida, no parto ou no puerpério, indica falha nas diretrizes políticas, nos profissionais de saúde e, por conseguinte, na sociedade como um todo. As diretrizes políticas, por promoverem ações que nem sempre estão de acordo com a necessidade da população, os profissionais de saúde, pela falta de sensibilidade e comprometimento, e a sociedade pela forma excludente com que se acostumou a viver ainda existe muitas dificuldades no processo de identificação dos casos de morte materna, devido ao preenchimento inadequado das declarações de óbito.

Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, existem dois empecilhos para o monitoramento adequado do nível e da tendência à mortalidade materna: a sub informação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A primeira ocorre devido ao preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério, em decorrência do desconhecimento dos médicos acerca do correto preenchimento da declaração de óbito e da relevância desse documento como fonte de dados de saúde.

Em Ubá a implantação desses comitês foi identificada como uma das ações estratégicas para a melhoria do sistema de registro de óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna.

Com isso, o município pode construir políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério, realizando a investigação de todos os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, cujas causas possam ocultar um óbito materno.

4.3 Morbidade Hospitalar – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

Tabela 20 - Número de Internações por Pneumonias Bacterianas, segundo o município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	342	171	200	216
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17				

Gráfico 26 – Número de Internações por Pneumonias Bacterianas, segundo o município de residência, por ano, nos últimos 6 anos

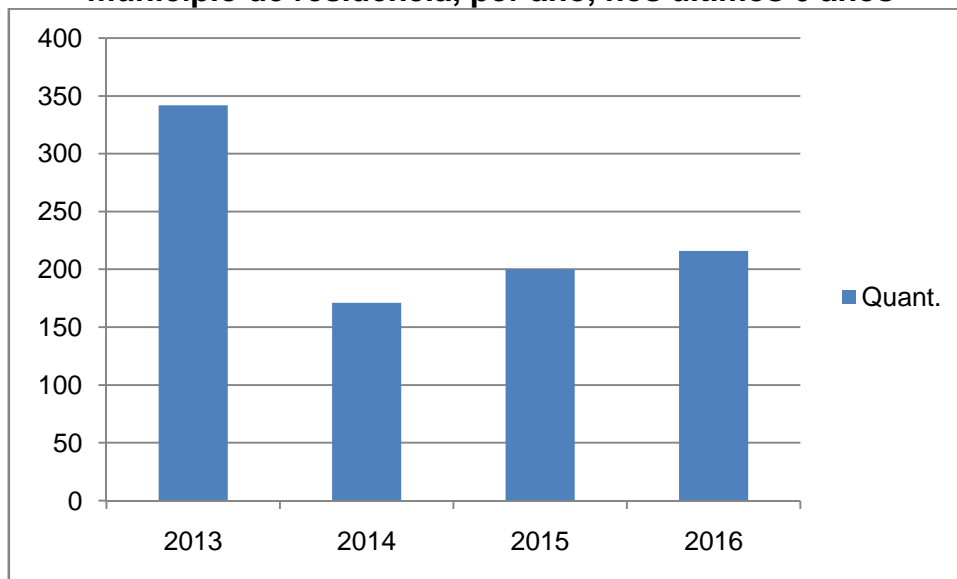
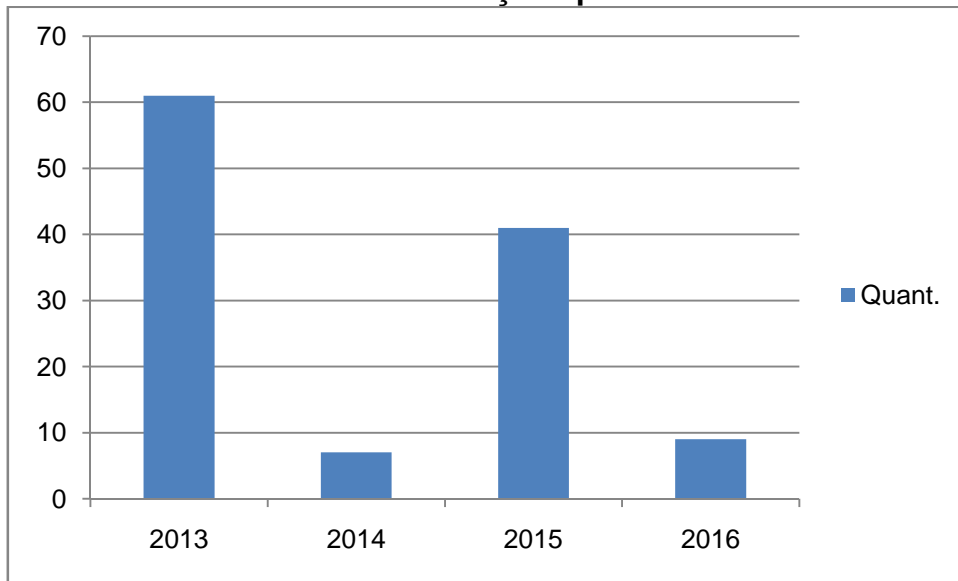


Tabela 21 - Número de Internações por Transtornos Mentais, segundo o município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	61	07	41	9
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17				

Gráfico 27– Número de Internações por Transtornos Mentais**Tabela 22 - Número de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos**

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	122	133	120	92

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17

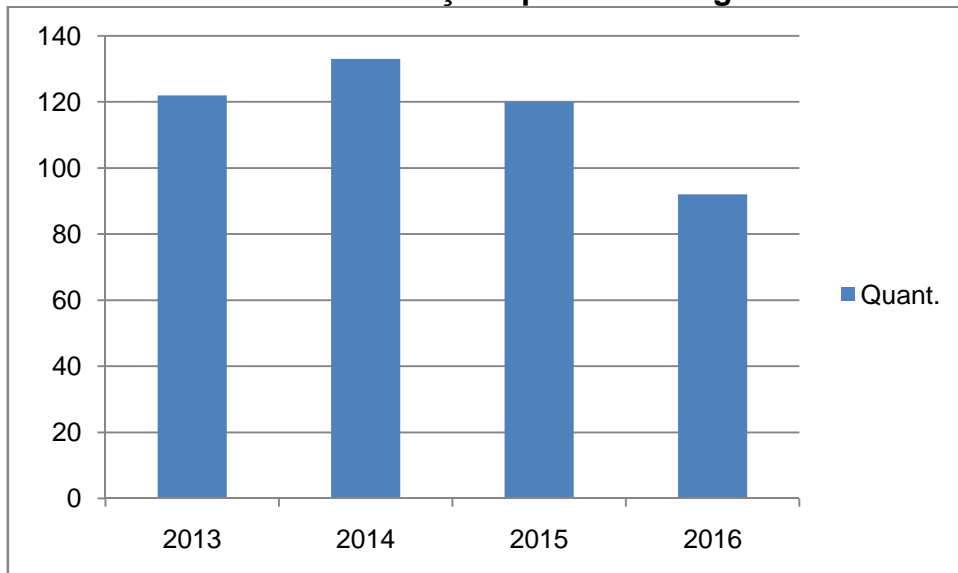
Gráfico 28- Número de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio

Tabela 23 - Número de Internações por Outras Doenças Isquêmicas do Coração, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	88	106	117	89

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17

Gráfico 29 - Número de Internações por Outras Doenças Isquêmicas do Coração

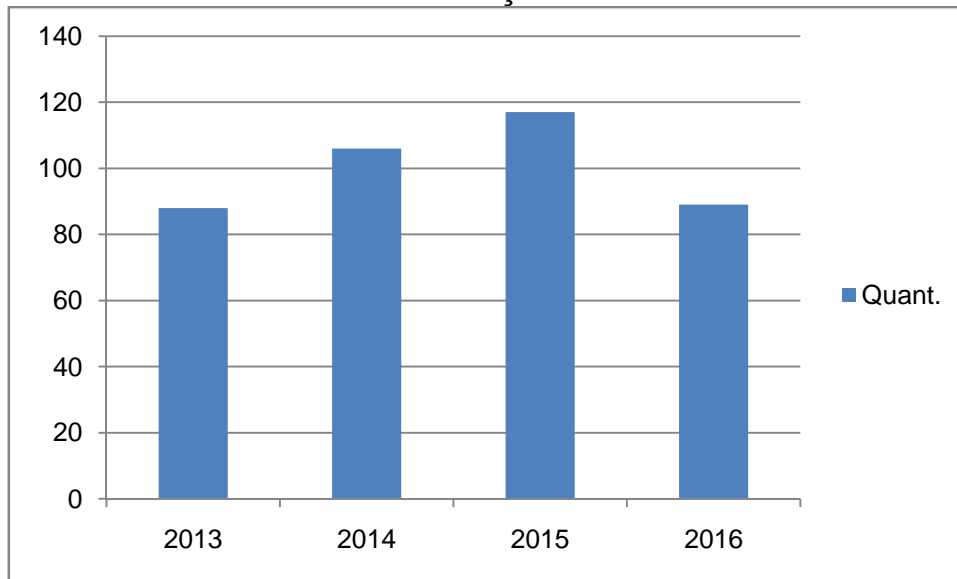


Tabela 24 - Número de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	176	135	135	115

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17

Gráfico 30 - Número de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

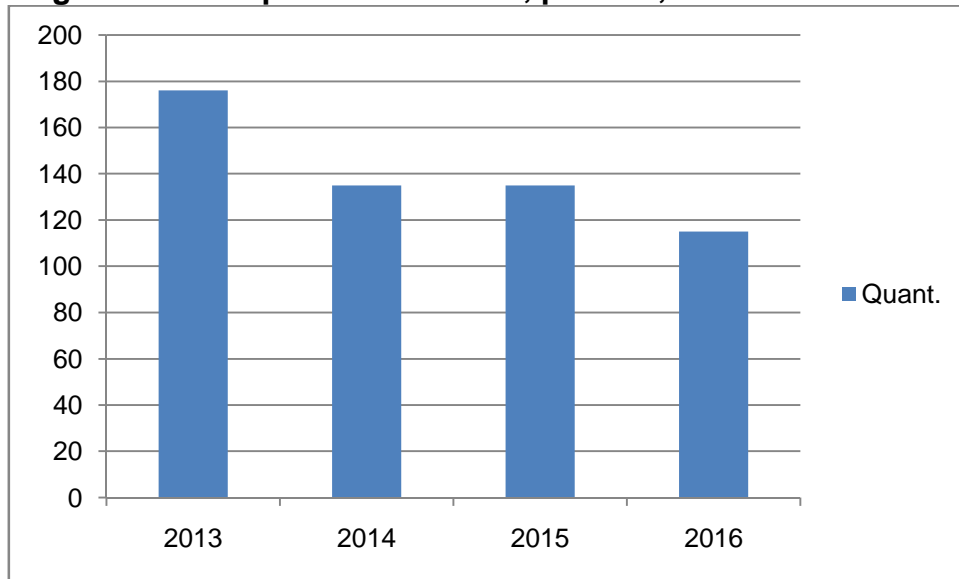


Tabela 25 - Número de Internações por Outras Doenças Cérebrovasculares, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	09	05	12	08

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17

Gráfico 31 – Número de Internações por Outras Doenças Cérebrovasculares, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

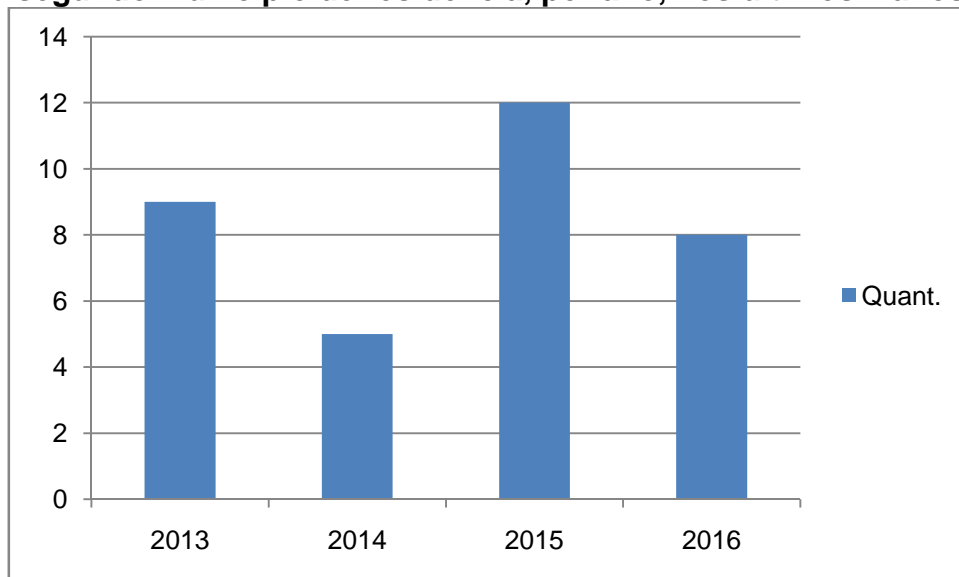


Tabela 26 - Número de Internações por Asma, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	72	12	15	11
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17				

Gráfico 32 – Número de Internações por Asma, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

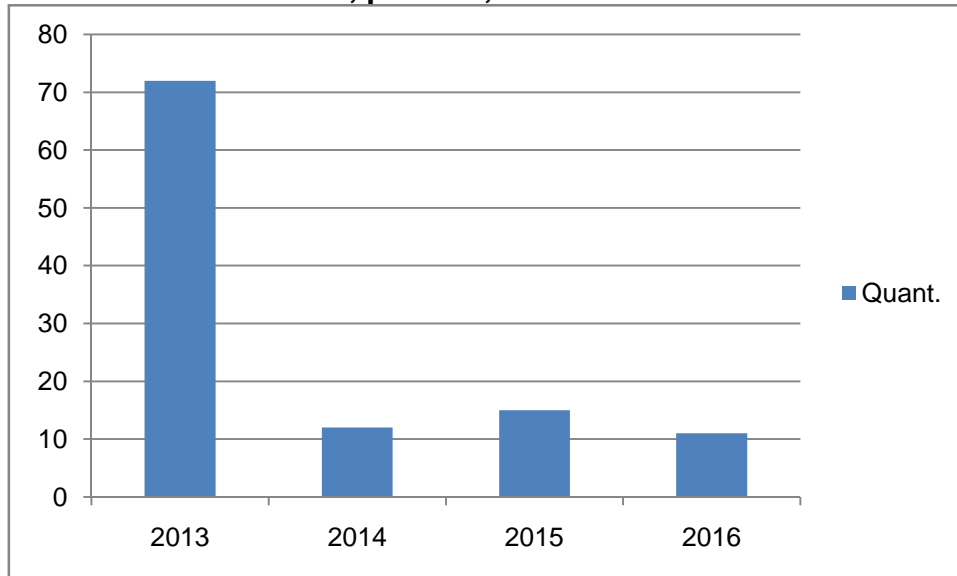


Tabela 27- Número de Internações por Hipertensão, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	37	32	51	34
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17				

Gráfico 33 - Número de Internações por Hipertensão, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

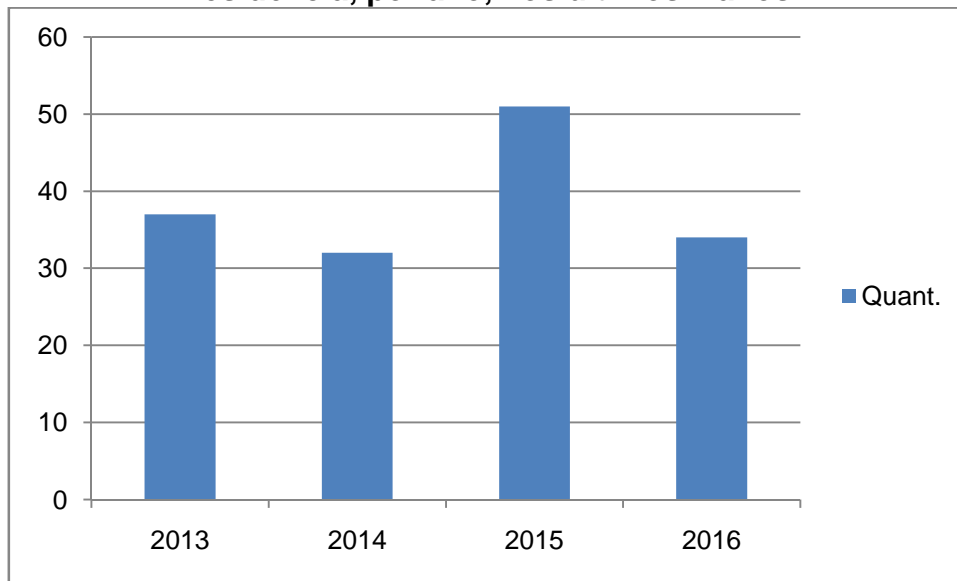


Tabela 28 - Número de Internações por Diabetes Mellitus, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	149	119	107	103

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17

Gráfico 34 - Número de Internações por Diabetes Mellitus, segundo município de residência, por ano, nos últimos 4 anos

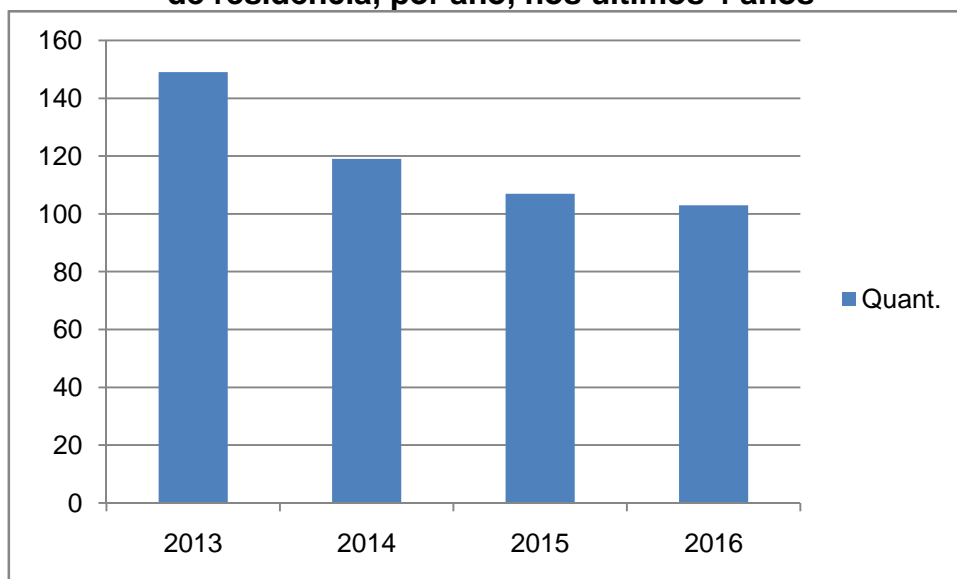
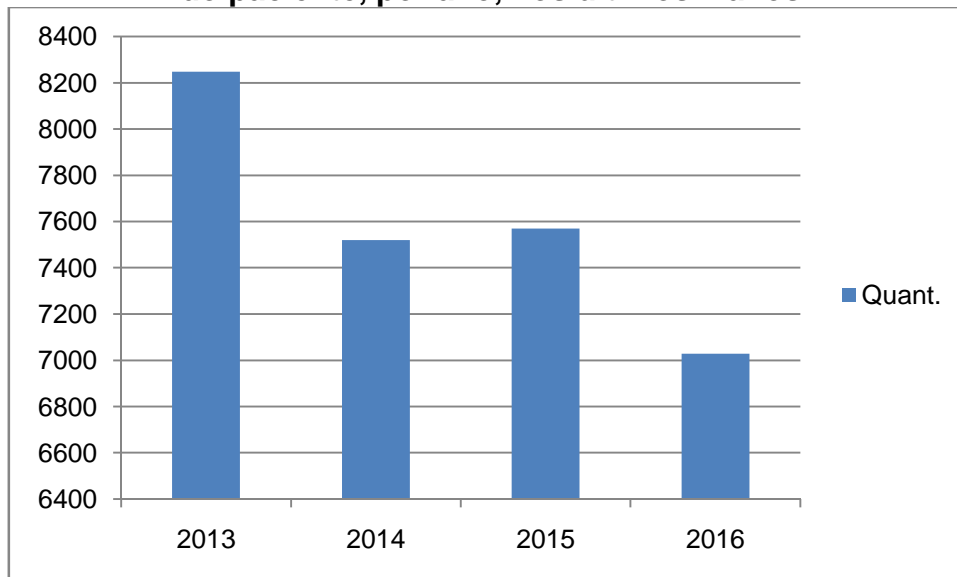


Tabela 29 - Número Total de Internações, segundo o município de residência do paciente, por ano, nos últimos 4 anos

Ano	2013	2014	2015	2016
Quant.	8248	7520	7569	7028

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ TABNET, em 17/05/17

Gráfico 35 – Número Total de Internações, segundo o município de residência do paciente, por ano, nos últimos 4 anos



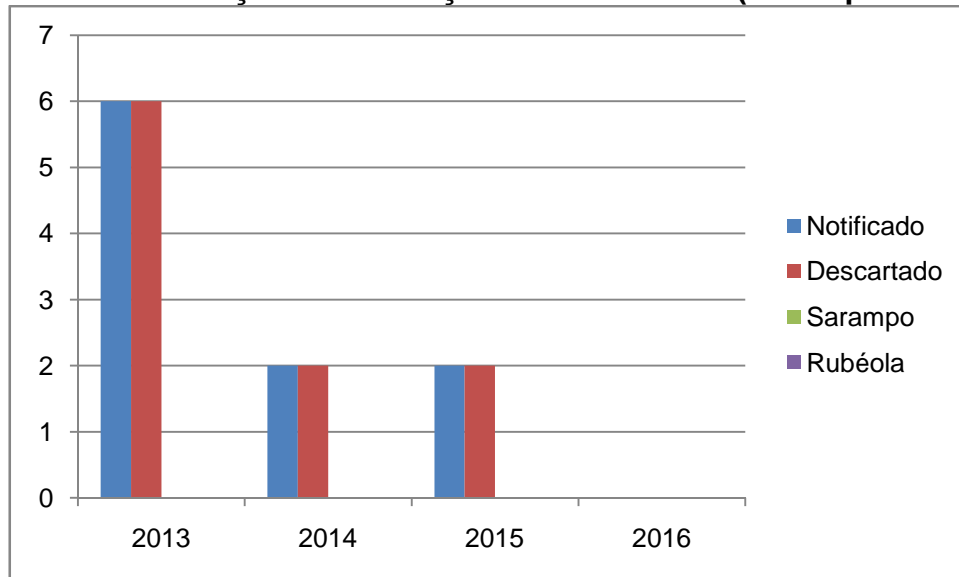
Analisando os últimos quatro anos, uma oscilação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, percebe-se uma diminuição considerável em quase todas as causas de internações, aproximadamente 15% (quinze por cento), principalmente por causas cometidas por Diabetes Mellitus, Doenças Isquêmicas do Coração e Infartos.

4.4 Morbidades do Sistema de Informação de Agravos de Notificações – SINAN

Tabela 30 - Notificações de Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola).

Ano	Notificado	Descartado	Sarampo	Rubéola
2013	6	6	0	0
2014	2	2	0	0
2015	2	2	0	0
2016	0	0	0	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG./TABWIN, em 28/04/2017

Gráfico 36 – Notificações de Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola)**Tabela 31 – Número de casos novos de Tuberculose curados em relação ao número de casos diagnosticados (Residentes no município)**

Ano	Nº de casos notificados	Cura	Abandono	Óbito por TB	Transf.	Mudança de Diagnóstico	Falência	TB Resistente a medicamentos	Abandono Primário	Óbitos por outras causas
2013	39	30	6	0	0	0	0	0	0	3
2014	36	25	6	0	0	2	1	2	0	0
2015	46	32	4	1	2	2	0	0	1	4
2016	41	33	3	1	3	1	0	0	0	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG/ TABWIN em 28/04/2017

Gráfico 37 – Número de casos novos de Tuberculose curados em relação ao número de casos diagnosticados (Residentes no município)

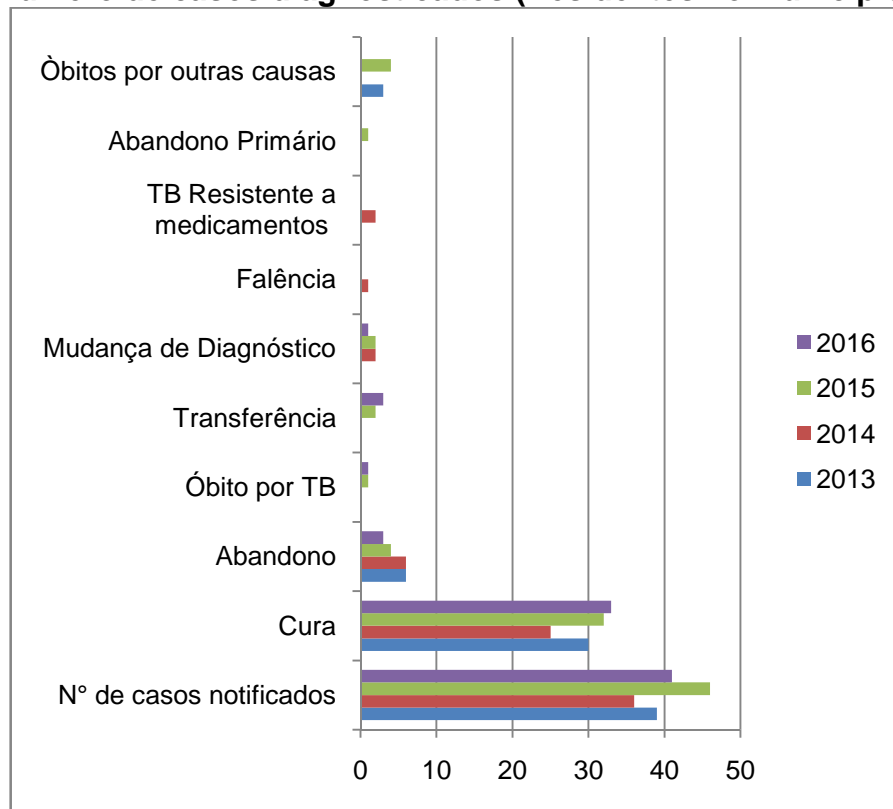


Tabela 32 - Número de casos de Leishmaniose notificados/diagnosticados e curados.

Ano	Notificados	Cura	Total
2013	2	2	0
2014	2	2	0
2015	0	0	0
2016	3	3	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG./TABWIN, em 28/04/2017

Gráfico 38 - Número de casos de Leishmaniose notificados/diagnosticados e curados.

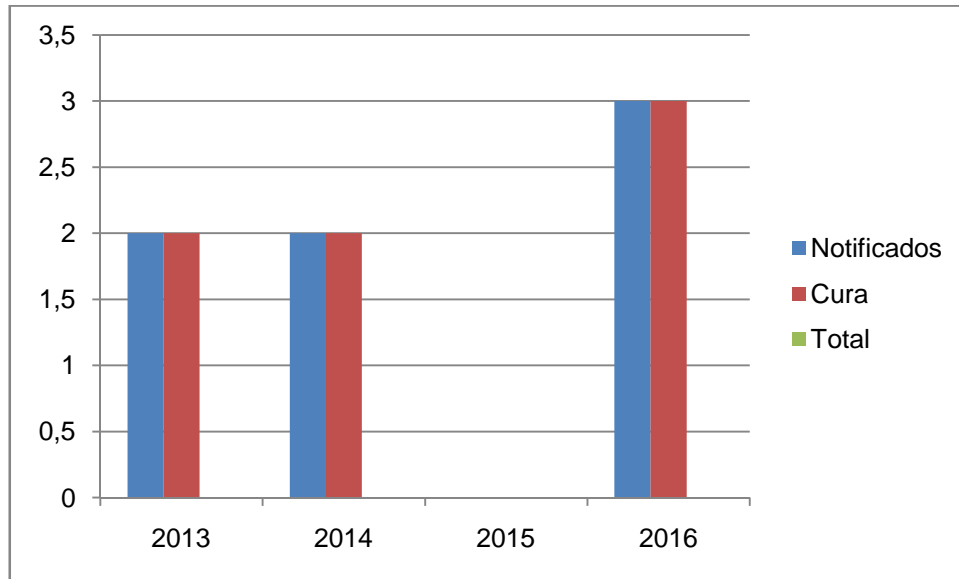
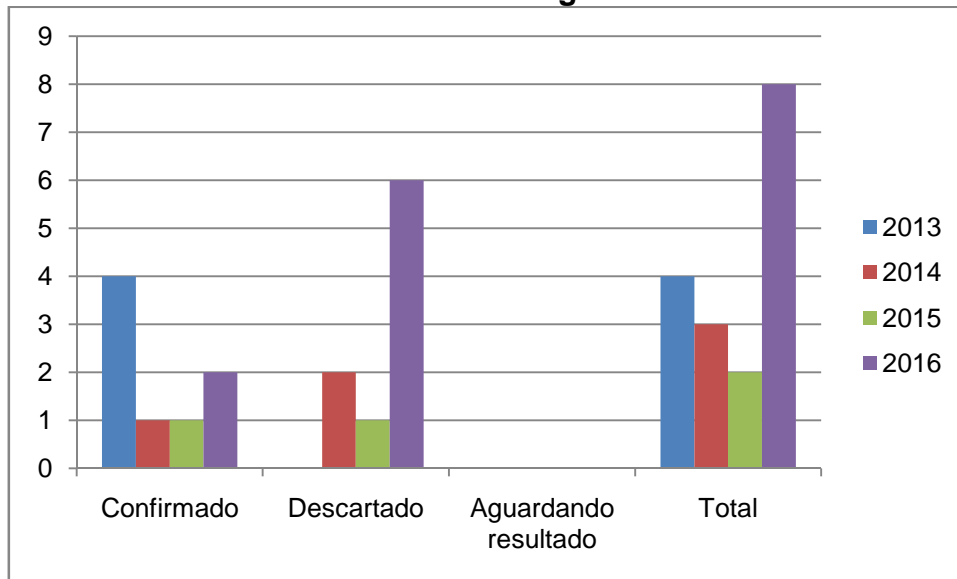


Tabela 33 - Número de casos de Meningite Notificados e Confirmados

Ano	Notificados	Confirmados	Descartados
2013	4	4	0
2014	3	1	2
2015	2	1	1
2016	8	2	6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG./TABWIN, em 28/04/2017

Gráfico 39 – Número de casos de Meningite Notificados e Confirmados**Tabela 34 - Número de casos novos de Hanseníase curados em relação ao número de casos notificados/diagnosticados.**

Ano	Notificado	Cura	Óbito	Em tratamento	Transferência	Total
2013	10	7	1	0	2	0
2014	10	9	0	0	1	0
2015	14	11	2	0	1	0
2016	14	8	0	6	0	6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG. /TABWIN, em 28/04/2017

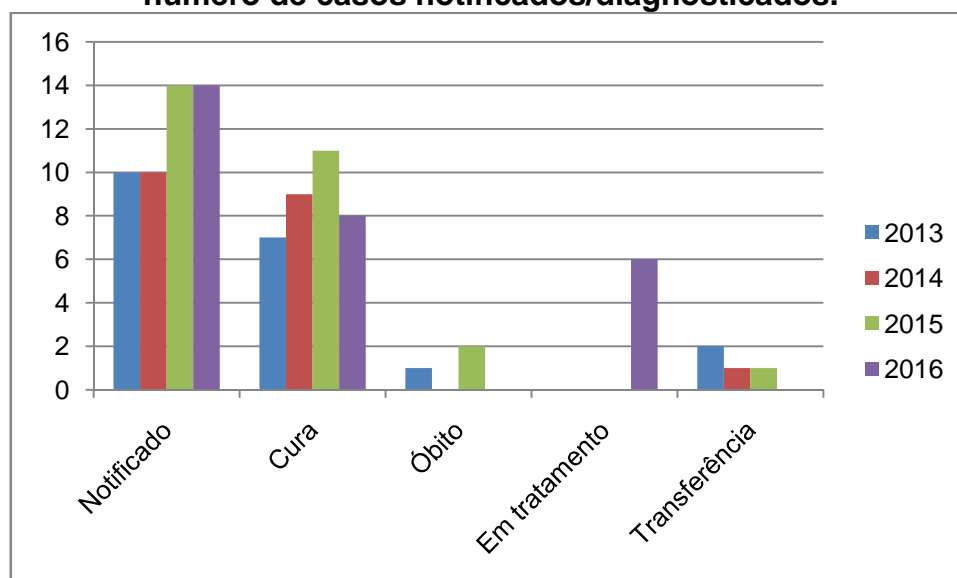
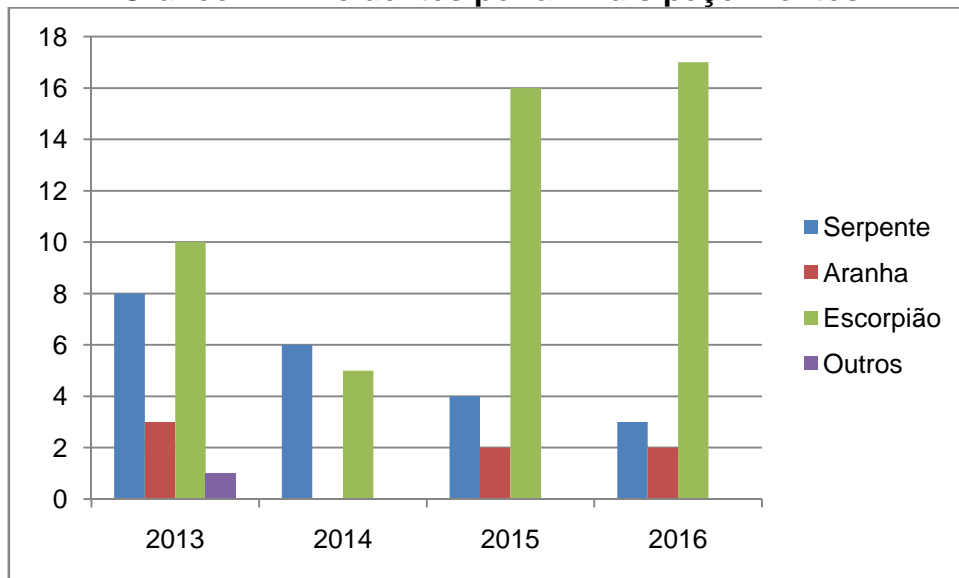
Gráfico 40 – Número de casos novos de Hanseníase curados em relação ao número de casos notificados/diagnosticados.

Tabela 35 - Acidentes por animais peçonhentos

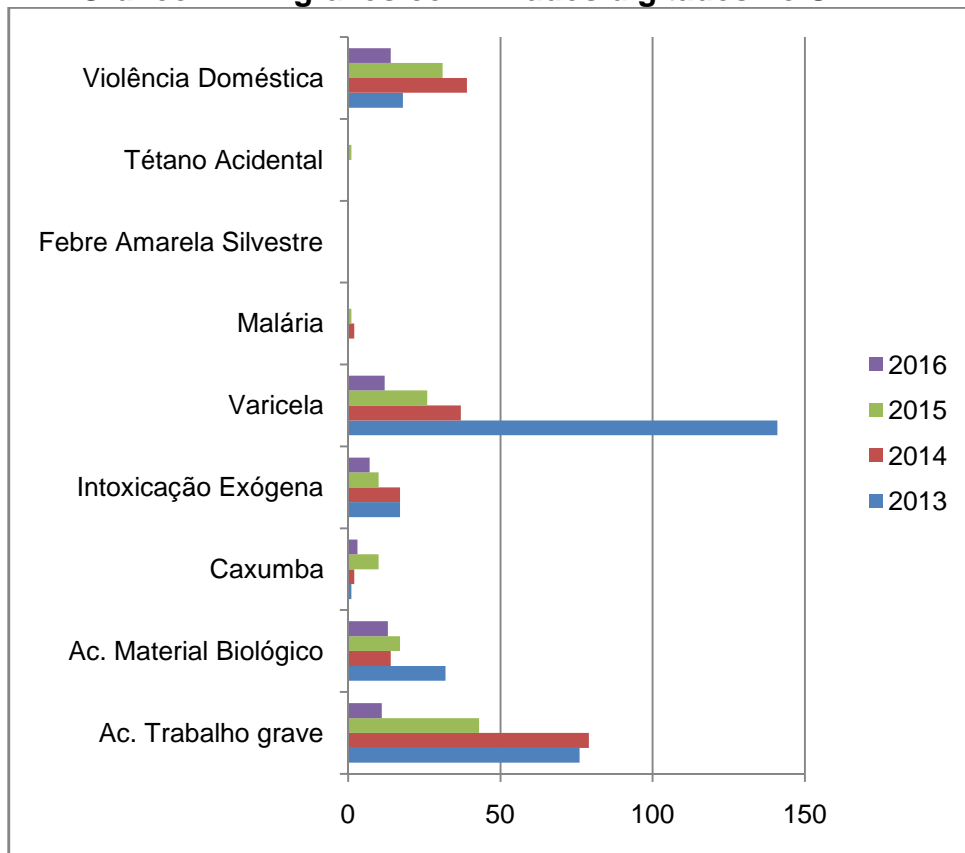
Ano	Serpente	Aranha	Escorpião	Outros	Total
2013	8	3	10	1	22
2014	6	0	5	0	11
2015	4	2	16	0	22
2016	3	2	17	0	22

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG/TABWIN, em 28/04/2017

Gráfico 41 – Acidentes por animais peçonhentos**Tabela 36 - Agravos confirmados digitados no SINAN**

Agravo	2013	2014	2015	2016
Ac. Trabalho grave	76	79	43	11
Ac. Material Biológico	32	14	17	13
Caxumba	1	2	10	3
Intoxicação Exógena	17	17	10	7
Varicela	141	37	26	12
Malária	0	2	1	0
Febre Amarela Silvestre	0	0	0	0
Tétano Acidental	0	0	1	0
Violência Doméstica	18	39	31	14

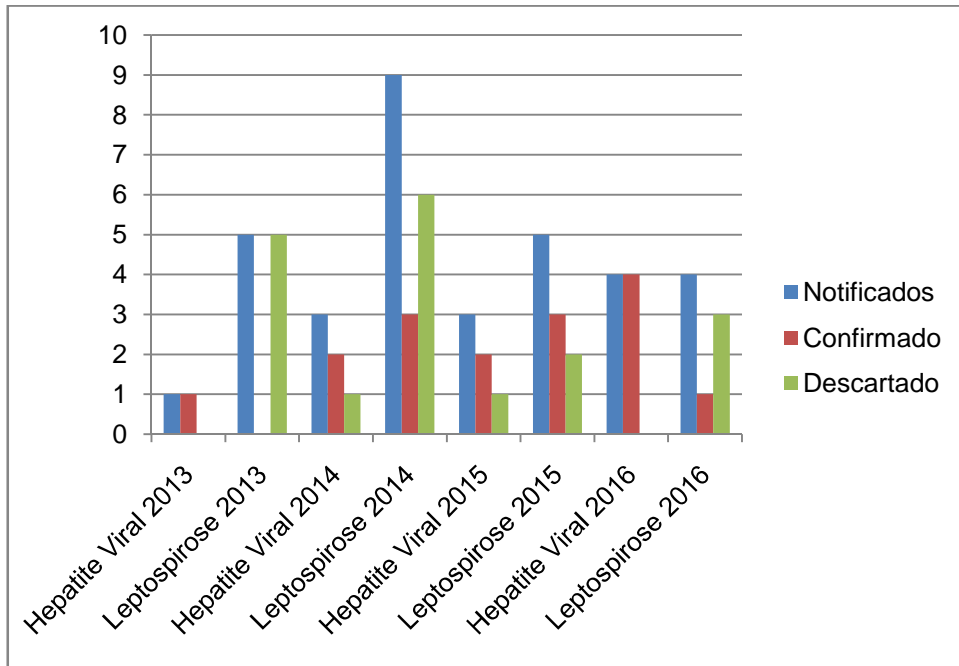
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/VEA, Ubá/MG/TABWIN, em 28/04/2017

Gráfico 42 – Agravos confirmados digitados no SINAN**Tabela 37 - Casos de Hepatite Viral e Leptospirose notificados, nos últimos 4 anos**

Agravos	Notificados	Confirmado	Descartado
Hepatite Viral 2013	1	1	0
Leptospirose 2013	5	0	5
Hepatite Viral 2014	3	2	1
Leptospirose 2014	9	3	6
Hepatite Viral 2015	3	2	1
Leptospirose 2015	5	3	2
Hepatite Viral 2016	4	4	0
Leptospirose 2016	4	1	3

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG./TABWIN, em 28/04/2017

Gráfico 43 – Casos de Hepatite Viral e Leptospirose notificados, nos últimos 4 anos



5 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos, historicamente, com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

A Atenção Básica (AB) no Brasil é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária ao atendimento é um desafio que o Brasil, único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes e com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito, está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde.

Considerando o PNAB (2006), também se pode conceituar a Atenção Básica como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação, enquanto a estratégia das ações municipais de saúde deve ser concebida como ordenadora do sistema loco regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde. São princípios ordenadores: Acessibilidade, Continuidade/Longitudinalidade, Integralidade, Responsabilidade, Coordenação e Resolubilidade.

Acessibilidade constitui a **porta de entrada** dos serviços de saúde, de fácil acesso, o primeiro recurso a ser buscado.

Continuidade do cuidado ou *longitudinalidade mantém* o vínculo da pessoa atendida com o serviço de saúde, ao longo do tempo, de forma que as novas demandas que surgirem sejam atendidas de forma mais eficiente.

Integralidade diz respeito à responsabilidade por todos os problemas de saúde que acometem o indivíduo. Em alguns casos, ele é encaminhado aos serviços de saúde dos níveis secundários ou terciários. Todavia, a APS continua corresponsável por ele. Faz-se necessário o diagnóstico adequado da situação de saúde, o atendimento pela UBS e a organização das redes de atenção à saúde.

Responsabilidade, além das estratégias de atenção individual e familiar citadas, a conquista da integralidade, da responsabilidade clínica e, principalmente, da responsabilidade territorial das equipes, necessita de uma abordagem coletiva, que expanda os muros da UBS. Nesse cenário, de acordo com a Portaria Ministerial nº. 2.488/2011 a realização de atividades coletivas e o envolvimento direto da equipe com a comunidade sob o prisma da Promoção da Saúde são atividades essenciais.

Coordenação do cuidado, pois mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa é realizada em outros níveis de atendimento, a APS/ nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados.

Resolubilidade requer que o serviço de saúde oferecido esteja capacitado para enfrentar e resolver os problemas de saúde até o nível da sua competência.

A Portaria Ministerial nº 2488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como: “*Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde*”. Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe e são dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial

dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da Universalidade, da Acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social.

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde foi definida em 1978 pela Organização Mundial da Saúde como: *“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”* (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 4.279/2010).

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde, conformado em redes e a sua concretização, passa pela construção permanente nos territórios que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos

serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

5.1.1 Unidades Básicas de Saúde

Atualmente, a APS no Município de Ubá/MG é formada por 19 (dezenove) Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, entre urbanas e rurais, compostas por Equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF, Equipes de Saúde Bucal - ESB - Modalidade 1, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.

A proporção de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família estimada no Município de Ubá corresponde a uma cobertura de 63,03% pela ESF e 22% pela ESB (Brasil, 2017, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Atenção Básica – DAB/2017).

Tal cobertura justifica-se pela escassez de recursos humanos que contribuem efetiva e diretamente no atendimento da população, no cumprimento de metas e expansão da cobertura.

De acordo com o quadro a seguir, as Unidades Básicas de Saúde possuem as seguintes especificidades:

- Médico da ESF: 09 (nove) estão como médicos principais da ESF, através do “Programa Mais Médicos para o Brasil” e 10 (dez), estão como médicos da ESF, de contratação temporária através de processo seletivo.
- Equipe de Saúde Bucal: 06 (seis).
- Médicos Efetivos: 12, sendo 02 ginecologistas, 03 pediatras e 07 clínicos
- Médicos credenciados: 03 (três) pediatras.
- ESF Rural I (Diamante): possui 07 pontos de apoio de atendimento.
- ESF Rural II (Ubarí): possui 06 pontos de apoio de atendimento.

Tabela 38 - Unidades Básicas de Saúde

UNIDADE	ENDEREÇO	TIPO DE EQUIPE	CLASSIFICAÇÃO	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	IMÓVEL	OBSERVAÇÃO
Santa Bernadete	Avenida Olegário Maciel nº 1.432, Bairro Industrial.	I	UBS	- ESF (médico contratado) -NASF -Médico efetivo – Clínico Geral - Médico credenciado - pediatra	Próprio	-----
COHAB	Avenida Senador Levindo Coelho 1274, Bairro COHAB.	II	UBS	- ESF (Médico do “Mais Médico”) - ESB - NASF	Próprio	-----
Bom Pastor	Rua Adão Quintão nº 125, Bairro Agroceres.	I	UBS	- ESF (médico contratado) - Médico efetivo (Ginecologista) - Médico credenciado- Pediatra	Alugado	-----
Ponte Preta	Rua José Augusto Marcos nº 889-B, Bairro Meu Sonho.	I	UBS	- ESF (médico contratado) -Médico credenciado - Pediatra	Alugado	Imóvel adaptado, inadequado para atender a uma Equipe de ESF.
Cibraci	Rua Alagoas nº 176, Bairro Chiquito Gazola.	I	UBS	- ESF - Médico efetivo (clínico Geral)	Alugado	Imóvel adaptado, inadequado para atender a uma Equipe de ESF.
Eldorado	Rua José Davi nº 23, Bairro Eldorado.	I	UBS	- ESF (médico do “Mais Médicos”).	Alugado	Imóvel adaptado, inadequado para atender a uma Equipe de ESF.
São Domingos	Rua Cel. Otaviano da Rocha, 718, Bairro São Domingos.	I	UBS	- ESF (Médico contratado)	Alugado	Imóvel adaptado, em bom estado e com infraestrutura capaz de

						atender a uma Equipe de ESF.
São Sebastião	Avenida dos Franciscanos nº 146, Bairro São Sebastião.	I	UBS	- ESF (médico do “Mais Médicos”) - Médico efetivo - ginecologista	Alugado	Imóvel adaptado, inadequado para atender a uma Equipe de ESF.
Xangrilá	Rua Luis Bigonha nº 281, Bairro Lourçal.	II	UBS	- ESF (médico contratado) - ESB	Alugado	Imóvel adaptado, inadequado para atender a uma Equipe de ESF - ESB adaptado em sala da E. M. Profª. Conceição Caputo – Curimim I.
São João	Rua José de Assis Nogueira nº 79, Bairro Vila Flanel.	I	UBS	- ESF (médico do “Mais Médicos”) - Médico efetivo – pediatra e clínico geral.	Alugado	Imóvel adaptado, inadequado para atender a uma Equipe de ESF.
Colônia	Praça José Custódio Pereira nº 231, Povoado São Domingos.	I	UBS	- ESF (médico do “Mais Médicos”).	Alugado	Imóvel adaptado, inadequado para atender a uma Equipe de ESF.
Peluso	Rua Armando Moreira Mendes nº 75, Bairro Peluso.	II	UBS	- ESF (médico contratado) - Médico efetivo- Pediatra e clínico geral - ESB	Alugado	Imóvel adaptado, em bom estado e com infraestrutura capaz de atender a uma Equipe de ESF. - ESB adaptado em sala da Creche LUPAM - Academia da Saúde em funcionamento na Praça Julieta Peluso.
São José	Rua Dionísio Magaton nº 25, Bairro São José.	II	UBS	- ESF (médico contratado) - Médico efetivo – ginecologista e clínico geral	Próprio	-----

Schiavon	Avenida Amadeu José Schiavon S/N, Bairro Schiavon.	II	UBS	- ESF (médico contratado) - Médico credenciado-pediatra - ESB	Próprio	-----
Palmeiras	Rua Onofre Leite nº 55, Bairro Altair Rocha.	I	UBS	- ESF (Médico contratado)	Alugado	Imóvel adaptado, em bom estado e com infraestrutura capaz de atender a uma Equipe de ESF.
Santa Edwiges	Av. Elpídia da Silva Fagundes, S/N, Bairro Santa Edwiges.	I	UBS	- ESF (Médico do “Mais Médicos”) - Médico efetivo – Clínico geral e pediatra	Próprio	-----
Pires da Luz	Rua Vereador João Gomes Pereira, S/N, Bairro Pires da Luz.	II	UBS	- ESF (Médico do “Mais Médicos”) -ESB -Médico credenciado-Pediatra	Próprio	-----
	Ubari: Sediada em imóvel cedido pela comunidade, situado na Rua Santo Antônio s/nº,	II	UBS	- ESF (Médico contratado) - ESB (apenas nas localidades de Ubari, Ubeba e Diamante).	Imóvel cedido pela Comunidade.	-----
	Barrinha: Sediada em imóvel cedido pela Secretaria Estadual de Saúde de MG, situado na localidade da Barrinha s/nº.	I	Posto de Saúde	- ESF - ESB (apenas nas localidades de Ubari, Ubeba e Diamante)	Cedidos por terceiros com exceção da localidade da Miragaia, que é alugado	----

	<p>Diamante: Sediada em imóvel alugado por um morador da comunidade situado na Rua Mário Pereira Pontes s/nº.</p> <p>Zueira: Sediada no Salão Comunitário ao lado da Igreja Católica.</p> <p>Miragaia: Sediada em imóvel alugado. Rua Cel. João Ferreira Andrade, s/n.</p> <p>Ubeba: Sediada em uma Escola Municipal desativada na localidade de Ubeba.</p>					
Rural II	Sediada junto à UAPS Santa Edwiges na Av. Elpídia da Silva Fagundes, S/N, Bairro Santa Edwiges.	I	<p>UBS</p> <p>- Equipe volante nas localidades rurais: Córrego de Santana, Córrego Alegre, Córrego do São Pedro, Córrego Santo Anastácio, Monteze, 13 de Maio, Boa Vista, Tomba Morro, Ubá Pequeno, Cabeceira de Ubá Pequeno, Emboque, Ubazinho, Posses, Peixoto Filho, Vila Gonçalves, Aeroporto, Mendes, Pari e Cruzeiro do Sul</p>	- ESF (Médico contratado)	- Próprio - Cedidos pela comunidade	<p>-</p> <p>Equipe atende em locais cedidos pela comunidade (casas, igrejas, etc..).</p> <p>Atendimento é realizado de forma precária, devido à falta de estrutura física.</p>
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Atenção Primária à Saúde, Ubá/MG.						

Tabela 39 - Produção das ESF/SB

Equipes Saúde da Família – ESF				
Procedimentos	2013	2014	2015	2016
Consultas Médicas	99.337	112.660	109.310	101.238
Consultas Pré-Natal (baixo risco)	1.252	1.631	2.441	2.200
Preventivos (Papanicolau)	2.785	2.914	2.667	1.974
Atendimento Individual dos Enfermeiros	10.800	11.360	14.612	14.040
Procedimentos de Enfermagem (Curativos, Inalações, Administração de Medicamentos, Retirada de Pontos, TRO, Pesagem, Glicemia Capilar, Aferição de P.A.)	173.446	166.378	159.621	133.997
Atividades Educativas em Grupo	2.416	4.707	1.183	1.633
Visitas Domiciliares dos Médicos/Enfermeiros	7.957	8.329	8.922	6.280
Visitas Domiciliares dos Técnicos de Enfermagem	10.709	9.131	9.677	6.130
Visitas Domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde	110.757	87.614	95.944	80.458
Fonte: Ministério da Saúde – Datasus/TABWIN, em 02/05/2017				

Tabela 40 - Equipes de Saúde Bucal ESB,s

Equipes de Saúde Bucal – ESB's				
Procedimentos	2013	2014	2015	2016
Procedimentos Coletivos (Escovação supervisionada, aplicação de flúor)	20.691	19.895	13.009	7.993
Procedimentos Individuais (prevenção e tratamento)	6.984	11.447	12.430	11.246
Primeira Consulta Odontológica Programática	1.436	1.726	1.940	1.718
Fonte: Ministério da Saúde – Datasus/TABWIN, em 02/05/2017				

Todas as 19 UBS's possuem pontos de internet, placas de identificação, totens, alarme.

5.1.2 Programa Mais Vida

O Programa Mais Vida é um projeto do Governo Estadual que visa à melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa, através de ações de saúde que promovam a prevenção de doenças, agravos e a longevidade com independência e autonomia.

O encaminhamento dos idosos ao Centro de Referência Mais Vida ocorre mensalmente, oportunidade em que são acompanhados por um responsável e assistidos pela coordenadora do programa no Município.

Em Ubá, os idosos são selecionados junto às ESF's por critérios específicos definidos pelo programa e, posteriormente, encaminhados ao Centro de Referência Mais Vida da Macrorregião, situado no município de Juiz de Fora/MG.

No Centro de Referência Mais Vida, os usuários são acompanhados por profissionais devidamente capacitados e atendidos por equipe multidisciplinar, oportunidade em que realizam exames minuciosos, que servirão para elaboração de um Plano de Cuidados do Idoso.

5.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

Visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar o alcance das ações da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e é entendido como uma importante estratégia que objetiva atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde a partir de demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família, criando espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica em uma perspectiva de corresponsabilidade e gestão compartilhada na produção do cuidado.

Importante frisar que o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às Equipes de Saúde da Família, tendo como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

Atualmente o município possui duas equipes de NASF, credenciadas pela Portaria nº667 de 24 de abril de 2013 e implantadas no Município a partir de agosto de 2013, e contam com uma coordenação específica no âmbito da gestão municipal. A atuação do NASF baseia-se em diversas diretrizes relativas à AB, tais como:

Territorialização e responsabilidade sanitária: são concebidas como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada. Para o alcance desse objetivo, os profissionais devem ser capazes de desenvolver o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade.

Trabalho em equipe: por meio de trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, agrega maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo.

Integralidade: para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que as equipes tenham, cada vez mais, alta capacidade de análise e de intervenção, em termos clínicos, sanitários e no que se refere à gestão do cuidado, inclusive daqueles usuários que requerem acesso a ofertas e tecnologias em outros pontos das redes de atenção.

Autonomia dos indivíduos e coletivos: compreendida como um dos principais resultados esperados com o cuidado na atenção básica (ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida), fruto tanto de ações técnicas quanto da produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (com um cuidado: não se dá autonomia a alguém, mas é possível “interferir” sobre a capacidade e o modo de conduzir a vida). **(Referência Bibliográfica: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).**

A tabela abaixo, mostra a composição das equipes de NASF e as ESF's em que atuam, além das áreas estratégicas de atuação e suas competências.

Tabela 41 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF	Equipe	Unidades de Abrangência da ESF	Áreas estratégicas de atuação	Competências
NASF I	Assistente Social Nutricionista Psicólogo Fonoaudiólogo Educador Físico	ESF Cibraci ESF COHAB ESF Colônia ESF Pires da Luz ESF Santa Edwiges ESF Rural II ESF Eldorado ESF Xangrilá ESF São Domingos ESF São Sebastião	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde da criança, do adolescente e do jovem; • Saúde da Mulher; • Saúde Mental; • Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; • Alimentação e nutrição; • Serviço Social; • Assistência Farmacêutica; • Atividades Físicas/Práticas Corporais; • Práticas Integrativas e Complementares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações interdisciplinares e intersetorial; • Educação Permanente em saúde dos profissionais e da população; • Desenvolvimento da noção de território; • Integralidade; • Participação e Inclusão Social; • Promoção da Saúde e Humanização; • Desenvolvimento de projetos de saúde; • Apoio e atendimento a grupos; • Enfrentamento de situações de violência e ruptura social; • Salas de Espera e Palestras; • Grupos Terapêuticos e Operativos; • Visitas Domiciliares a pacientes restritos ao leito para orientações em saúde; • Apoio às ações da Secretaria Municipal de Saúde e demais Secretarias; • Participação em eventos, Semana da Saúde, Mutirão de Preventivo, Ações Sociais e outros correlatos à área de saúde.
NASF II	Assistente Social Nutricionista Psicólogo Fisioterapeuta Farmacêutico	ESF Bom Pastor ESF Ponte Preta ESF Santa Bernadete ESF Peluso ESF Palmeiras ESF São José ESF Schiavon ESF São João ESF Rural 01		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Atenção Primária à Saúde, Ubá/MG.

A organização dos processos de trabalho do NASF tem foco no território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações, atendimento conjunto, dentre outros.

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho do NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de ESF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo, buscando superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com as ESF's.

5.1.4 Programa Saúde na Escola – PSE

O Programa Saúde na Escola – PSE é uma política intersetorial de Saúde e Educação, instituída em 2007 pelos Ministérios da Saúde e Educação, e tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

As atividades de educação e saúde do PSE acontecem nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc).

O Programa envolve um conjunto de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação. Segue abaixo as 12 (doze) atividades propostas:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti*;

2. Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação da situação vacinal;
9. Promoção da segurança alimentar e nutricional, e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Para a realização das atividades, o município de Ubá conta com uma parceria de trabalho entre as equipes das Estratégias de Saúde da Família e Saúde Bucal, os profissionais que compõem os dois NASFs, os educadores das escolas pactuadas e outros setores. Todos os profissionais são responsáveis pelo planejamento, execução e monitoramento de todas as ações do PSE realizadas junto às escolas, municipais e estaduais, pactuadas.

As ações do PSE se dividem em:

Tabela 42 - Ações do PSE

Equipe	Ação	Ação por tipo	Quantidade
Equipe do NASF, Saúde da Família, Saúde Bucal das ESF, educadores e Vigilância Epidemiológica	Combate ao mosquito Aedes Aegypti	Multirões de combate ao mosquito; Palestra com parceria dos profissionais de saúde; Apresentação teatral; Inserção do conteúdo nas atividades escolares	Todos os alunos das escolas que aderirem ao programa
Equipe do NASF e educadores físicos	Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas	Incentivo de práticas ao ar livre; Jogos; Brincadeiras	Conforme número de escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família e Vigilância Epidemiológica	Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	Palestras e orientações com equipes da saúde, das escolas, famílias e estudantes; Educação entre pares (jovem para/com o jovem)	Conforme faixa etária dos alunos e número de escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família e educadores	Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos	Palestras e orientações com equipes de saúde, das escolas, famílias e estudantes	Conforme número de escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família e educadores	Prevenção das violências e dos acidentes;	Realização de campanhas educativas	Conforme número de escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família e educadores	Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação	Identificação de doenças em eliminação como tuberculose, hanseníase, meningite, etc	Conforme número de escolas pactuadas
Equipe do NASF,	Promoção e Avaliação	Escovação	Conforme número de

Saúde da Família, Saúde Bucal das ESF e educadores	de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor	supervisionada; Fantoche; Roda de conversa	escolas pactuadas
Equipe Saúde da Família	Verificação da situação vacinal	Vacinações de crianças e adolescentes com vacinas em atraso	Conforme número de escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família e educadores	Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	Acompanhamento do peso e estado nutricional dos escolares; Promoção das cantinas escolares saudáveis; Materiais de apoio para ações de educação alimentar e nutricional e estímulo à culinária Ecaminhamento e acompanhamento dos escolares com obesidade e sobrepeso	Conforme número de escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família e educadores	Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Treinamento dos educadores para identificar sinais de alterações	Todos os educandos das escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família, educadores e Vigilância Epidemiológica	Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	Palestras e orientações com equipes da saúde, das escolas, famílias e estudantes; Educação entre pares (jovem para/com o jovem)	Conforme faixa etária dos alunos e número de escolas pactuadas
Equipe do NASF, Saúde da Família e educadores	Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Teste de Snellen; Encaminhamento de estudantes com alterações	Conforme número de escolas pactuadas

5.1.5 Programa Bolsa Família

É um programa do Governo Federal, instituído pela Lei n.º 10.836, de 09 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004, destinado à transferência de renda às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com a finalidade de combater a fome e a miséria, através da promoção e emancipação dessas famílias.

Efetivado através da concessão mensal de um determinado valor em dinheiro, às famílias cadastradas estão condicionadas ao cumprimento de algumas obrigações de acompanhamento de membros da família, tais como:

- a) Avaliação nutricional das fases do ciclo de vida;
- b) Cartão de Vacinação das crianças menores de 07 (sete) anos;
- c) Realização de Pré-Natal em mulheres.

A inserção de novas famílias beneficiária se dá através de orientações e encaminhamentos da ESF, junto aos CRAS, (Centro de Referência da Assistência Social), que atendem a esta demanda e conforme os critérios de elegibilidade, façam a concessão do benefício a estas famílias.

Atualmente, dispomos a dispensação de repelentes para as gestantes beneficiárias do programa bolsa família. O objetivo da distribuição destes repelentes é para a prevenção e proteção individual de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família, contra o *Aedes aegypti*. O repasse destes repelentes para o município é através do Ministério da Saúde e Secretária de Estado da Saúde.

A secretaria municipal de saúde em parceria com a secretária de desenvolvimento social realiza a pesagem para acompanhamento nutricional e leitura de cartões de vacina para colocá-los em dia, conforme calendário nacional de vacinação. Sendo assim, através deste programa, visamos garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde.

5.1.6 Programa Academia da Saúde

Lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, como estratégia de promoção da saúde e do cuidado para os municípios brasileiros, seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, incentivo à alimentação saudável, educação em saúde, contribuir para a produção do cuidado, modos de vida saudáveis e sustentáveis da população, entre outros. Para tanto, o Programa promove a implantação de Polos da

Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. No campo da vigilância, identificávamos a necessidade de fomentar ações de prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), apontando a atividade física e as práticas corporais como as principais ações de intervenção sobre os fatores de risco destas doenças.

O Programa Academia da Saúde adota uma concepção ampliada de saúde, estabelecendo como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. Por isso, apesar do nome, não se restringe à realização de práticas corporais, atividades físicas e promoção da alimentação saudável. Mais do que isso, os polos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas, adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento da autonomia, equidade, empoderamento, a participação social, entre outros.

Nesse sentido, a Portaria nº 2.681 estabelece oito eixos em torno dos quais as atividades do polo devem ser desenvolvidas: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão.

Além disso, um aspecto importante que contribui para a consecução dos objetivos propostos, é que não se trata de um serviço isolado. O Programa faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como componente da Atenção Básica e, por isso, funciona também como porta de entrada no SUS.

Em Ubá, o Polo da Academia de Saúde está localizado no Bairro Peluso, interagindo com a equipe do NASF 02 e a UBS Peluso, dando dinamismo à RAS e buscando a integralidade do cuidado dos usuários. O fluxo de acesso pode se dar diretamente ou através da UBS. O polo conta com um profissional de educação física, que oferta diversas atividades como alongamento, danças, atividades lúdicas, jogos, brincadeiras e práticas esportivas. O funcionamento do polo ocorre em três turnos (manhã, tarde e noite), visando atender o maior público possível.

Um segundo polo está sendo construído no bairro Eldorado, este manterá vínculo com a equipe do NASF 01 e a UBS Eldorado, seguindo a mesma modalidade e fluxo anterior.

5.1.7 Programa Mais Médicos para o Brasil

O Programa Mais Médico para o Brasil surgiu como apoio do Ministério da Saúde aos estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.369 de 08 de julho de 2013.

Atualmente, o Município conta com 09 (nove) destes profissionais atuando nas equipes de Saúde da Família, atendendo nas ESF Bom Pastor, Colônia, COHAB, Cibraci, São João, São Sebastião, Santa Edwiges, Pires da Luz e Ponte Preta.

Com o sucesso do programa, o Município vem expandindo sua adesão ao mesmo, tendo em vista que o programa está contribuindo muito para a melhoria da qualidade e na humanização do atendimento à saúde da população.

5.1.8 Programa Saúde em Movimento

O termo Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT foi instituído agrupando um conjunto de agravos, os quais o processo causal não está baseado em mecanismos de transmissão de agentes etiológicos, como ocorre com as doenças transmissíveis. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DANT dependem de uma rede causal constituída pela interação de diversos fatores de natureza biológica, social, entre outras. Incluem-se nesse rol as doenças do aparelho circulatório, os vários tipos de câncer, a obesidade, os transtornos mentais, a violência e os acidentes.

O aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DANT ocorrido nas últimas décadas no Brasil deve-se a vários fatores como a urbanização, melhorias nos cuidados com a saúde, mudança no estilo de vida, que, associados, promoveram um processo de transição epidemiológica e demográfica.

O Brasil segue a tendência mundial do processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, ou seja, desde a década de 60 vem apresentando queda nas taxas de fecundidade, natalidade e um progressivo aumento na proporção de idosos, favorecendo o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias), e a transição

nutricional, com diminuição expressiva da desnutrição e aumento do número de pessoas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Somam-se a isso o aumento dos traumas decorrentes das causas externas (violência, acidentes, envenenamentos, etc.).

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT são responsáveis por grande parcela da carga de doenças no Brasil. Atualmente, cerca de dois terços da carga de doenças no país deve-se a doenças não transmissíveis (do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e outras) e causas externas (acidentes e violências). Portanto, são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores comportamentais de risco modificáveis, como o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a alimentação inadequada e a inatividade física.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que as doenças cardiovasculares, por exemplo, seria uma causa relativamente rara de morte na ausência dos principais fatores de risco, e indicam que os mecanismos mais efetivos e eficazes na redução da vulnerabilidade da população a essas “novas epidemias” e na defesa da vida saudável, são aqueles que operam na prevenção das doenças e na promoção da saúde (BRASIL, Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em março de 2006, é uma das estratégias do Setor Saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, visando reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes, como: os modos de viver, as condições de trabalho, habitação, ambiente, educação e lazer, entre outros. Propõem, ainda, produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Promoção à Saúde, 3ª. Ed., 2010).

O Programa Saúde em Movimento no município de Ubá, conta atualmente, com um profissional de Educação Física, sendo que um destes profissionais atende nos bairros Palmeiras, Schiavon e Santa Edwiges e o outro atende nos bairros Xangrilá, Eldorado, São Domingos, São José e Cibraci, onde o atendimento é realizado em espaço físico vinculado ou próximo às ESF.

O objetivo da prática é promover atividades físicas como alongamento, dança e zumba. Os usuários têm livre acesso para participar das atividades. As UBS são também importantes direcionadoras de usuários para o Programa.

5.1.9 Sociedade Beneficente Anália Franco

A Sociedade Beneficente Anália Franco, popularmente conhecida como Lactário Anália Franco, é uma organização não governamental, com fins filantrópicos, de caráter beneficente, educativo, cultural, de assistência social e duração indeterminada.

Situada na Rua Dona Mariana, 40, Centro, foi fundada em 03 de Outubro de 1945 por um grupo de caridosas senhoras que idealizaram uma grande empreitada em favor da vida.

Iniciou seus trabalhos atendendo à parturientes, levando até o domicílio da gestante o primeiro enxoval para o recém-nascido e o socorro necessário para sua sobrevivência, tendo permanecido neste trabalho até a construção de sua sede própria.

Não só pela necessidade de ampliar os prestimosos atendimentos, mas também, pela comoção ao ver o grande número de recém-nascidos irem a óbito por desnutrição, em 1958 fundaram um lactário, o primeiro da cidade, onde as crianças tinham toda assistência e alimentação adequada, e o 2º Departamento, com o objetivo de dar socorro médico às crianças e às gestantes. E não pararam mais de crescer.

Fundaram nos anos subsequentes, outros três departamentos de assistência odontológica à comunidade carente, a Escola de Educação Infantil Maria de Lourdes Pinto com objetivo de oferecer educação infantil para crianças de quatro a seis anos de idade, e cursos profissionalizantes de corte e costura, artesanato e pintura.

A Instituição é custeada através de subvenções sociais das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, além de doações da comunidade local.

Especificamente na área da saúde, a instituição desenvolve em parceria com a Secretaria de Saúde de Ubá/MG, um apoio à saúde da comunidade através de atendimento médico e odontológico, com recursos do SUS, colaborando para uma melhoria da qualidade de vida do cidadão ubaense.

Tabela 43 - Prestador Conveniado junto ao SUS

<u>Tipo de Assistência</u>	<u>Especialidade</u>
<u>Médica</u>	<u>Clínica Geral</u>
	<u>Ginecologia e Obstetrícia</u>
<u>Psicossocial</u>	<u>Serviço Social (Assistente Social)</u>
	<u>Psicologia</u>
	<u>Puericultura (Enfermeira)</u>
<u>Odontológica</u>	<u>Odontólogos</u>
Fonte: www.lactarioanaliafranco.com.br	

Tabela 44 - Produção Ambulatorial

<u>Procedimento</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>
Consulta de profissional de nível superior na atenção básica (exceto médico)	4520	5041	4240	3891
Consulta médica em atenção básica	9354	14286	8203	9978
Primeira consulta odontológica programática	3000	3523	1471	915
Capeamento pulpar	7966	6255	4732	4317
Restauração de dente decíduo	792	317	1272	950
Restauração de dente permanente anterior	1395	1182	252	379
Restauração de dente permanente posterior	5963	4708	3218	3058
Raspagem alisamento e polimento supra gengivais (por sextante)	11181	12798	18146	2422
Total	44171	48110	41534	25910
Fonte: Ministério da Saúde – Datasus/TABWIN, em 28/04/2017				

5.1.10 Sindicato dos Produtores Rurais de Ubá

O Sindicato dos Produtores Rurais de Ubá é uma entidade de classe dos ruralistas de Ubá e região, fundada em 12 de outubro de 1965.

Criado para dar continuidade ao trabalho que vinha sendo realizado pelo Centro dos Lavradores, tem como escopo principal defender os interesses da classe produtora rural, compreendida pelos proprietários rurais, trabalhadores e familiares dos trabalhadores rurais, bem como os parceiros, meeiros arrendatários, comodatários e seus familiares.

Situado na Rua Peixoto Filho, 122, Centro, presta, através de Convênio com SUS, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, serviços na área de saúde, às categorias acima relacionadas.

O Sindicato dos Produtores Rurais de Ubá, conta atualmente com os seguintes serviços na área de saúde:

Tabela 45 - Quantitativo de profissionais por área e especialidades

<u>Tipo de Assistência</u>	<u>Especialidade</u>	<u>Quantidade</u>
Médica	<u>Pediatria</u>	<u>02</u>
	<u>Clínica Médica/Cirurgia Geral</u>	<u>01 Cirurgião e 2 C.Médica</u>
	<u>Psiquiatria</u>	<u>01</u>
	<u>Ortopedia</u>	<u>01</u>
	<u>Cardiologia</u>	<u>02</u>
	<u>Dermatologia</u>	<u>01</u>
	<u>Fonoaudiologia</u>	<u>01</u>
	<u>Psicologia</u>	<u>02</u>
	<u>Ginecologia/Obstetrícia</u>	<u>02</u>
	<u>Endocrinologia/Metabologia</u>	<u>02</u>
	<u>Gastroenterologia</u>	<u>01</u>
<u>Odontológica</u>	<u>Básica</u>	<u>03</u>
Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos , em 28/04/2017		

Tabela 46 - Produção Ambulatorial

<u>Procedimento</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	2591	2404	1694	1090
Evidenciação de placa bacteriana	6264	5781	4286	4247
Consulta médica em Atenção Básica	815	751	806	739
Consulta de Pré-Natal	149	168	149	144
Primeira Consulta Odontológica Programática	1053	1017	746	540
Capeamento Pulpar	3180	2910	2093	1993
Restauração de Dente Permanente Posterior	2676	2406	1717	1748
Raspagem Alisamento e Polimento Supra gengivais (por sextante)	2605	2786	2356	380
Exodontia de Dente Decíduo	48	36	29	35
Exodontia de Dente Permanente	257	219	145	121

Tratamento Cirúrgico de hemorragia buco-dental	257	227	145	121
Total	19.895	18.705	14.166	11.158
Fonte: Ministério da Saúde – Datasus/TABWIN, em 28/04/2017				

5.1.11 Policlínica Odontológica

A Policlínica Odontológica Municipal está situada na Av. Comendador Jacinto Soares de Souza Lima, 530, Centro. Trata-se de uma unidade de apoio, diagnose e terapia, que presta assistência odontológica aos munícipes ubaenses, atendendo à demandas espontâneas e referenciadas das Unidades Básicas de Saúde.

Esta unidade, por ter caráter de atendimento básico em saúde, atende somente a usuários residentes no Município de Ubá/MG, incluindo aqueles que se encontram recolhidos no Presídio local.

São atendidos em média 55 (cinquenta e cinco) pacientes/dia, os quais se dividem em atendimentos programados/agendados e também às urgências odontológicas, que são comuns todos os dias.

Além do tratamento odontológico básico, os usuários também são orientados sobre a importância da higiene e saúde bucal, com ênfase na prevenção das doenças bucais. E, nos casos onde há necessidade de tratamento especializado, os usuários são encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas - CEO.

Tabela 47 - Recursos Humanos e Estrutura Física

Recursos Humanos	
Nº	Função
1	Supervisor
1	Agente Administrativo
6	Odontólogos
12	Auxiliares em Saúde Bucal - ASB
3	Recepcionistas
1	Zeladoras
Estrutura Física	
1	Recepção
4	Consultórios Odontológicos
3	Banheiros
1	Cozinha
1	Sala DML

1	Depósito de lixo
1	Almoxarifado
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Assistência Odontológica	

Além dos atendimentos realizados na sede da Policlínica Odontológica, realizamos também, atendimento junto à algumas Escolas Municipais que possuem consultório dentário dentro de suas dependências, para atendimento específico de seus alunos.

Tais atendimentos ocorrem nas seguintes unidades de ensino:

- a) Escola Municipal Dr. José Campomizzi Filho - CAIC (01 Cirurgião Dentista e 01 Técnico em Higiene Bucal – THB);
- b) Escola Municipal Prof. Francisco Arthidoro da Costa (02 Cirurgiões Dentista e 01 Auxiliar de Saúde Bucal – ASB);
- c) Escolas das Zonas Rurais (01 equipe de prevenção que visita as escolas, composta por 01 Cirurgião Dentista e 01 Técnico em Higiene Bucal – THB).

Tabela 48 - Procedimentos realizados Policlínica Odontológica

PROCEDIMENTO	2013	2014	2015	2016
Primeira Consulta Odontológica Programática	1885	1876	2474	2230
Atendimento de Urgência	1579	1772	3069	3775
Cirurgia Oral (Extração)	1694	1622	2788	2292
Saúde Bucal (Prevenção)	2547	1208	1719	560
Dentística (Restauração)	8497	7294	10492	8552
Periodontia (Gengiva)	5013	4527	7839	2417
Endodontia (Canal)	529	586	828	702
Ações Coletivas Aplicação tópica de flúor e Escovação supervisionada	28.743	15.469	12.033	8.321
TOTAL DE PROCEDIMENTOS	50.487	34.454	41.242	28.849
Fonte: Ministério da Saúde – Datasus/TABWIN, em 28/04/2017				

5.2 Atenção Secundária

5.2.1 Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho

O Sistema de Saúde Brasileiro foi descentralizado no intuito de ofertar uma atenção em saúde mais específica e adequada aos cidadãos.

A descentralização em três níveis de atenção assiste melhor ao indivíduo, promovendo a distribuição do atendimento de acordo com a gravidade do caso, desafogando serviços antes abarrotados com demandas de todas as ordens, onde casos de alta complexidade se misturavam à casos de menor urgência ou de fácil resolução.

No nível secundário de atenção à saúde encontram-se as Clínicas Especializadas, e Unidades de Pronto Atendimento, onde são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças.

Em nosso Município a atenção secundária é feita pela Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho, situada em imóvel próprio, localizado na Av. Comendador Jacinto Soares de Souza Lima, 530, Centro.

Tabela 49 - Estrutura Física

INFRA ESTRUTURA	
10	Consultórios para atendimentos médicos e terapias, sendo 07 (sete) com banheiro privativo
1	Salas para procedimentos
1	Sala de esterilização de materiais
1	Almoxarifado
1	Sala de Arquivo
1	Sala de Administração
1	Vestiário
1	Serviço Social
1	Cozinha
1	Sala para Marcação de Consultas
1	Sala de Vacina
1	Sala para armazenamento de lixo biológico
1	Estacionamento

2	Recepções (uma entrada principal e outra para sala de vacinas e setor de fisioterapia)
3	Banheiros para usuários
2	Banheiros para funcionários
2	Salas de Expurgos
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG.	

A Policlínica Regional é uma unidade de atendimento ambulatorial Micro Regional, onde são ofertadas consultas com 24 (vinte e quatro) diferentes especialidades/sub-especialidades, a saber:

Tabela 50 - Recursos Humanos da Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho

Recursos Humanos	Nº de Profissionais	Especialidades	Total de Consultas Especializada realizada por ano			
			2013	2014	2015	2016
Médico Especialista	24	Endocrinologia	42.649	38.671	42.182	40.890
		Ginecologia				
		Infectologia				
		Nefrologia				
		Oftalmologia				
		Cardiologia				
		Angiologia				
		Neurologia,				
		Dermatologia				
		Gastroenterologia				
		Urologia				
		Otorrinolaringologia				
		Ortopedia				
		Psiquiatria				
		Pneumologia				
Médico Clínico Geral	1	Clínica Médica				
Nutricionistas	1	Nutricionistas				
Fisioterapeuta	2	Fisioterapia				
Fonoaudiólogo	1	Fonoaudiologia				
Psicólogo	7	Psicologia				

Assistente Social	1	Assistente Social				
Enfermeiro	2					
Supervisor	1					
Téc. Enfermagem	9					
Ag. Com. Saúde	13					
Ag. Administrativos	4					
Aux. Serviços Gerais	2					
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG.						

Além das consultas especializadas o setor oferece também os seguintes exames especializados:

- a) Eletrocardiograma;
- b) Audiometria;
- c) Teste PPD;
- d) Reação de Montenegro;
- e) Triagem Pré-Natal;
- f) Triagem Neonatal, popularmente conhecida como “Teste do Pezinho”.

Havendo alteração no resultado de algum dos exames acima os pacientes são orientados e acompanhados pela Equipe de Enfermagem da Policlínica.

Já as crianças com teste do pezinho alterados, que são cadastradas e atendidas pela NUPAD/BH são acompanhadas pelo Serviço de Enfermagem e pelo Serviço Social da Policlínica;

Na Policlínica Regional também é realizado acompanhamento, controle e regulação dos seguintes programas de relevância Microrregional:

- a) Programa de Órtese e Prótese (ortopédica);
- b) Programa de Saúde Auditiva;
- c) Programa de Ostomizados;
- d) Serviço de Atendimento a Tuberculose;
- e) Serviço de Atendimento a Hanseníase;

- f) Encaminhamento para atendimento de oftalmologia de urgência conforme demanda atendida nas unidades básicas;
- g) Notificação compulsória de doenças;
- h) Atendimento e cadastro no SISCAN das solicitações de mamografia provenientes do centro e áreas descobertas;
- i) Controle de Pressão Arterial proveniente dos consultórios de cardiologia da Policlínica e de moradores do Centro e Área descoberta;
- j) Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Município consiste no acompanhamento dos pacientes que desejam cessar o uso do tabaco, é realizado na Policlínica por 01 (um) Assistente Social através da Abordagem e Tratamento do Tabagismo.

Neste sentido são ofertadas informações e estratégias necessárias para que os tabagistas direcionem seus próprios esforços em prol de resultados positivos. Para isto, utiliza-se trabalho de interação em grupo a fim de incentivar e apoiar as mudanças, trabalhando os comportamentos, pensamentos e sentimentos. E, sempre que avaliada a necessidade é utilizado o suporte medicamentoso, bem como o encaminhamento do(s) paciente(s) para atendimento com psicólogo e/ou psiquiatra, de acordo com a necessidade de cada caso.

A Policlínica Regional também possui um setor de Imunização (sala de vacina), no qual conta com equipe capacitada à administrar todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde e pelo Calendário Básico de Minas Gerais, bem como os imunobiológicos especiais (SICRIE) e profilaxia anti-rábica pré e pós-exposição.

O serviço acolhe ainda notificações de violência e também cede seu espaço físico para autoridades competentes realizarem exames de corpo de delito para composição de inquérito policial.

Tabela 51- Consolidado anual de procedimentos realizados - 2013

ESPECIALIDADE / MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Atendimento Pacientes Ostomizados	07	41	67	68	74	78	91	77	77	71	76	83	810
Atendimento de Enfermagem	16	98	64	76	52	37	35	35	113	81	139	44	790
Coleta de Soro	1	1	2	0	4	2	3	1	1	0	1	3	16
E.C.G. (Realizados)	125	255	290	300	337	339	248	355	428	361	437	87	3562
Glicemia Capilar	18	21	33	13	8	12	13	4	20	6	10	11	169
Hanseníase - Pacientes Atendidos	0	27	10	10	20	5	0	0	6	3	0	0	81
Teste Montenegro	1	0	6	7	7	0	0	0	0	0	0	0	21
PPD	9	27	31	22	23	16	38	17	42	21	32	21	299
Tuberculose - Pacientes Atendidos	07	15	16	11	6	4	3	4	7	5	10	24	112
Teste do Pezinho	24	22	19	10	14	15	10	12	18	14	12	8	178

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG/ TABWIN, em 12/05/2017

Tabela 52 - Consolidado anual de procedimentos realizados – 2014

ESPECIALIDADE / MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Atendimento Pacientes Ostomizados	33	65	75	94	80	83	70	69	77	97	79	86	825

Atendimento de enfermagem	0	0	178	30	0	97	84	86	125	66	169	153	988
Coleta de soro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E.C.G. (realizados)	0	320	330	325	424	424	385	527	438	365	360	408	4306
Glicemia Capilar	8	15	16	58	23	26	17	6	35	20	14	3	241
Hanseníase - Pacientes Atendidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Teste Montenegro	0	2	3	0	1	0	3	2	4	2	2	1	20
Toxoplasmose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PPD	17	24	43	11	17	20	9	0	0	0	0	0	141
Tuberculose - Pacientes Atendidos	10	20	23	25	19	35	17	17	20	13	20	20	239
Teste do pezinho	19	15	19	13	15	17	13	7	12	4	9	10	153
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG/ TABWIN, em 12/05/2017													

Tabela 53 - Consolidado anual de procedimentos realizados – 2015

ESPECIALIDADE / MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Atendimento Pacientes Ostomizados	0	30	68	77	89	74	85	82	69	73	81	84	812
Atendimento de Enfermagem	183	128	258	225	231	0	907	682	781	866	759	575	5.595
Coleta de Soro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E.C.G. (Realizados)	163	306	377	330	356	394	436	345	440	496	430	316	4.389

PPD	18	0	0	0	0	0	12	13	14	19	13	6	95
Tuberculose - Pacientes Atendidos	0	0	0	0	0	0	24	28	30	27	19	20	148
Teste do Pezinho	13	19	6	10	9	7	10	4	6	6	5	2	97
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG/ TABWIN, em 12/05/2017													

Tabela 55 - Produção anual por especialidade – 2013

ESPECIALIDADE / MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Assistente Social	99	368	165	140	251	240	244	196	242	174	221	97	2.437
Cardiologia	52	171	202	150	234	261	210	226	273	206	317	266	2.568
Clínica Geral	80	45	88	87	108	75	0	31	90	85	54	108	712
Dermatologia	19	0	90	48	37	69	0	98	59	100	104	77	701
Endocrinologia	96	143	137	141	110	149	51	69	59	124	139	155	1.373
Fisioterapia	251	355	378	460	0	240	460	430	709	517	428	435	4.663
Fonoaudiologia	74	197	186	237	220	334	232	177	322	217	260	220	2.676
Gastroenterologia	21	45	65	58	77	107	68	77	80	74	106	85	863
Infectologia	42	55	73	105	85	92	55	86	50	86	66	69	864
Hanseníase	0	27	10	10	20	5	0	0	6	0	0	0	81
Nefrologia	17	94	53	71	45	62	46	60	72	76	79	71	746
Neurologia	0	61	74	68	55	95	60	86	83	70	82	48	782
Ortopedia	112	130	103	142	127	149	128	175	141	65	98	86	1.456
Otorrino	86	178	214	177	212	246	240	275	261	263	272	315	2.739
Pediatria	92	93	146	149	141	144	115	157	193	132	149	143	1.373
Pneumologia	0	38	88	89	66	0	0	0	46	65	86	50	525
Psicologia	312	845	882	929	999	1204	1039	1075	1146	972	1152	1044	11.599

Psiquiatria	87	179	177	92	101	275	225	232	193	223	179	143	2.106
Urologia	58	100	351	356	342	333	298	353	343	328	299	399	3.560

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG/ TABWIN, em 12/05/2017

Tabela 56 - Produção anual por especialidade – 2014

ESPECIALIDADE / MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Assistente Social	161	145	175	143	105	142	139	164	158	114	141	126	1.713
Cardiologia	0	158	204	252	266	291	238	343	300	283	312	286	2.933
Clínica Geral	65	76	107	118	104	93	57	41	66	51	0	68	795
Dermatologia	18	53	5	29	36	55	52	0	14	0	68	49	379
Endocrinologia	0	117	116	145	141	131	119	160	115	169	151	109	1.473
Fisioterapia	351	540	470	558	256	299	307	342	0	182	300	0	3.605
Fonoaudiologia	106	221	117	72	53	45	82	90	99	154	128	49	1.216
Gastroenterologia	22	80	57	65	74	70	46	58	35	28	65	59	659
Infectologia	17	73	41	28	34	46	41	18	76	69	59	46	548
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nefrologia	60	79	0	70	65	78	47	101	64	57	106	83	810
Neurologia	0	64	44	89	76	66	59	69	64	13	95	65	704
Ortopedia	67	95	0	87	88	79	56	90	67	86	87	91	893
Otorrino	148	297	237	258	209	306	247	350	243	182	187	35	2.699
Pediatria	97	175	87	122	0	0	0	0	0	0	0	0	481
Pneumologia	29	43	60	59	32	57	60	40	33	38	96	58	605
Psicologia	687	1128	907	827	778	859	646	926	832	772	883	899	10.144
Psiquiatria	78	207	191	220	186	184	258	447	387	312	439	419	3.325
Urologia	0	222	309	371	356	381	303	406	429	425	493	413	4.108
Perícia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nutricionista	63	76	87	88	112	110	31	136	124	42	0	0	869

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG/ TABWIN, em 12/05/2017

Tabela 57 - Produção anual por especialidade – 2015

ESPECIALIDADE / MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Assistente Social	58	67	161	149	191	201	69	279	161	195	143	45	1.719
Cardiologia	0	127	340	288	274	231	263	315	241	251	242	2	2.574
Clínica Geral	54	68	118	162	124	80	126	136	288	288	30	51	1.207
Dermatologia	44	31	37	21	27	41	47	56	61	61	3	44	473
Endocrinologia	73	108	154	127	61	84	165	161	127	124	108	128	1.420
Fisioterapia	613	271	321	309	287	514	301	169	349	402	305	0	3.841
Fonoaudiologia	6	42	45	72	99	116	101	146	174	137	171	199	1.308
Gastroenterologia	28	39	57	64	70	66	61	74	78	72	2	68	679
Infectologia	39	46	73	10	30	69	0	0	0	130	83	52	532
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nefrologia	44	61	71	49	101	97	87	101	75	52	17	55	772
Neurologia	0	65	74	76	72	67	75	88	78	79	84	67	151
Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otorrino	98	132	153	126	225	225	210	251	258	218	169	87	2.152
Pediatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologia	26	55	55	77	66	51	57	67	49	80	10	51	644
Psicologia	172	703	875	829	854	1077	881	875	883	593	943	528	9.213
Psiquiatria	59	218	406	349	270	278	362	443	304	180	361	346	3.576
Urologia	0	129	419	232	115	284	410	444	363	350	354	334	3.434
Perícia	4	10	4	18	11	18	10	16	11	13	20	0	135
Nutricionista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG/ TABWIN, em 12/05/2017

Tabela 58 - Produção anual por especialidade – 2016

ESPECIALIDADE / MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Assistente Social	95	144	51	72	4	99	60	54	41	0	0	0	620
Cardiologia	166	199	240	195	199	272	295	285	263	224	204	52	2.594
Clínica Geral	16	94	52	27	7	67	38	10	8	5	6	12	331
Dermatologia	38	7	0	90	81	42	68	50	90	65	83	41	655
Endocrinologia	95	109	128	2	152	187	179	159	144	169	118	136	1.578
Fisioterapia	0	493	0	267	95	210	221	0	0	120	0	100	1.506
Fonoaudiologia	115	115	171	148	103	111	121	118	113	49	0	0	1.164
Gastroenterologia	29	55	86	71	82	82	47	57	47	51	38	50	695
Infectologia	28	73	87	60	91	77	94	90	65	45	66	27	803
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nefrologia	85	39	98	84	90	97	99	38	70	78	102	62	942
Neurologia	19	36	82	27	87	67	86	102	68	57	76	33	721
Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otorrino	160	118	179	149	179	170	159	200	137	127	132	110	1.820
Pediatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologia	53	32	52	0	58	0	78	71	72	66	62	72	616
Psicologia	353	571	895	784	925	963	677	565	651	592	692	560	8.228
Psiquiatria	215	285	280	427	377	406	261	450	393	280	265	319	3.958
Urologia	38	242	402	380	387	414	425	438	364	395	361	362	4.208
Perícia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nutricionista	0	36	40	60	52	94	102	83	64	67	97	72	767

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG/ TABWIN, em 12/05/2017

5.2.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região - SIMSAÚDE

O Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região – SIMSAÚDE teve seu projeto iniciado a partir de dezembro de 2009. A partir deste momento, os 20 (vinte) municípios que pertencem à Região de Saúde de Ubá, sem exceção, passaram a se reunir periodicamente, com o fito de definir entre vários aspectos, o local onde seria construída sua Sede Administrativa e qual seria seu papel dentro da Saúde Pública da Microrregião de Saúde de Ubá.

Foram criados Protocolo de Intenções, necessário para a criação de um consórcio de caráter público, Estatuto de Funcionamento, Plano de Cargos e Salários, dentre outros documentos de caráter administrativo.

Finalizado o projeto, os municípios se organizaram com o propósito de buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) recursos para obra, para investimento em equipamentos e para aquisição de ônibus destinado ao traslado dos pacientes dos municípios consorciados até os serviços de referência de Saúde, inclusive para o SIMSAÚDE, dentro do Programa do Sistema Estadual de Transportes em Saúde (SETS).

Assim, em agosto de 2012, com a obra já concluída, iniciou-se então a fase de seus partícipes definirem quais serviços de saúde seriam contratados, atendendo assim o Protocolo de Intenções, e, oferecendo aos consorciados, um centro de especialidades, com o objetivo de diminuir significativamente a fila de espera e/ou o vazio assistencial em determinadas áreas.

Atualmente o SIMSAÚDE disponibiliza diversos procedimentos médicos, odontológicos, fonoaudiólogos executados em sua própria Sede, além de outros serviços terceirizados, contratados através de processos licitatórios, conforme relacionado abaixo:

ESPECIALIDADES:

- Consulta de Cirurgia Vascular (Angiologia);
- Endocrinologia;
- Risco Cirúrgico;
- Cardiologia;
- Fonoaudiologia;
- Dermatologia;
- Ortopedia;

- Oftalmologia+Tonometria+Fundoscopia;
- Gastroenterologia;
- Ginecologia;
- Consulta Cirurgia Geral;
- Reumatologia;
- Otorrinolaringologia;
- Psiquiatria;
- Psicologia;
- Urologia;
- Neurologia;
- Mastologia;
- Pediatria.

EXAMES COMPLEMENTARES:**EXAMES OFTALMOLÓGICOS:**

- Gonioscopia;
- Mapeamento de retina;
- Ultrassonografia de Globo Ocular/ Orbita (USG Scan B Ocular);
- Curva Diária de Pressão Ocular CDPO;
- Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico.

ULTRASSONOGRÁFIAS:

- Ultrassonografia de Articulações;
- Ultrassonografia Obstétrica;
- Ultrassonografia Obstétrico com Translucência Nucal;
- Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado;
- Ultrassonografia de Vias Biliares;
- Ultrassonografia de Abdome Superior;
- Ultrassonografia de Abdome Total;
- Ultrassonografia de Aparelho Urinário;
- Ultrassonografia de Bolsa Escrotal;
- Ultrassonografia de Próstata por via Abdominal;
- Ultrassonografia de Tireóide;

- Ultrassonografia de Doppler de Fluxo Obstétrico;
- Ultrassonografia Mamária Bilateral;
- Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica);
- Ultrassonografia Transfontanela;
- Ultrassonografia Transvaginal;
- Ultrassonografia de Partes Moles.

DOPPLER VENOSO E ARTERIAL:

- Duplex Scan (Doppler) Venoso 1 Membro;
- Duplex Scan (Doppler) Venoso 2 Membros;
- Duplex Scan (Doppler) Arterial 1 Membro;
- Duplex Scan (Doppler) Arterial 2 Membros;
- Duplex Scan (Doppler) Arterial Carótidas e Vertebrais;
- Duplex Scan (Doppler) Arteria Renal;
- Duplex Scan (Doppler) Viscerais;
- Duplex Scan (Doppler) Artéria Aorta + Iliacas.

OUTROS EXAMES:

- Tratamento Esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores (uni ou bilateral);
- Audiometria Tonal;
- Audiometria Vocal+Tonal;
- Ecodoppler colorido* (Ecocardiograma);
- Endoscopia Digestiva Alta com Biópsia;
- Colonoscopia;
- Anestesiologista para Colonoscopia;
- Eletroencefalograma com Laudo;
- Eletroencefalograma com Mapeamento Cerebral com Laudo;
- Punção Aspirativa de Mama com Agulha Fina.

PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA:

- Exame de Colposcopia;
- Inserção de DIU;

- Cauterização de Verruga Venérea;
- Biópsia de Útero;
- Biópsia de Vúlva.

PROCEDIMENTOS DO CONVÊNIO DE ODONTOLOGIA:

- Alveoloplastia ;
- Amputação radicular sem obturação retrógrada;
- Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada;
- Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada;
- Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada;
- Aprofundamento /aumento de vestíbulo;
- Biópsia de boca;
- Biópsia de lábio;
- Biópsia de língua;
- Biópsia de mandíbula;
- Biópsia de maxila;
- Cirurgia odontológica a retalho;
- Cirurgia para exostose maxilar;
- Cirurgia para torus mandibular bilateral;
- Cirurgia para torus mandibular unilateral;
- Cirurgia para torus palatino;
- Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial;
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial;
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial;
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial;
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial;
- Exérese ou excisão de cálculo salivar Exérese ou excisão de cistos odontológicos Exérese ou excisão de mucocele;

- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilofacial;
- Exérese ou excisão de cálculo salivar;
- Exérese ou excisão de cistos odontológicos;
- Exérese ou excisão de mucocele;
- Exérese ou excisão de rânula;
- Exodontia a retalho;
- Exodontia de inclusos/impactados/supranumerários;
- Exodontia de semi-inclusos/impactados /supranumerários;
- Frenulectomia labial;
- Frenulectomia lingual;
- Frenulotomia labial;
- Frenulotomia lingual;
- Reconstrução de sulco gengivolabial;
- Redução cruenta de fratura alveolodentária;
- Redução incruenta de fratura alveolodentária;
- Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM);
- Remoção de odontoma;
- Tratamento cirúrgico das fístulas buconasais;
- Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais;
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região bucomaxilofacial;
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial;
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial;
- Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução;
- Ulectomia;
- Ulotomia.

PEQUENAS CIRURGIAS DE DERMATOLOGIA:

- Retirada de corpo estranho subcutâneo;

- Incisão e drenagem de abscesso;
- Fulguração/Cauterização química ou física de lesões cutâneas;
- Eletrocauterização de lesão cutânea;
- Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa;
- Exerese de tumor de pele e anexos/ cisto sebáceo/lipoma.

EXAME:

- Angiorressonância Cerebral;
- Cintilografia de Corpo Inteiro - Iodo 131;
- Cintilografia da Tireóide com ou sem Capitação;
- Cintilografia de Para Tireóides;
- Cintilografia do Fígado e Vias Biliares;
- Cintilografia do Miocárdio Necrose;
- Cintilografia do Miocárdio Perfusão – Estresse e Repouso;
- Cintilografia Óssea com ou sem Fluxo Sanguíneo;
- Marcação de Mama com Cintilografia;
- Marcação de Mama sem Cintilografia;
- Cintilografia Renal Dinâmica DTPA com ou sem Diurético;
- Cintilografia Renal Estática;
- Cintilografia de Articulações e/ou extremidades e/ou osso;
- Cintilografia de Corpo Inteiro com Gálio 67 para pesquisa de Neoplasias;
- Cintilografia de Fígado e Baço (mínimo de cinco imagens);
- Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dacriocintilografia);
- Cintilografia de Glândulas Salivares com ou sem estímulo;
- Cintilografia de Mama (Bilateral);
- Cintilografia de Pulmão para Pesquisa de Aspiração;
- Cintilografia de Pulmão por Inalação (mínimo de duas projeções);
- Cintilografia de Pulmão por Perfusão (mínimo de quatro projeções);
- Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal;
- Cintilografia de Tireoide com Teste de Supressão/Estímulo;
- Cintilografia para estudo de Transito Esofágico (líquido);

- Cintilografia para estudo de Transito Esofágico (semi-Sólido);
- Cintilografia para estudo de Transito Gástrico (sólido);
- Cintilografia para pesquisa de diverticulose de Meckel;
- Cintilografia para pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa;
- Cintilografia para pesquisa de Hemorragia Digestiva não Ativa;
- Cintilografia para pesquisa de Refluxo Gastro-Esofágico;
- Cintilografia para Avaliação de Esvaziamento Gástrico;
- Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa e/ou Quantitativa);
- Cistocintilografia Direta;
- Cistocintilografia Indireta;
- Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral;
- Estudo Renal dinâmico com ou sem Diurético;
- Cintilografia de Corpo Inteiro com Gálio 67 para pesquisa de infecção;
- Cintilografia do Fígado com Hemácias Marcadas;
- Cintilografia Linfocintilografia de MMII;
- Ressonância Magnética de Membros Inferiores (Unilateral);
- Ressonância Magnética de Membros Superiores (Unilateral);
- Ressonância Magnética de Abdome Superior;
- Ressonância Magnética de Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral);
- Ressonância Magnética de Bacia/ Pelve/Abdome Inferior;
- Ressonância Magnética de Coluna Cervical/ Pescoço;
- Ressonância Magnética de Coluna Lombo Sacra;
- Ressonância Magnética de Coluna Torácica;
- Ressonância Magnética de Crânio;
- Ressonância Magnética de Sela Túrcica;
- Ressonância Magnética de Tórax;
- Ressonância Magnética de Vias Biliares/Colangiorressonância;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo Angioressonância;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo de Abdômen;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo de Articulações;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo de pés (bilateral);
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo Pelve;

- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo Punho;
- Angiotomografia de Crânio, Tórax, Abdome e Pelve;
- Tomografia Computadorizada de Abdome Superior (com ou sem contraste);
- Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior Unilateral (com ou sem contraste);
- Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior Unilateral;
- Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical (com ou sem contraste);
- Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra (com ou sem contraste);
- Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica (com ou sem contraste);
- Tomografia Computadorizada de Face/ Seios da Face/ Articulações Temporo-Mandibulares (com ou sem contraste);
- Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares (Braços, antebraço, mão, coxa, perna, pé) (com ou sem contraste);
- Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica;
- Tomografia Computadorizada de Tórax;
- Tomografia Computadorizada do Crânio;
- Tomografia Computadorizada do Pescoço;
- Tomografia Computadorizada de Hemitórax, Pulmão, Mediastino;
- Tomografia de Mastoide;
- Tomografia Computadorizada de Órbita;
- Tomografia Computadorizada de Pelve/ Bacia;
- Urografia Excretora;
- Urografia Minutada;
- Eletroneuromiografia de Membros Superiores ou Inferiores;
- Teste de Esforço/ Teste Ergométrico;
- Exame Anatopatológico de Tecidos em Geral (fragmentos de pele, biópsia gástrica, tecido bucal, tecido mamário, dentre outros);
- Sedação para exames em geral;

- Densitometria Óssea (corpo inteiro);
- Urografia venosa;
- Ultrassonografia Transretal de Próstata + Biópsia + Sedação;
- Retossigmoidoscopia;
- Tratamento cirúrgico de Pterígio com técnica de retalho (ponto);
- Cirurgia de Calázio;
- Explante Secundário intra ocular LIO;
- Implante secundário intra ocular LIO;
- Mamografia Bilateral;
- Biometria Ultrassônica Monocular;
- Facoeulsificação com Implante de Lente Intraocular Dobrável;

ESPECIALIDADE:

- Densitometria Óssea (corpo inteiro);
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo Angioressonância;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo de Abdômen;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo de Articulações;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo de pés (bilateral);
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo Pelve;
- Ressonância Nuclear Magnética de Alto Campo Punho;
- M.A.P.A. Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial 24 horas;
- HOLTER - Monitoramento pelo sistema Holter 24 horas (3 canais);
- Mamografia Bilateral.

Desta forma, pode-se dizer que o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região – SIMSAÚDE vem contribuindo, de forma complementar, uma demanda considerável e crescente.

Entretanto, vale ressaltar que os serviços contratados pelos municípios consorciados junto ao Consórcio não seguem os valores constantes na tabela vigente do SUS, sendo eles, quase em sua totalidade, praticados em uma tabela diferenciada acima dos valores estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), uma vez que o

referido Consórcio, apesar de ser um órgão público, ainda não está contratualizado com o SUS.

Assim, é preciso que os municípios partícipes deste Consórcio se organizem para solicitar junto à SES/MG um estudo de viabilidade técnica e financeira, com o fito de contratualizar o SIMSAÚDE dentro de sua capacidade técnica, sua série histórica e os valores estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Tabela 59 - Consultas Especializadas realizadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região – SIMSAÚDE

ESPECIALIDADE	2013	2014	2015	2016
Angiologia	0	5	11	1
Cardiologia	0	1	0	0
Cirurgia Geral	0	15	4	0
Dermatologia	25	492	587	442
Gastroenterologia	0	60	176	30
Oftalmologia	429	2384	1564	899
Ortopedia	38	911	634	711
Reumatologia	0	47	281	412
TOTAL	492	3915	3257	2495
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Sistema iconsorcio.sitcon em 29/05/17.				

5.2.3 Assistência em Fisioterapia

Devido às características econômicas do município de Ubá/MG, cuja principal atividade econômica é a indústria moveleira, a Assistência Fisioterápica em Ubá se mostra bastante relevante, uma vez que o trabalho predominante exige movimentos repetitivos e manuseio de equipamentos cortantes.

Outro agravante gerador de muitos serviços fisioterapêuticos são os acidentes de trânsito, que envolvem em sua maioria ciclistas e motociclistas e muitas vezes demandam uma reabilitação prolongada.

Não diferindo da maioria das cidades brasileiras, em Ubá/MG, notamos o aumento da expectativa de vida dos indivíduos, o consequente envelhecimento da população, a obesidade, o sedentarismo e aumento dos níveis de estresse, fatores estes que também geram demandas ao serviço de fisioterapia.

A assistência fisioterápica no Município é desenvolvida:

- a) Através dos atendimentos ambulatoriais realizados em Unidades de Saúde da Rede Municipal por 02 (dois) profissionais, efetivos, em alguns momentos auxiliados por estagiários acadêmicos em fisioterapia;
- b) Através de atendimentos em serviços terceirizados em unidades credenciados junto à SMS;
- c) Junto às unidades de Atenção Primária de Saúde, por profissionais efetivos, lotados junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, através de atividades de promoção e prevenção à saúde, visitas domiciliares e orientações domiciliares dentro de suas respectivas áreas de abrangência;
- d) Encaminhamentos, através de parceria, com a Faculdade Ubaense Presidente Antônio Carlos – FUPAC para atendimento fisioterápico;

São atendidos em média 550 (quinhentos e cinquenta) pacientes/mês, totalizando, aproximadamente, 6.600 (seis mil e seiscentos) pacientes atendidos durante o ano.

O Município, através da Seção de Transportes Assistenciais promove o traslado dos pacientes em tratamento fisioterápico com problemas clínicos que dificultem ou impeçam sua locomoção. Sendo atualmente transportados 150 (cento e cinquenta) usuários por mês.

Um grande avanço na Assistência Fisioterápica Municipal ocorreu com a sistematização e informatização dos atendimentos fisioterápicos, através do cadastro das solicitações e autorizações de sessões fisioterápicas, o que nos permitiu criar um Banco de Dados dos usuários deste serviço. Com isto, passamos a ter o controle do local para onde o usuário foi encaminhado, do tipo de tratamento que está sendo realizado e da quantidade de sessões autorizadas, permitindo maior controle sobre o serviço, rotatividade entre os

usuários atendidos, evitando assim por exemplo, duplicidade de atendimento a um mesmo usuário por dois diferentes prestadores.

Essas informações são muito importantes, pois orientam medidas preventivas, minimizam custos, tornam o serviço mais acessível e resolutivo, além de proporcionar a elaboração de políticas públicas de Assistência Fisioterápica.

A Seção de Controle e Avaliação é o órgão da Secretaria Municipal de Saúde responsável por regular o serviço que está sendo prestado, as discordâncias com as normas estabelecidas, bem como a eficácia e resolutividade dos mesmos em termos quantitativos e qualitativos.

Apesar dos grandes avanços já alcançados, ainda é necessário ampliarmos a Assistência Fisioterápica nas áreas geograficamente mais distantes do centro da cidade, facilitando assim, o acesso dos usuários ao serviço, sendo estas as Zonas Rurais (ESF's Rural I e Rural II) onde os usuários são prejudicados pela precariedade das estradas de acesso à Ubá/MG, bem como pelas condições climáticas que vez ou outra inviabiliza as vias, ficando estes impedidos ao acesso e/ou continuidade ao tratamento.

O município evoluiu muito na qualificação do acesso ao serviço de fisioterapia, porém, podemos ir mais longe. Devemos avançar na Promoção da Saúde, implantando Práticas Integrativas Complementares pactuadas com o Estado, criando espaços adequados à prática de atividades físicas e aeróbicas, incentivando também a prática de exercícios físicos gratuitos regulares, tais como caminhadas, ciclismo e corridas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população e prevenir doenças cardiovasculares que aumentam a demanda de diversos serviços de saúde além da fisioterapia.

Temos que dar ênfase à saúde. Buscar a integralidade, saindo do curativismo rumo à prevenção e promoção da saúde dos cidadãos ubaenses.

Tabela 60 - Consolida dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2013

Prestador	Média		
	Pacientes Novos*	Pacientes Contínuos*	Total de Autorizações*
Centro Integrado	174	228	401
Clifiu	331	259	590
Clirefe	150	54	204
Fisiocenter	142	257	399
São Januário	396	180	575
São Vicente	780	1117	1897
IOF	116	279	396
Ser Natural	241	166	407
Total	2330	2539	4869

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 61- Consolidado dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2014

Prestador	Média		
	Pacientes Novos*	Pacientes Contínuos*	Total de Autorizações*
Centro Integrado	282	242	524
Clifiu	523	101	624
Clirefe	510	114	624
Fisiocenter	211	313	524
São Januário	518	106	624
São Vicente	1208	756	1964
IOF	115	218	333
Ser Natural	417	107	524
Total	3784	1956	5741

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 62 - Consolida dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2015

Prestador	Média
-----------	-------

	Pacientes Novos*	Pacientes Contínuos*	Total de Autorizações*
Centro Integrado	252	146	398
Clifiu	246	152	398
Clirefe	255	143	398
Fisiocenter	216	182	398
São Januário	284	114	398
São Vicente	988	430	1418
IOF	238	160	398
Ser Natural	259	139	398
Total	2738	1466	4204
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde			

Tabela 63 - Consolidado dos serviços prestados de fisioterapia Valores físicos de patologias autorizadas em 2016

Prestador	Média		
	Pacientes Novos*	Pacientes Contínuos*	Total de Autorizações*
Centro Integrado	126	123	249
Clifiu	97	79	176
Clirefe	177	162	338
Fisiocenter	115	109	224
São Januário	87	86	173
São Vicente	486	514	1000
IOF	144	136	280
Ser Natural	136	128	264
Total	1368	1337	2705
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde			

5.2.4 Rede de Atenção Psicossocial

As ações na área de atenção psicossocial são direcionadas pela Política Nacional de Saúde Mental, apoiadas na Lei nº 10.216/02, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Atualmente trabalhamos com uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, pautada no modelo assistencial aberto e de base comunitária, no qual busca garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e territórios.

Este modelo apresenta-se como um grande desafio para gestão em saúde, pois somente com a consolidação de uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, Centros de Convivência e Cultura e os Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, nos CAPS III, seremos capazes de atender às demandas existentes, garantindo a resolutividade dos serviços prestados e, principalmente, a promoção da autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais.

No ano de 2012, através do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial homologado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), foi pactuada a implantação dos seguintes componentes da RAPS:

- CAPS ad III;
- CAPS i;
- 6 Leitos de Saúde Mental;
- NASF;
- 1 Serviço de Residência Terapêutica – SRT II;
- 1 Unidade de Acolhimento Adulto;
- 1 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

Dentre tais serviços, a rede de atenção psicossocial, que já contava com um CAPS II, passou a ser constituída também pelo CAPS ad III, estando em processo à regularização dos Leitos de Saúde Mental, embora já em funcionamento, e em processo de abertura o SRT II.

Vale dizer, ainda, da existência do Ambulatório de Saúde Mental e das estratégias relativas à educação permanente em Saúde Mental e de reabilitação psicossocial.

No ano de 2017, o serviço CAPS II fora municipalizado em 100% dos serviços.

Quanto ao CAPS AD III, é um serviço terceirizado, com contrato de prestação de serviços específicos para este fim, firmado através de Processo Licitatório.

Entretanto, é sabido que a terceirização de atividade fim gera diversos problemas, dentre os quais pode-se citar a descontinuidade do trabalho realizado com os pacientes a partir do vínculo destes com os profissionais, bem como prejuízos de ordem administrativa. Por esta razão, a gestão atual da SMS tem estudado a possibilidade para que haja a municipalização dos serviços, com composição da equipe por profissionais efetivos e/ou contratados, processo que se dará de forma responsável e gradual.

5.2.4.1 Ambulatório de Saúde Mental

Em funcionamento junto à Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho desde julho de 2012, o Ambulatório é um serviço destinado ao acolhimento de usuários que não estejam em crise/surto.

O acolhimento é feito por equipe multidisciplinar e interface com a rede intersetorial de assistência do Município, em busca da atenção integral e compartilhada do usuário.

Após o acolhimento do usuário e seus familiares, quando é o caso, a equipe define de acordo com as necessidades do caso concreto o tratamento a ser dispensado, podendo haver encaminhamento para atendimentos especializados com psicólogo e/ou psiquiatra.

Inicialmente ofertou atendimento para usuários com transtornos mentais e também aqueles com problemas relativos o uso/abuso de álcool e outras drogas, com definição de projeto terapêutico singular, conforme necessidade do momento, podendo ser guiado pela redução de danos ou pela abstinência a depender do desejo do usuário.

Neste contexto, dentre as ações realizadas pelo Ambulatório de Saúde Mental, podemos destacar:

- a) Avaliação clínica de usuários atendendo a encaminhamentos da Atenção Básica, Atenção Especializada e Órgãos Jurisdicionais (Poder Judiciário e Ministério Público) com vistas à internação para desintoxicação;

- b) Avaliação/acompanhamento psicológico;
- c) Avaliação/acompanhamento psiquiátrico;
- d) Grupo de partilha;
- e) Encaminhamento aos grupos de auto-ajuda (NA, AA, Amor Exigente, entre outros);
- f) Interface com Assistência Social;
- g) Encaminhamento para internação em Comunidades Terapêuticas;
- h) Atua no Programa Nacional de Controle do Tabagismo;
- i) Acolhimento/orientação de familiares.

Tabela 64 - atendimentos realizados pelo Ambulatório de Saúde Mental

Ano	Acolhimento Saúde Mental	Acolhimento Álcool e outras Drogas	Psicoterapia	Psiquiatria	Grupo de partilha	Internações AD	
						Voluntárias	Compulsórias
2013	824	293	11498	2106	0	18	4
2014	1501	549	8094	3325	85	3	6
2015	733	317	7297	3398	89	6	1
2016	1152	9	7312	3900	45	0	0
Total	4210	1168	34201	12729	223	27	11

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Clínicas Especializadas, Ubá/MG.

Ressalta-se que o acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas passou a ser realizado pelo CAPS ad III, quando de sua abertura em março de 2016. Esta abertura representou um avanço do município quanto à Política Nacional de Saúde Mental - PNSM e qualificação de assistência aos usuários, mas é inegável a importância do trabalho desempenhado pelo acolhimento ad por ser pioneiro na mudança da lógica de assistência às pessoas com problemas relativos ao uso de substâncias, transpondo a lógica manicomial de internação em comunidade terapêutica para o cuidado territorial e comunitário de co-responsabilização do usuário, família e rede intersetorial.

Atualmente, devido aos avanços do município em direção aos princípios da PNSM, e também devido ao investimento em capacitação e educação permanente, o serviço do Ambulatório de Saúde Mental vem passando por um

redimensionamento, visando à descentralização da atenção especializada e fortalecimento das ações de Saúde Mental na atenção primária. Desse modo, o serviço de Saúde Mental na Policlínica Regional assume o cuidado do público infanto-juvenil, designando-se como Serviço de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

5.2.4.2 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II

O Centro de Atenção Psicossocial Guida Sollero – CAPS, situado na Rua Farmacêutico Mário Azevedo, 460, Jardim Glória, configura-se como principal dispositivo de saúde mental de Ubá e da Microrregião, atendendo a usuários em grave sofrimento mental.

Implantado no Município em 1998, em 2014 possuía uma população adstrita de cerca de 290.000 (duzentos e noventa mil) habitantes em 20 (vinte) Municípios, nos quais apesar de possuir referência técnica profissional em saúde mental, não possuíam unidades de tratamento, sendo o CAPS/Ubá o único recurso dos usuários em grave sofrimento mental.

Como consequência do Plano de Implantação da RAPS, foram pactuados e implantados CAPS nos municípios de Ervália, Senador Firmino, Visconde do Rio Branco e Rio Pomba, ficando o CAPS de Ubá referência para os municípios de Rodeiro, Guidoal e Tocantins, totalizando uma população de cerca de 138.405 habitantes.

De acordo com os critérios estabelecidos para funcionamento, o CAPS II atende 45 (quarenta e cinco) usuários em atenção diária, além daqueles atendidos pelo ambulatório de psiquiatria. A rotina diária dos serviços, conforme consta em portaria 336, de 19/02/2002, consiste em:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Todo o trabalho do CAPS se faz com busca incessante de parceria de cuidados com os familiares e equipes de saúde de Ubá e municípios referenciados. Voltando-se para os aspectos de reinserção comunitária, priorizando a criação e/ou fortalecimento de dispositivos sócio-comunitários e intersetoriais, o serviço conseguiu diminuir significativamente o trabalho ambulatorial de psiquiatria, bem como diminuir gradualmente as internações psiquiátricas, alcançando o êxito de não recorrer à internações psiquiátricas nas instituições de Juiz de Fora antes mesmo do processo de desinstitucionalização deste serviço e fechamento de todos os hospitais psiquiátricos.

Neste passo o município de Ubá, atualmente com 19 (dezenove) Equipes de Estratégia em Saúde da Família - ESF vem fortalecendo alianças intersetoriais para viabilizar, conforme expectativas, uma Rede Matricial em Saúde Mental de apoio à ESF, bem como o incentivo da participação das ESF's em eventos, fóruns, e outros intentos formativos, a fim de aumentar os conhecimentos destes sobre as ações em saúde mental.

De acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica, alinhado ao compromisso de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pacientes que permaneceram nestes locais por várias décadas, tem-se o incentivo de ações que viabilizem a real inserção das pessoas em sofrimento mental na comunidade, através de festas, atividades artísticas e culturais, atividades em ambiente externo ao CAPS e eventos sociais, com o fito de possibilitar aos usuários maior contato com a vida em sociedade.

Neste sentido, o CAPS Guida Sollero tem realizado ações que favorecem o retorno destes indivíduos para seus territórios, seja via acolhimento familiar ou via acolhimento institucional em Serviços de Residências Terapêuticas, amparados, entre outros dispositivos, pelo Programa de Volta Para Casa.

Percebe-se que muito há de avançar na consolidação de uma rede que contemple dispositivos da saúde, sociais e comunitários, embora seja de

reconhecimento os avanços no fortalecimento de parcerias com outras secretarias, como de cultura e de assistência social. Um dos desafios ainda consiste na falta de “portas de saída” para sua clientela, como centros de convivências, fato que sobrecarrega os equipamentos da RAPS.

Tabela 65 - Recursos Humanos do CAPS II no ano de 2017

Profissional	Quantitativo
Psicólogo	4
Psiquiatra	2
Assistente Social	1
Enfermeiro	2
Técnico de Enfermagem	2
Recepcionista	1
Auxiliar Administrativo	1
Serviços Gerais	1
Educador Social	2
Terapeuta Ocupacional	1
Artista cênico	1
TOTAL	18
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, CAPS, Ubá/MG.	

Tabela 66 - Consolidado 2013/2014/2015/2016

Procedimento	2013	2014	2015	2016
Atendimento individual	3134	943	1053	842
Cadastros	6454	6528	6570	6781
Consulta em Psiquiátrica	2169	1060	1151	721
Procedimentos de Enfermagem	6510	3079	3308	3299
Matriciamento junto à APS	22	6	22	16
Cuidados de Saúde Bucal	18	23	23	1843
Oficina terapêutica	1200	654	1239	810
Reunião com familiares dos usuários em tratamento	45	26	44	51

Visita domiciliar	37	28	40	52
Participação em evento artístico e cultural fora do CAPS	-	-	13	64
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, CAPS, Ubá/MG.				

5.2.4.3 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPS AD III

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III 24 horas) é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência de problemas relacionados ao uso e abuso de álcool, crack e outras drogas.

Seu público específico são os adultos, mas também podem atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O CAPS AD III oferta atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Também atende aos usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias.

Sendo assim, o CAPS apoia usuários e seus familiares na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento.

O projeto desse serviço, muitas vezes, ultrapassa a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possa garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

De caráter microrregional, com funcionamento de 24 horas por dia, ininterruptos, 7 dias por semana, incluindo sábados, domingos, recessos e feriados, o CAPS ADIII é o serviço especializado para atenção a pessoas com sérios comprometimentos biopsicossociais devidos ao uso problemático de álcool e outras drogas. Atende a 20 municípios com uma população total estimada em 300 mil habitantes.

Conforme Portaria nº 130, de 26/01/2012, a atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades:

- I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização

efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido nesta Portaria;

II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

III - oferta de medicação assistida e dispensada;

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;

VI - visitas e atendimentos domiciliares;

VII - atendimento à família, individual e em grupo;

VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;

X - fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos, na seguinte proporção:

a) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária;

b) pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e

c) pacientes que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias.

§ 1º A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias.

§ 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento.

§ 3º A regra estabelecidas nos §§ 1º e 2º poderá ser excepcionada a critério da equipe de serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada à Coordenação Municipal de Saúde Mental.

Tabela 67 - Recursos Humanos do CAPS AD III

Profissional	Quantitativo
Psicólogo – 40h semanais	01
Psiquiatra – 20h semanais	01
Clínico geral – 20h semanais	01
Assistente Social – 40h semanais	01
Enfermeiro – 40h semanais	01
Enfermeiro – 12x36 diurno	02
Enfermeiro – 12x36 noturno	02
Técnico de Enfermagem – 40h semanais	01
Técnico de enfermagem – 12x36 diurno	02
Técnico de enfermagem – 12x36 noturno	02
Profissional de nível médio- 40h semanais	01
Serviços gerais – 12x36 diurno	02
Serviços gerais – 12x36 noturno	02
Auxiliar administrativo – 40h semanais	01
Serviços Gerais – 40h semanais	01
TOTAL	21
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, CAPS AD III, Ubá/MG.	

Tabela 68 - Consolidado

Procedimento	2013	2014	2015	2016
Atendimento individual	-----	-----	-----	1224
Cadastros	-----	-----	-----	195
Consulta em Psiquiatria	-----	-----	-----	960

Enfermagem	-----	-----	-----	11.756
Matriciamento junto à APS	-----	-----	-----	46
Odontologia	-----	-----	-----	72
Oficina terapêutica	-----	-----	-----	1042
Reunião com familiares dos usuários em tratamento	-----	-----	-----	23
Visita domiciliar	-----	-----	-----	68
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, CAPS AD III, Ubá/MG.				

5.2.4.4 Serviço de Residência Terapêutica – SRT II

O Serviço de Residência Terapêutica tem por objetivo acolher pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, que devido a seus graves comprometimentos enquadra-se na modalidade tipo II, com a presença de profissionais durante as 24 horas de funcionamento diário.

As internações psiquiátricas aconteciam nos hospitais do município de Juiz de Fora. Com o fechamento deste tipo de estabelecimento, e a substituição por uma rede de serviços, a RAPS, os pacientes foram encaminhados os Serviços de Residência Terapêutica – SRT, onde são acolhidos em moradias e acompanhados por profissionais durante todo o tempo, quando não há possibilidade de retorno para o núcleo da família.

Neste sentido, esses pacientes, munícipes de Ubá, atualmente encontram-se acolhidos em Residências Terapêuticas, de mesma modalidade (SRT II), no município de Juiz de Fora/MG, garantindo, de certa maneira, o acolhimento e tratamento voltados para a nova política em Saúde Mental.

O Serviço Hospitalar de Referência, pactuado com a Casa de Saúde Padre Damião (Rede FHEMIG), disponibilizará 6 leitos hospitalares no próprio município para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

5.2.4.5 Serviço Hospitalar de Referência

Conforme pactuação citada anteriormente, a partir do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial, o município de Ubá tem a responsabilidade de implantação

de 6 leitos de saúde mental em hospital geral. Até o presente momento tal serviço está pactuado junto ao Hospital São Vicente de Paulo, porém aguardando ainda o Parecer Técnico de aprovação por parte do Ministério da Saúde.

5.2.4.5 Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE/Ubá

A APAE de Ubá é uma organização social, sem fins lucrativos, formada por pais, amigos e pessoas com deficiência intelectual e múltipla. Fundada em 02 de março de 1972 por iniciativa de dois pais de pessoas com deficiências, Sr. José Champagnat Lopes Vieira e Sr. Fernando da Mota, sendo que o Sr. Champagnat foi presidente da entidade de 1972 a 1980 e o Sr. Fernando da Mota de 1980 a 2004.

Atua preponderantemente na área de assistência social, oferecendo também, serviços nas áreas de educação e saúde. Seus serviços funcionam em dois prédios, sendo um localizado na Rua Padre Gailhac, 24, no Centro da cidade de Ubá, onde funcionam os Serviços de Assistência Social, o Centro Educacional Menino Jesus, o Centro de Reabilitação Fernando da Mota e a área Administrativo-Financeira da Entidade. No outro prédio, que fica situado na Fazenda Boa Esperança, Córrego Alegre – Zona Rural, funciona o Centro Educacional Boa Esperança e o Centro de Reabilitação Dr. Norton Antônio Fagundes Reis.

Os serviços realizados na APAE de Ubá se destinam ao atendimento de aproximadamente 500 pessoas com deficiência, visando:

- a) promover a melhoria da qualidade de vida de crianças, adolescentes, adultos e idosos com deficiência, preferencialmente intelectual, múltipla em seu ciclo de vida, buscando assegurar-lhes o pleno exercício da cidadania;
- b) habilitar e reabilitar a este público e promover sua integração à vida comunitária no campo da assistência social, realizando atendimentos, assessoramento na defesa e garantia de direitos, de forma isolada ou cumulativa;
- c) ofertar educação especial às pessoas com deficiência, preferencialmente intelectual e múltipla;

d) oferecer serviços de prevenção na área de saúde, visando assegurar melhor qualidade de vida para as pessoas com deficiência, preferencialmente intelectual e múltipla.

e) realizar ações buscando a inserção e permanência da pessoa com deficiência intelectual no mercado de trabalho.

As receitas da APAE de Ubá são constituídas em sua maioria por parcerias com os governos municipal, estadual e federal, além de contribuições de associados, doações de indivíduos, empresas e da realização de eventos para arrecadação de recursos. Cabe ressaltar que os serviços ofertados pela APAE Ubá não possuem qualquer custo ao usuário.

Reconhecendo a saúde como um direito fundamental do ser humano, a APAE de Ubá oferece inúmeros serviços nesta área, com o objetivo de propiciar atenção integral e integrada à saúde da pessoa com deficiência intelectual e múltipla, desde a prevenção até a inclusão social. Dentre os quais, destacamos:

➤ Avaliação Multidimensional

A avaliação multidimensional é realizada pela equipe multidisciplinar da Entidade, composta por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psicóloga, pedagoga, assistente social e médico. Esta avaliação é pautada em estudos e critérios científicos da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento (AADID), propondo a intervenção e a indicação dos apoios necessários à pessoa com deficiência intelectual e múltipla no que se refere à funcionalidade em seu ciclo de vida, visando à prevenção do agravo da deficiência e ao favorecimento de competências sociais para sua autonomia, independência e inclusão social.

➤ Avaliação de Neonato de Risco

A avaliação do Neonato de Risco ocorre imediatamente após seu encaminhamento para a Entidade. Para que os tratamentos de suporte sejam iniciados e para que os esforços no campo da reabilitação sejam garantidos, o mais rápido possível, atualmente, as Equipes de enfermeiros e médicos responsáveis pela UTI neonatal, bem como, os pediatras de uma forma geral,

quando identificam alguma alteração, fazem imediatamente referência do neonato à APAE de Ubá para avaliação e acompanhamento específico pelo Setor de Estimulação Precoce. A avaliação é realizada por equipe multidisciplinar composta por assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga e pediatra.

O acompanhamento do Neonato de Risco, ainda sem diagnóstico, apresenta-se susceptível ao desenvolvimento de deficiência e será acompanhado de forma profilática e terapêutica, fortalecendo as ações preventivas e de promoção à saúde, sendo incluído nos moldes de intervenção precoce, descritos na Deliberação CIB-SUS/MG nº 1403 de 19 de março de 2013. Se durante o acompanhamento do NR não for detectado comprometimento nem atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, o neonato recebe alta do acompanhamento e continua recebendo monitoramento dos serviços de atenção primária.

➤ Estimulação Precoce

O programa de Estimulação Precoce visa o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, construindo uma janela de oportunidades que repercutirá no estabelecimento da harmonia do desenvolvimento entre os vários sistemas orgânicos funcionais (áreas: motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, lingüística, cognitiva, emocional e social), construindo as fundações que repercutirão em uma boa saúde e na melhoria da qualidade de vida. As crianças recebem atendimento nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia e os familiares são apoiados por psicóloga e assistente social, mediante situações de fragilidades.

É um programa de âmbito estadual (PIPA), regulamentado pela DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.404 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 3.685 DE 19 DE MARÇO DE 2013.

➤ Atendimentos Clínicos – Equipe Multidisciplinar

As ações de habilitação/reabilitação são executadas por equipe multidisciplinar e são desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, através da oferta de atendimento clínicos em odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, enfermagem e atendimento em clínica médica.

Dentre os eixos fundamentais que embasam os atendimentos clínicos realizados pela Equipe Técnica, citam-se:

- Reconhecimento das especificidades e singularidades de cada sujeito com deficiência intelectual e múltipla respeitando sua condição de cidadão;
- Estímulo das potencialidades latentes para o desenvolvimento de habilidades que favoreçam a manifestação de competências;
- Promoção da vida independente, a fim de assegurar a equidade no exercício da vida social e do trabalho;
- Reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência intelectual e múltipla em sua capacidade funcional, de modo a contribuir para sua inclusão em todas as esferas sociais;
- Diagnóstico - através de avaliação Multidimensional, por equipe multidisciplinar, de modo a garantir a qualidade e o princípio da integralidade;
- Atuação intersetorial, articulando a área da saúde com a da educação, assistência social e outras que contribuam para o bem estar e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e múltipla.

➤ Equoterapia:

O serviço de Equoterapia é realizado no Centro de Equoterapia Boa Esperança – CEBES, localizado no Sítio Boa Esperança – APAE Rural de Ubá e conta com atendimento multidisciplinar de equipe Técnica capacitada na Associação Nacional de Equoterapia, ANDE-Brasil, em Brasília-DF.

É um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial das pessoas com deficiências atendidas no setor. Emprega o cavalo como agente promotor de ganhos a nível físico e psíquico. Esta atividade exige a participação do corpo inteiro, contribuindo assim para o desenvolvimento da força muscular, relaxamento, conscientização do próprio corpo e aperfeiçoamento da coordenação motora e do equilíbrio. A interação com o cavalo, incluindo os primeiros contatos, os cuidados preliminares, o ato de montar e o manuseio final desenvolvem ainda, novas formas de socialização, autoconfiança e autoestima.

PROJETOS INOVADORES – FINANCIADOS PELO PRONAS / PCD

➤ HIDROTERAPIA - FISIOTERPIA AQUÁTICA

A implantação do serviço de Hidroterapia ocorreu em fevereiro de 2016, visando complementar o programa terapêutico de reabilitação de pacientes com lesão neurológica e múltiplas deficiências, através de exercícios terapêuticos realizados em piscina aquecida, orientados por profissional de fisioterapia, onde são utilizadas técnicas específicas, associadas às propriedades físicas da água. Atualmente, 55 crianças são beneficiadas com o tratamento. Dentre os vários benefícios desta terapia, destacamos: diminuição da rigidez da articulação, alívio da dor e espasmo muscular, manutenção e aumento da ADM (amplitude de movimento), reeducação dos músculos paralisados, melhora do equilíbrio e coordenação, estímulo da propriocepção, melhora no controle de tronco, fortalecimento muscular e reeducação da marcha, além de benefícios cognitivos e psicossociais.

➤ INTEGRAÇÃO SENSORIAL

O serviço de Integração Sensorial, implantado em fevereiro de 2016, se destina prioritariamente ao atendimento de crianças com TGD (Transtorno Global de Desenvolvimento) que apresentam transtorno de processamento

sensorial. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga e fonoaudióloga para o atendimento de 91 crianças, com o objetivo promover a estimulação sensorial, principalmente tátil, vestibular e proprioceptiva, aumentando assim a habilidade destas em processar informações e responder apropriadamente aos estímulos. Para isto, conta com um ambiente aconchegante, organizado, motivador, rico em materiais e equipamentos versáteis e variados que promovem uma oferta sensorial adequada às possibilidades e necessidades de cada criança.

➤ MÉTODO PILATES

Com o objetivo de melhorar de maneira integral a funcionalidade, o desempenho das atividades de vida diária e garantir a qualidade de vida das pessoas com deficiência que se encontram em processo de envelhecimento e idosas, desde julho de 2016 foi implantado na APAE de Ubá o método Pilates. Esse serviço de habilitação/reabilitação é realizado por profissional com formação em fisioterapia, que assegura condições especiais no atendimento oferecido a cada um dos 47 pacientes, com idade acima de 35 anos, atendidos semanalmente. O método considera o ciclo de vida, bem como as necessidades, diferenças e potencialidades, proporcionando os cuidados essenciais nesta fase da vida, através de exercícios que objetivam o fortalecimento e alongamento da musculatura, promovendo o reforço do centro de força, melhora na resistência, flexibilidade, estabilidade postural, desempenho motor e despertando a consciência corporal.

Tabela 69 - Recursos Humanos da APAE/Ubá

<u>PROFISSIONAL</u>	<u>QUANTIDADE</u>
<u>Assistente Social</u>	<u>02</u>
<u>Auxiliar de Enfermagem</u>	<u>02</u>
<u>Fisioterapeuta</u>	<u>03</u>
<u>Fonoaudiólogo</u>	<u>03</u>
<u>Médico Pediatra</u>	<u>01</u>
<u>Médico Psiquiatra</u>	<u>01</u>
<u>Médico Neurologista</u>	<u>01</u>

<u>Nutricionista</u>	<u>01</u>
<u>Psicólogo</u>	<u>04</u>
<u>Terapeuta Ocupacional</u>	<u>01</u>
Fonte: www.apaebrasil.org.br	

Tabela 70 - APAE - Produção Ambulatorial

Procedimento	2013	2014	2015	2016
Aplicação de Teste por Psicodiagnóstico	05	29	24	44
Acompanhamento de Paciente em Reabilitação em Comunicação Alternativa	12.201	4.624	605	1.146
Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação	13.425	9.468	6.341	9.498
Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente em Reabilitação	12.072	5.687	1.637	1.815
Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências	1.352	1.175	850	1.312
Atendimento/Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento	16.790	11.769	7.172	12.253
Total	55.845	32.752	16.629	26.068
Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br em 28/04/2017				

5.2.5 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

O Centro de Especialidades Odontológicas – CEO é um estabelecimento de saúde classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, onde são desenvolvidas diversas especialidades odontológicas, que visam dar continuidade ao trabalho iniciado pela rede de Atenção Básica, Policlínica Odontológica e das Equipes de Saúde Bucal – ESB, existentes em algumas de nossas Equipes de Estratégia Saúde da Família.

Deste modo, os usuários recebem o primeiro atendimento pelos profissionais da Atenção Básica (Policlínica, ESB e Sindicato Rural) e, sendo necessário, nos casos ditos mais complexos, são encaminhados para CEO.

O CEO é vinculado ao Programa Brasil Sorridente, que é financiado com recursos do Ministério da Saúde, Estado e Município, atendendo à população de Ubá/MG e também os municípios de Tocantins/MG, Guidoal/MG e Rodeiro/MG, conforme pactuação.

Conta ainda com o serviço reabilitador protético, e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, aderiu ao credenciamento do Laboratório

Regional de Prótese Dentária – LRPD , que atende somente o município de Ubá.

O LRPD é um serviço que oferece à população prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas, através dos encaminhamentos provenientes do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e Atenção Basica.

Em Ubá/MG temos um CEO Tipo II, com sede própria, localizado na Av. Comendador Jacinto Soares de Souza Lima, 540, Centro, o qual conta com a seguinte composição, serviços e infraestrutura:

Tabela 71 - Recursos Humanos do CEO

Quadro Funcional	Especialidades	Nº de profissionais por especialidade	Nº de atendimento por especialidade	Vínculo
Odontólogos	Periodontia	1	90	Contratação Temporária ****
	Endodontia	3	60	Contratação Temporária ****
	Cirurgia*	1	90	Contratação Temporária ****
	Pessoas com Necessidades Especiais**	1	110	Contratação Temporária **
	Prótese	1	20 à 50	Contratação Temporária ****
	Ortopedia***	1	450	Credenciado
Auxiliar em Saúde Bucal		7		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Centro de Especialidades Odontológicas

*Cirurgia, com ênfase em problemas buco maxilo facial, também incluídas as cirurgias orais menores e o Diagnóstico e Prevenção do Câncer Bucal.

**Tratamento de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, garantida aqui a triagem dos pacientes com a definição e encaminhamento daqueles em que o atendimento deve ser feito em ambiente hospitalar.

*** Ortopedia infantil Facial dos Maxilares.

****Contratação Temporária feita através de Processo Seletivo Simplificado, com fulcro na Lei Complementar nº 131, 30 de dezembro de 2010.

Tabela 72 - Infraestrutura do CEO

INFRAESTRUTURA	
Recepção	1

Banheiros, sendo 02 (dois) adaptados para o público	3
Escovário	1
Consultórios Odontológicos, todos devidamente equipados, sendo que 01 (um) deles está equipado com aparelho de Raio X	4
Salas Administrativas	2
Copa	1
Sala de Reuniões	1
Centro de Materiais e Esterilização	1
Almoxarifado	1
Depósito de Materiais de Limpeza	1
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Centro de Especialidades Odontológicas	

Sugestões para melhoria do atendimento a população :

Alterar protocolos para o atendimento de cirurgias ;

Adaptar serviço de urgência e emergência ;

Ortodontia e implantes .

Tabela 73 - CEO - Produção Ambulatorial (Total Físico)

Procedimento	2013	2014	2015	2016
Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	562	1382	1309	1188
Capeamento Pulpar	79	190	220	263
Restauração de Dente Decíduo	73	124	56	52
Restauração de Dente Permanente Anterior	118	200	154	164
Restauração de Dente Permanente Posterior	286	347	331	399
Obturação de Dente Decíduo	0	3	0	1
Obturação em Dente Permanente Birradicular	100	167	124	178
Obturação em Dente Permanente com três ou mais raízes	107	251	198	156
Obturação em Dente Permanente Unirradicular	168	274	261	428
Retratamento Endodôntico em Dente Permanente com 3 ou mais raízes	0	1	0	0
Raspagem Alisamento e Polimento Supra gengivais (por sextante)	266	582	584	160
Raspagem Alisamento Subgengivais (por sextante)	106	39	30	129
Raspagem Corono-Radicular (por sextante)	794	1490	861	1440
Moldagem Dento-Gengival para Construção de Prótese Dentária	0	39	0	0
Reembasamento e Conserto de Prótese Dentária	0	4	0	0

Instalação de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico Fixo	0	346	352	361
Manutenção/Conserto de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico	0	2227	5016	5454
Exerese de Cisto Odontogênico e Não-Odontogênico	0	2	2	0
Apicectomia com ou sem Obturação Retrógrada	0	1	0	0
Correção de Irregularidades de Rebordo Alveolar	0	4	8	5
Exodontia de Dente Decíduo	16	38	14	8
Exodontia de Dente Permanente	94	236	86	119
Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante	14	104	165	178
Gengivectomia (por sextante)	0	5	13	19
Gengivoplastia (por sextante)	0	1	0	0
Reimplante e Transplante Dental (por elemento)	0	1	1	0
Remoção de Dente Retido (Incluso / Impactado)	189	960	757	592
Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante)	2	15	5	4
Ulotomia/Ulectomia	0	1	0	0
Aparelho Ortopédico Fixo	0	345	377	466
Total	2.974	9.379	10.924	11.769
Fonte: Ministério da Saúde – Datasus/TABWIN em 28/04/2017				

5.2.6 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST

O CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ubá é uma unidade de Atenção Especializada em Saúde do Trabalhador, habilitada através da Portaria n°.72/SVS/MS, de 20 de agosto de 2008, que é referência para o Município de Ubá e 19 (dezenove) municípios que compõem a sua Região de Saúde.

Tem como missão atuar na área de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, formais e informais, de toda e qualquer classe, através do desenvolvimento de ações que visem a redução das doenças e agravos relacionados ao trabalho, procurando assim, tornar o meio ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

Enquanto integrante da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, dispõe de serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), articulado aos demais componentes da Vigilância em Saúde, prestando à rede de serviços do SUS suporte técnico, pedagógico, de educação permanente e coordenação de projetos de assistência, promoção e Vigilância à Saúde dos Trabalhadores.

Através da análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, atua em sua área de abrangência como instância de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de complexidade. É um centro articulador e organizador das ações inter e intrassetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo a retaguarda técnica e se tornando polo irradiador de ações e experiências de Vigilância em Saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Possui ainda, a função de estimular a participação da comunidade, dos trabalhadores e do Controle Social através do funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) que são vinculadas aos Conselhos Municipais de Saúde.

O CEREST de Ubá está sediado em imóvel alugado, situado à Av. Antenor Machado, 340, Centro, e possui equipe técnica, multidisciplinar, composta por:

- a) 01 Coordenador com formação *Lato Sensu* em Engenharia de Segurança do Trabalho;
- b) 01 Assistente Administrativo ;
- c) 01 TNM: Técnico de Segurança do Trabalho;
- d) 05 TNS: Engenheiro de Segurança do Trabalho, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social e Médico do Trabalho.

Os profissionais do CEREST atuam em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde de sua área de abrangência através das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador, responsáveis por apoiar e executar as ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador no âmbito de seu Município, promovendo a articulação inter e intrassetorial para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

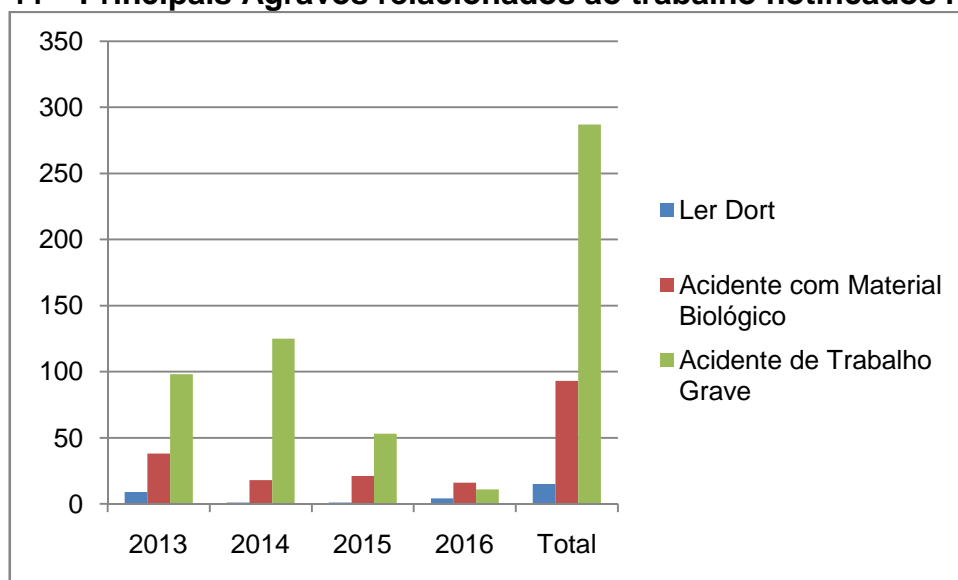
Em razão da análise da série histórica dos procedimentos realizados pelo CEREST e notificações de agravos, dos últimos 4 anos, constadas na tabela e no gráfico abaixo, propor-se-á o estabelecimento de objetivos e metas para o período de vigência deste plano:

Tabela 74 - Principais Agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN

AGRAVO	2013	2014	2015	2016	Total
--------	------	------	------	------	-------

Ler Dort	09	01	01	04	15
Acidente com Material Biológico	38	18	21	16	93
Acidente de Trabalho Grave	98	125	53	11	287
Fonte: SINAN					

Gráfico 44 – Principais Agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN



Nos exercícios acima, os agravos: Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho, PAIR, Dermatose Ocupacional, Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e Intoxicação Exógena, não tiveram notificações registradas.

Tabela 75 - Procedimentos Realizados pelo CEREST

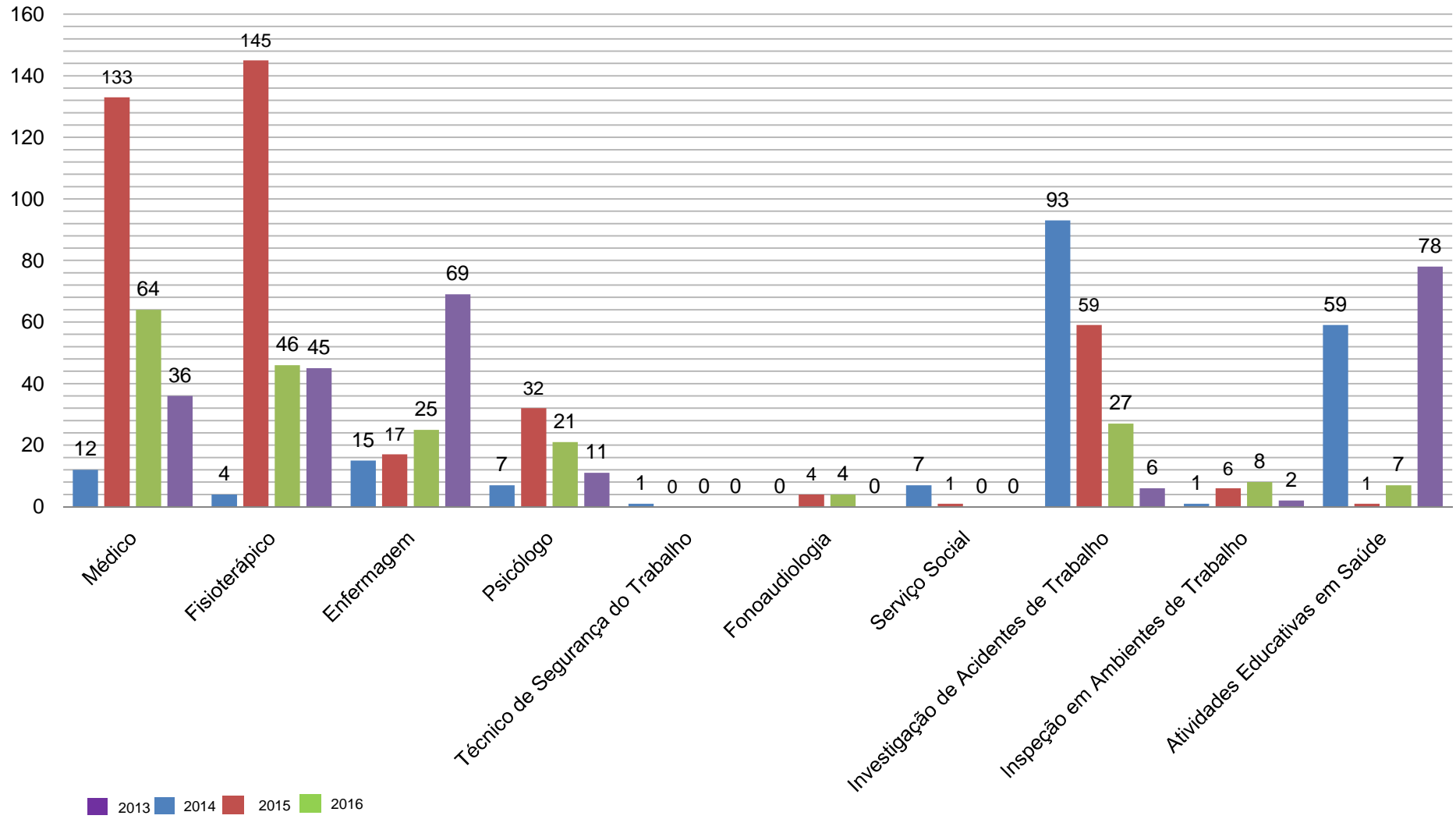
Procedimentos Realizados pelo CEREST				
Atendimento Assistencial	2013	2014	2015	2016
Médico	36	12	133	64
Fisioterápico	45	4	145	46
Enfermagem	69	15	17	25
Psicólogo	11	7	32	21
Técnico de Segurança do Trabalho	0	1	0	0
Fonoaudiologia	0	0	4	4
Serviço Social	0	7	1	0
Investigação de Acidentes de Trabalho	0	93	59	27

Inspeção em Ambientes de Trabalho	2	1	6	8
Atividades Educativas em Saúde	78	59	1	7
Acidentes de Trabalho	100	143	37	87

Ilustração 3 - Mapa da Região de Abrangência do CEREST



Procedimentos Realizados pelo CEREST -2013- 2014 - 2015 E 2016



A missão do CEREST é tornar saudável a relação do ser humano com o trabalho e o ambiente, promovendo a cidadania, reduzindo os índices de acidente e doenças relacionadas ao trabalho, agindo sobre os determinantes e perspectivas da vigilância e prevenção, articulado aos demais serviços que compõem a rede pública municipal de saúde.

Como vemos, o CEREST representa inúmeras vantagens para Município, pois atua diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores, promovendo o ganho social com a minimização, quando não eliminação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais relacionados ao trabalho, diminuindo significativamente os gastos assistências, previdenciários e indenizatórios decorrentes dos agravos à saúde dos trabalhadores.

Sendo, pois, imperioso à garantia da resolutividade nas ações do CEREST a contribuição de todos os atores da sociedade com interface na saúde do trabalhador, tais como Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Gerencia Regional de Saúde- GRS Ubá/MG e os Sindicatos de Trabalhadores.

5.2.7 Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer

O Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, iniciou suas atividades em 1989. Possui sua subsistência através de doações da população de Ubá e de outras cidades da região. São realizados atendimentos de prevenção de câncer de colo do útero, mama, cavidade oral e próstata. Ressalta-se que os atendimentos são realizados de forma gratuita, entretanto, a entidade não é credenciada pelo SUS. A população atendida é de Ubá e cidades circunvizinhas.

Tabela 76 - Corpo Clínico do NRVCC

Profissional	Quant.
Ginecologista	04
Cirurgião	01
Mastologista	01
Psicólogo	01
Urologista	01

Odontólogo-prevenção no câncer de boca	01
Técnico em Radiologia	01
Profissionais em Enfermagem	02
Fonte: Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer	

Tabela 77 - Equipamentos disponíveis – Serviços de Diagnósticos por Imagens

Tipo
Mamografia
Ultrasonografia
Fonte: Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer

5.2.8 Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional de

Ubá/MG

De acordo com a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria Municipal de Saúde regulamentou a assistência médica, prestada a esta população de forma mais sistematizada em 2011, através da cessão de 2 (dois) profissionais médicos, 01 (uma) vez por semana. Nos demais dias da semana e períodos noturno esta demanda é encaminhada ao serviço hospitalar de urgência e emergência ou à Seção de Clínicas Especializadas/Policlínica Regional para consultas agendadas, de forma regulada e eletiva.

Atualmente o Sistema Prisional de Ubá possui 297 detentos, tendo em média a ocupação de 25 a 30 detentos abrigados por cela, num total de 16 celas.

As patologias mais comuns para esta população, esta em sua maioria, relacionadas ao sistema respiratório tais como: rinite, bronquite, asma, tuberculose e também as infectocontagiosas advindas Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST's e AIDS.

A circulação de pessoas na instituição é grande, visto que, as visitas aos detentos ocorrem a cada 15 dias e a visita íntima uma vez por semana.

A Assistência Farmacêutica é realizada através da dispensação de medicamentos de acordo com apresentação do receituário médico.

No que se refere às doenças imunopreveníveis a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza os imunobiológicos e sua aplicação, de acordo com cada calendário.

Quanto à Assistência Odontológica, toda demanda é encaminhada à Policlínica Odontológica de Ubá, respeitando o fluxo de encaminhamento. Em alguns casos são encaminhados para outros prestadores de serviços conveniados ao SUS, sejam eles Sociedade Beneficente Anália Franco e/ou Sindicato dos Produtores Rurais de Ubá.

A promoção e prevenção da saúde acontecem por meio de palestras educativas nas diversas temáticas de acordo com cronograma das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

5.3 Atenção Terciária à Saúde – Assistência Hospitalar

Pode-se definir a rede de Atenção Hospitalar como a estrutura composta, fundamentalmente de estabelecimentos dos quais realizam os procedimentos de saúde que exigem maior agregação tecnológica, assim como, os de maior custo para o SUS. Tal rede se organiza de acordo com a complexidade de cada instituição hospitalar, bem como suas habilitações junto ao Ministério da Saúde.

Dessa forma, a rede hospitalar de Ubá conta com 04 Hospitais Gerais, quais sejam: Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Santa Isabel, Casa de Saúde Padre Damião – FHEMIG e Hospital São Januário. Destes, 01 hospital está sob responsabilidade administrativa Estadual. Os outros 03 hospitais estão sob responsabilidade administrativa privada, sendo que 02 possuem natureza de entidade beneficente sem fins lucrativos e 01 natureza de empresa privada.

A Assistência Hospitalar em Ubá é composta por 336 leitos hospitalares e 43 complementares, sendo destes, 273 destinados ao SUS para a população própria e referenciada (via Programação Pactuada Integrada – PPI e Sistema SUS-FÁCIL), conforme dados fornecidos pelo Ministério da Saúde/DATASUS.

Os leitos hospitalares são cadastrados segundo o tipo de assistência médica desenvolvida, podendo ser cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, crônicos e complementares (abrangem UTI cuidados intensivos – UTI neonatal e pediátrica; e isolamento), obstétricos, pediátricos e especializados (acolhimento noturno).

Tabela 78 - Total de leitos hospitalares – Ubá

Tipos de Leitos	Existente	SUS Ativos	Não SUS
Cirúrgicos	90	62	28
Clínicos	157	119	38
Obstétricos	46	30	16
Pediátricos	43	24	19
Total Geral	336	235	91
Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp , em 18/05/2017			

Tabela 79 - Total de leitos complementares – Ubá

Tipos de Leitos	Existente	SUS Ativos	Não SUS
UTI	27	24	3
UTI Neonatal	6	6	0
UTI Pediátrica	4	4	0
Isolamento	6	4	2
Total Complementar	43	38	5
Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp , em 18/05/2017			

Tabela 80 - Total de leitos outras especialidades – Ubá

Tipos de Leitos	Existente	SUS Ativos	Não SUS
Acolhimento Noturno	10	10	0
Total outras especialidades	10	10	0
Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp , em 18/05/2017			

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, a qual estabelece parâmetros de cobertura assistencial, são necessários entre 2,5 a 3 leitos totais para cada 1.000 habitantes, independente de fonte pagadora. Assim, para atender a população total de Ubá que, segundo o censo

demográfico IBGE de 2016 é de 112.186 habitantes, são necessários, no mínimo, 280 e, no máximo, 336 leitos hospitalares. No que se refere às Unidades de Terapia Intensiva, estimam-se como necessários 4 a 10% do total de leitos hospitalares, ou seja, são necessários de 14 a 33 leitos de UTI.

Como se percebe, ainda que a avaliação da oferta de leitos hospitalares demonstre uma capacidade de atenção adequada para a população ubaense, o sistema hospitalar existente em Ubá apresenta-se sobredemandado, evidenciando, em alguns setores, gargalos assistenciais. Como causa dessa sobredemanda pode-se identificar: distribuição geográfica não uniforme de leitos na macrorregião, insuficiência da disponibilidade de serviços para atendimento do município e demais municípios vizinhos e a inserção de Ubá no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais.

Os serviços hospitalares encontram-se inseridos num sistema de regulação com papéis e fluxos pré-definidos. Três municípios prestam assistência e serviços os quais compõem a Rede de Alta Complexidade, quais sejam: Juiz de Fora, Muriaé e Belo Horizonte, com serviços de finalidade diagnóstica, hemoterapia, procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Os fluxos de acesso para atendimento hospitalar eletivo e de urgência estão definidos da seguinte forma:

- a) **Eletivo:** As Unidades de Atenção Primária à Saúde são a porta de entrada preferencial para o atendimento especializado e consequentes internações. Entretanto, devido à cobertura de apenas 58% da população através da Estratégia Saúde da Família, o acesso acontece também em outras Unidades de Saúde conveniadas ao SUS;
- b) **Urgência/Emergência:** Ocorrem, preponderantemente, nos pronto-atendimentos dos hospitais, diferenciando-se da internação eletiva pela porta de entrada e pela impossibilidade de agendamento.

Atualmente conta, principalmente, com três Unidades de Pronto-Atendimento, sendo duas contratualizadas e uma contratada, que funcionam abertas 24 horas por dia, sete dias por semana, ininterruptos, recebendo não só os ubaenses como a população dos demais 19 municípios que pertencem à microrregião, correspondente a uma população de aproximadamente 300.000

habitantes, entre outros, os encaminhamentos realizados via sistema SUS Fácil de municípios do estado orientado e regulados por centrais de Regulações.

Os referidos Pronto-Atendimentos estão contratualizados junto aos Hospitais São Vicente de Paulo e Santa Isabel, ambos filantrópicos sem fins lucrativos.

Além da alocação de recursos por parte da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, segundo recursos da PPI Assistencial, o Município de Ubá realiza uma complementação financeira de mais R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) mensais, distribuídos em conformidade com a oferta e demanda dos referidos serviços.

Existe ainda o Hospital São Januário, que complementa mais uma porta de entrada do SUS, priorizando os procedimentos cirúrgicos e de obstetrícia, sendo uma unidade hospitalar não menos importante das anteriores, porém com um volume de recursos bem inferior em relação aos primeiros, seja pelo leque e oferta de serviço oferecido ou por se tratar de uma instituição de caráter privado com fins lucrativos.

Os pacientes com internação realizada via urgência e emergência, são regulados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ubá, através da Seção de Controle e Avaliação, junto ao Sistema SUS-Fácil.

Buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) teve a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A microrregião de Ubá, em 20/02/2014, assinou o termo de adesão ao Programa Rede de Resposta Hospitalar as Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Sudeste do Estado de Minas Gerais, com o objetivo de integrar a atenção às urgências a todos os serviços existentes no município, que para maior qualificação do atendimento, necessitem estar articulados com o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU, as unidades hospitalares de referência, central de regulação de leitos entre outros. Objetiva-se com o SAMU, chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica,

traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível, sendo o mesmo, um serviço gratuito a população, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

As Tabelas a seguir apresentam uma análise das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH:

Tabela 81 - Consolidado de Internações Hospitalares em Ubá por tipo de clínica por municípios referencia via PPI

Município	Cirúrgica		Obstétrica		Médica		Pediátrica	
	Produção	Pacto	Produção	Pacto	Produção	Pacto	Produção	Pacto
310370 Araponga	2	7	0	0	0	8	0	0
310870 Brás Pires	90	49	39	68	65	89	19	38
311670 Coimbra	11	3	1	0	8	2	1	0
312190 Divinésia	65	36	44	50	85	32	21	19
312330 Dolores do Turvo	79	55	38	69	69	88	10	38
312400 Ervália	139	71	104	54	67	36	31	50
312840 Guarani	53	41	69	14	73	55	15	9
312880 Guidoal	193	109	60	110	220	171	29	61
312900 Guiricema	113	74	13	18	38	49	8	24
314160 Mercês	68	42	0	1	35	4	9	1
314220 Miraf	63	40	0	12	20	30	0	8
314830 Paula Cândido	10	27	2	0	5	6	1	0
315130 Piraúba	147	108	91	87	207	107	33	78
315310 Pres. Bernardes	46	36	1	16	23	10	3	12
315580 Rio Pombo	75	10	24	12	88	28	11	7
315630 Rodeiro	157	101	100	95	235	150	55	53
316150 São Geraldo	37	18	12	23	33	34	8	20

316290 S. J. Nepomuceno	3	2	2	0	5	1	0	0
316380 São Miguel do Anta	3	16	0	0	2	3	0	0
316443 S. S. da Varg. Alegre	17	28	3	30	7	48	2	10
316570 Senador Firmino	153	84	53	71	134	34	0	29
316730 Silveirânia	25	12	0	8	13	13	0	8
316900 Tocantins	316	223	150	208	447	371	96	114
316990 Ubá	1923	1518	888	1439	2953	2405	515	786
317200 Visc. do Rio Branco	146	84	25	34	160	34	27	24
Total	4082	2828	1797	2448	5184	3808	980	1413
Fonte: Tabwin/PPI Assistencial – MG, em 23/05/2017.								

5.3.1 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste - Juiz de Fora/MG – CISDESTE

O CISDESTE é um consórcio que reúne 94 municípios do estado de Minas Gerais em prol do atendimento regionalizado de Urgência e Emergência. Com o consórcio, viabiliza-se a locomoção do paciente ao hospital de referência mais próximo. Atualmente, 20 hospitais estão credenciados na Rede, todos capacitados para o atendimento aos pacientes transportados por nossos veículos.

A sede está localizada em Juiz de Fora, onde estão distribuídas oito unidades móveis de atendimento, através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo 6 USB (Unidade de Suporte Básico) e 2 USA (Unidade de Suporte Avançado). Na região que integra o Consórcio, há, ainda, outras 31 ambulâncias.

O SAMU é o serviço de atendimento móvel de urgência e emergência 192 que atende à população. O serviço foi criado no ano de 2003 e faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências. Ele ajuda a organizar o atendimento na rede pública, prestando socorro à população em casos de emergência, seja nas vias públicas, residências ou empresas.

Com o SAMU 192, o governo está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas, decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com profissionais da área de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, além de condutores-socorristas. A equipe atende às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

Neste sentido o SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, contando com a Central de Regulação, profissionais e veículos de salvamento.

O atendimento é feito após contato com a central pelo número 192. Técnicos recebem a ligação na Central de Regulação e, ao identificarem a emergência, imediatamente transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações.

Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade.

Tabela 82 – Tipos de atendimentos Realizados pelo CIDESTE 2014-2017

TIPOS DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO CIDESTE NO MUNICÍPIO DE UBÁ NO PERÍODO DE 08/02/2014 À 26/10/2017	TOTAL DE ATENDIMENTOS
ORIENTAÇÕES MÉDICAS	8836
SAÍDAS DE AMBULÂNCIA SEM ATENDIMENTO	1420
ATENDIMENTOS POR UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)	2025
ATENDIMENTOS POR UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)	6411
ATENDIMENTO POR CAUSAS CLÍNICAS	5045
ATENDIMENTO POR CAUSAS PEDIÁTRICAS	164
ATENDIMENTO POR CAUSAS TRAUMÁTICAS	2767
ATENDIMENTO POR CAUSAS PSIQUIÁTRICAS	148
ATENDIMENTO POR CAUSAS OBSTÉTRICAS	312
ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA IDADE DE 0 - 1 ANO	438
ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA IDADE DE 2 - 9 ANOS	224
ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA IDADE DE 10 A 19 ANOS	673
ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA IDADE DE 20 A 40 ANOS	2487
ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA IDADE DE 41 A 60 ANOS	2157
ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA IDADE > 60 ANOS	2457
ATENDIMENTO POR SEXO MASCULINO	4455
ATENDIMENTO POR SEXO FEMININO	3981

ATENDIMENTOS POR CÓDIGO VERMELHO	7668
ATENDIMENTOS POR CÓDIGO AMARELO	732
ATENDIMENTOS POR CÓDIGO VERDE	36
ATENDIMENTO POR APOIO DA POLÍCIA MILITAR	4
ATENDIMENTO POR APOIO DOS BOMBEIROS	0
ATENDIMENTO POR APOIO DA USA	14

Ilustração 4 - CIDEST

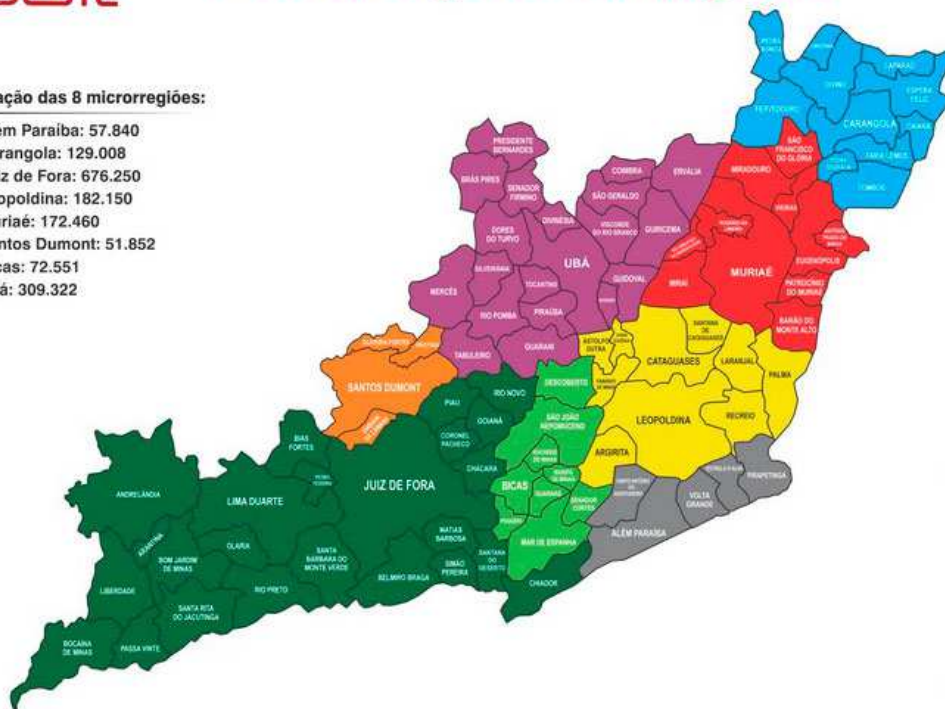


Macrorregião Sudeste-MG Rede de Urgência e Emergência



População das 8 microrregiões:

- Além Paraíba: 57.840
- Carangola: 129.008
- Juiz de Fora: 676.250
- Leopoldina: 182.150
- Muriá: 172.460
- Santos Dumont: 51.852
- Bicas: 72.551
- Ubá: 309.322



LEGENDA

- USA (Red circle icon)
- USB (Orange circle icon)
- Nível 1 (Yellow circle icon)
- Nível 2 (Green circle icon)
- Nível 3 (Blue circle icon)
- Nível 4 (Purple circle icon)

6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF traz em seu escopo um conceito ampliado de Assistência Farmacêutica, vejamos:

(...) trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004)

A Assistência Farmacêutica atua no âmbito do SUS com o objetivo de apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional (Brasil, 2006).

No organograma da Prefeitura Municipal de Ubá, a Seção de Assistência Farmacêutica está inserida na Divisão de Assistência e Vigilância em Saúde, a qual integra a Secretaria Municipal de Saúde. É composta pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), farmácias, dispensários de medicamentos, serviço de dispensação de medicamentos e/ ou produtos para a saúde em atendimento a demandas judiciais e a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

A CAF, mensalmente, distribui medicamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais dispensários de medicamentos e atende a demanda proveniente de instituições filantrópicas e sem fins lucrativos inseridas em caráter complementar na rede pública de saúde local.

Na rede, há 2 (duas) farmácias que contemplam medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente

Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), quais sejam:

- Farmácia Municipal (FM), região central – este estabelecimento de saúde concentra atividades de dispensação e distribuição de medicamentos e/ ou produtos para a saúde. A FM é a referência para a dispensação de medicamentos aos usuários residentes em áreas não cobertas pela Atenção Primária, medicamentos sujeitos a controle especial conforme a Portaria 344/98 e suas atualizações, Antimicrobianos de acordo com a RDC 20 de 05 de maio de 2011, bem como insulina e os produtos para a saúde relacionados aos medicamentos do componente estratégico da assistência farmacêutica. Além disso, há a dispensação de insulina glargina, medicamento que compõe o CEAF.
- Unidade Farmácia de Todos, localizada no bairro COHAB – as atividades principais são dispensação de medicamentos e atenção farmacêutica para, preferencialmente, usuários adstritos as UBS Cibraci, COHAB, Pires da Luz e Santa Edwirges.

De forma complementar, há 17 (dezessete) dispensários de medicamentos instalados nas unidades abaixo:

- UBS – em 15 (quinze) UBS ocorre a dispensação de alguns medicamentos do CBAF;
- Policlínica Regional Doutor Eduardo Levindo Coelho – Dispensação de medicamentos do CESAF para o tratamento de Tuberculose e Hanseníase; e
- Vigilância Epidemiológica - dispensação de medicamentos para o programa DST/ AIDS.

Para a dispensação e distribuição dos medicamentos as farmácias da rede e a Policlínica utilizam o sistema informatizado denominado Sistema Integrado de Assistência Farmacêutica (SIGAF), software gratuito *online*, disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), no qual é possível registrar todos os dados referentes à movimentação de estoque de medicamentos e as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, que é composto, nos diferentes níveis de atenção a

saúde, em seu gerenciamento, das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Sendo, que na última etapa está incluída a prescrição e utilização de medicamentos com vistas ao uso racional (BRASIL, 2011).

A CFT, conforme a Política Nacional de Medicamentos (PNM), 1998 e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), 2004, desenvolve estudos para o suporte técnico da rede do município de Ubá. Foi constituída através da Portaria 8.570 de 18 de Novembro de 2009. É um órgão autônomo, colegiado, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos a serem utilizados no SUS, assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos, contribuindo para o uso racional dos mesmos, visando a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde da população, através da elaboração e publicação de Diretrizes e Protocolos Terapêuticos.

De 2013 a 2015 a CFT, dentre outras atividades, conclui a etapa de seleção dos medicamentos que compõem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), regulamentada pelo Decreto nº 5.755, de 27 de novembro de 2015, publicado em 30 de novembro de 2015 no Diário Oficial Eletrônico de Ubá - Minas Gerais, ano II – nº 395. A partir de então, se ateve principalmente a manutenção da REMUME. Além disso, recomendações técnicas foram elaboradas com o fito de orientar melhorias na infraestrutura municipal da Assistência Farmacêutica, o cumprimento das normas legais bem como suporte técnico a rede municipal de saúde.

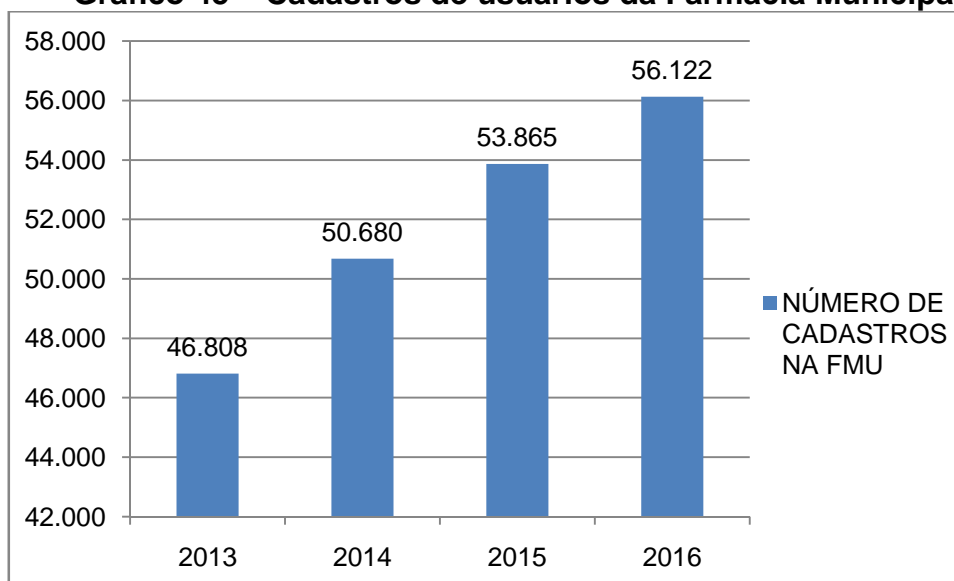
De acordo como dados obtidos no SIGAF, abaixo segue o consolidado de usuários cadastrados nesse sistema de 2013 a 2016:

Tabela 83 - Cadastros de usuários realizados na Farmácia Municipal de Ubá

ANO	NÚMERO DE CADASTROS NA FMU	POPULAÇÃO ESTIMADA PELO IBGE	%
2013	46.808	108.493	43,14
2014	50.680	109.779	46,16
2015	53.865	111.012	48,52
2016	56.122	112.186	50,03

% - Porcentagem de número de cadastros realizados na FM em relação à população estimada do município de Ubá pelo IBGE 2016, habitantes. Fonte: SIGAF (2016) e IBGE.

Gráfico 45 – Cadastros de usuários da Farmácia Municipal



Além de dados obtidos no SIGAF acima, segue abaixo o consolidado de dispensações de 2013 a 2016:

Tabela 84 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2013

MÊS	DISPENSAÇÕES		
	TOTAL	DIAS TRAB. NO MÊS	TOTAL/DIA
Janeiro	9249	21	440
Fevereiro	7741	18	430
Março	9154	19	482
Abril	10374	22	472
Maiο	9397	20	470
Junho	8520	20	426
Julho	9351	20	468
Agosto	10329	22	470
Setembro	10528	19	554
Outubro	9527	21	454
Novembro	9300	20	465
Dezembro	7140	17	420
MÉDIA	9218	20	462

Fonte: SIGAF, 2013.

Tabela 85 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2014

MÊS	DISPENSAÇÕES		
	TOTAL	DIAS TRAB. NO MÊS	TOTAL/DIA
Janeiro	10254	22	466
Fevereiro	8939	20	447
Março	7630	18	424
Abril	8486	19	447
Maió	10761	20	538
Junho	9530	19	502
Julho	10547	22	479
Agosto	8589	21	409
Setembro	8636	21	411
Outubro	8666	21	413
Novembro	8423	20	421
Dezembro	7551	19	397
MÉDIA	9001	20	446
Fonte: SIGAF, 2014.			

Tabela 86 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2015

MÊS	DISPENSAÇÕES		
	TOTAL	DIAS TRAB. NO MÊS	TOTAL/DIA
Janeiro	7869	20	393
Fevereiro	6961	17	409
Março	8630	22	392
Abril	8058	18	448
Maió	8349	20	417
Junho	9899	22	450
Julho	8649	22	393
Agosto	7924	21	377
Setembro	9136	21	435
Outubro	7312	19	385
Novembro	7523	21	358
Dezembro	7433	17	437
MÉDIA	8145	20	408

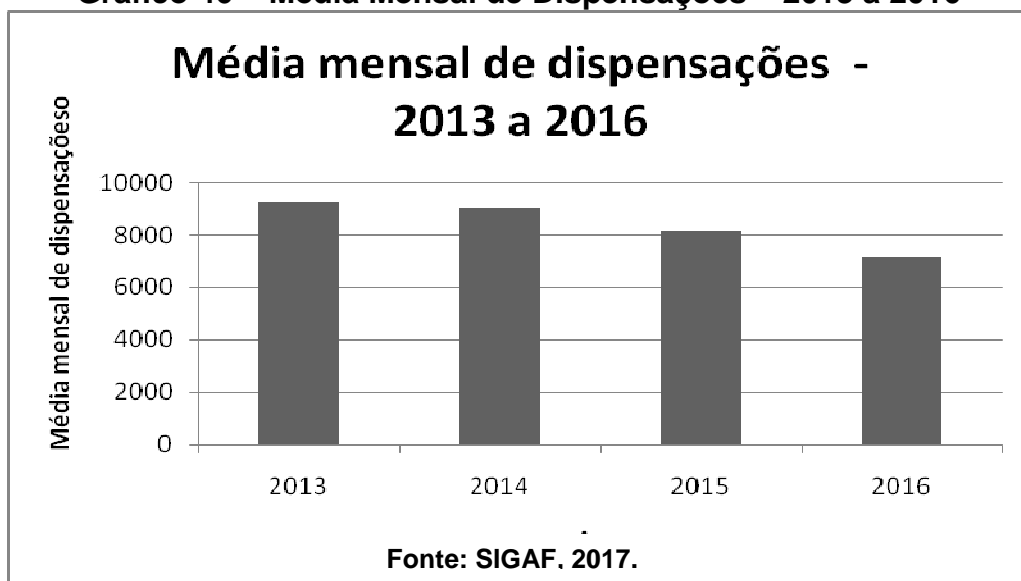
Fonte: SIGAF, 2015.

Tabela 87 - Dispensação de Medicamentos/dia em 2016

MÊS	DISPENSAÇÕES		
	TOTAL	DIAS TRAB. NO MÊS	TOTAL/DIA
Janeiro	7966	20	398
Fevereiro	6913	19	364
Março	8323	21	396
Abril	7510	18	417
Maio	8589	20	429
Junho	7941	22	361
Julho	7572	21	361
Agosto*	6094	23	265
Setembro	6122	21	292
Outubro	5668	18	315
Novembro	6052	21	288
Dezembro	6795	20	340
MÉDIA	7129	20	352

*Houve greve de 01 a 15/08/2016. Fonte: SIGAF, 2016.

Gráfico 46 – Média Mensal de Dispensações – 2013 a 2016



7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

7.1 Vigilância Sanitária

Instituída pela Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que organiza o Sistema Único de Saúde define a Vigilância Sanitária como um “conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos da produção ao consumo; e

II- o consumo da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Vigilância Sanitária é também um conjunto de conhecimentos sobre a produção de saúde e de doenças. É um conjunto de regras (procedimentos técnicos) consideradas potentes para assegurar saúde às pessoas; uma organização com poder legal, e um campo de conhecimento especializado, que tem por objeto a proteção e a promoção da saúde da população.

A Seção de Vigilância Sanitária (VISA) foi criada no município através do Decreto no 3.254, de 16 de março de 1993, o qual dispõe sobre a Organização Administrativa da Prefeitura Municipal de Ubá, regulamentando a Lei Complementar no 011, de 15 de dezembro de 1992. Dentre as atividades atribuídas e desenvolvidas pela VISA municipal destacam-se a fiscalização dos comércios de alimentos, drogarias, clínicas, consultórios, entre outros estabelecimentos, inspeções sanitárias, apreensão e inutilização de produtos, liberação do Alvará Sanitário, preenchimento de termos legais em conformidade com as determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Seção de Vigilância Sanitária é subordinada à Divisão de Vigilância e Assistência em Saúde. É composta pelos seguintes profissionais:

- a. 01 (um) Coordenador;
- b. 01 (um) Agente administrativo;
- c. 01 (um) Técnico em Laticínios;

- d. 01 (um) Médico Veterinário;
- e. 01 (um) Nutricionista;
- f. 01 (um) Técnico em agropecuária;
- g. 01 (um) Farmacêutico;
- h. 01 (um) Fiscal Sanitário;
- i. 01 (um) Motorista;

As ações de Vigilância Sanitária, face ao amplo e diversificado universo de estabelecimentos que compõem a cadeia de produção e consumo de produtos e serviços de interesse à saúde, são organizadas de modo a manter um acompanhamento sistematizado, priorizado através de critérios técnicos e legais utilizados para a definição dos estabelecimentos e de serviços de maior risco, para a ocorrência de agravos, de acordo com a Lei Estadual 13317/99. Sendo assim, de acordo com o estabelecido no Plano de Ação de Vigilância Sanitária de Ubá, as ações executadas são definidas em função do risco sanitário existente no território e das diretrizes gerais da ANVISA.

Essas ações caracterizam-se por procedimentos de orientação, cadastramento, inspeção, investigação, notificação, controle e monitoramento, os quais demandam:

- a. Atendimento ao público;
- b. Deslocamentos (trabalhos em campo);
- c. Coletas de amostras para análise fiscais;
- d. Apreensão e inutilização de produtos;
- e. Interdição de estabelecimentos e produtos;
- f. Elaboração de relatórios e ofícios;
- g. Registro e divulgação de dados.

Atualmente, são 960 (novecentos e sessenta) estabelecimentos cadastrados no Setor de Vigilância Sanitária, sendo esses divididos em estabelecimentos de serviços de saúde, onde entende-se que são aqueles destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada. Tais como aqueles que prestam serviço de saúde em regime de internação e ambulatorial, aí incluídos clínicas e consultórios públicos e privados; serviço de apoio ao diagnóstico e serviço terapêutico; serviço de sangue, hemocomponentes e

hemoderivados; serviço de banco de leite humano. E estabelecimentos de interesse à saúde, onde entende-se que são aqueles que exerçam atividade que, direta ou indiretamente, possa provocar danos ou agravos à saúde da população. Tais como os que produzem, beneficiam, manipulam, fracionam, embalam, reembalam, acondicionam, conservam, armazenam, transportam, distribuem, importam, exportam, vendem ou dispensam: a) medicamentos, drogas, imunobiológicos, plantas medicinais, insumos farmacêuticos e correlatos; b) produtos de higiene, saneantes, domissanitários e correlatos; c) perfumes, cosméticos e correlatos; d) alimentos, bebidas, matérias-primas alimentares, produtos dietéticos, aditivos, coadjuvantes, artigos e equipamentos destinados ao contato com alimentos; os laboratórios de pesquisa, de análise de amostras, de análise de produtos alimentares, água, medicamentos e correlatos e de controle de qualidade de produtos, equipamentos e utensílios; as entidades especializadas que prestam serviços de controle de pragas urbanas; os de hospedagem de qualquer natureza; os de ensino fundamental, médio e superior, as pré-escolas e creches e os que oferecem cursos não regulares; os de lazer e diversão, ginástica e práticas desportivas; os de estética e cosmética, saunas, casas de banho e congêneres; os que prestam serviços de transporte de cadáver, velórios, funerárias, necrotérios, cemitérios, crematórios e congêneres; as garagens de ônibus, os terminais rodoviários e ferroviários, os portos e aeroportos; os que prestam serviços de lavanderia, conservadoria e congêneres; os que degradam o meio ambiente por meio de poluição de qualquer natureza e os que afetam os ecossistemas, contribuindo para criar um ambiente insalubre para o homem ou propício ao desenvolvimento de animais sinantrópicos.

As ações desenvolvidas no ano de 2016 foram:

- 947 estabelecimentos cadastrados na VISA para otimização dos serviços prestados;
- 844 estabelecimentos cadastrados na VISA municipal foram inspecionados no período de janeiro a dezembro; sendo 472 da área de alimentação e 372 da saúde;
- 201 alvarás sanitários expedidos;
- 178 alvarás de funcionamento deferidos;
- 102 processos de viabilidades deferidos.
- Atividades educativas para setores regularizados;

- Atendimento às denúncias e reclamações;
- Inspeções conjuntas com setores afins quando necessário;
- Incineração dos produtos apreendidos e de medicamentos vencidos.

A Vigilância Sanitária Municipal, através da intensificação das ações, qualidade dos serviços prestados e parcerias firmadas, vem obtendo resultados positivos quanto à prevenção e eliminação de eventuais problemas relacionados à saúde pública, alcançando, dessa forma, os objetivos definidos em suas legislações constituintes, porém, o principal fator dificultador encontrado no ano de 2017 é o baixo número de recursos humanos.

Contudo, embora os resultados das ações vêm sendo positivos, ainda há necessidade de investimentos, com o fito de atingir as metas pactuadas junto ao Estado. Desta forma, medidas vem sendo desenvolvidas de forma gradativa para reorganização do Setor, com o objetivo de se ter cada vez mais estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário sendo fiscalizados, priorizando ações de promoção e prevenção à saúde.

7.2 Vigilância Epidemiológica e Ambiental

A Vigilância Epidemiológica é responsável pela constante vigilância das doenças e agravos de notificação, conforme disposto na Portaria nº 105 de 2011, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Ainda, pela Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), cujas ações prioritárias são estabelecidas na Portaria Ministerial nº 687, de 30 de março de 2006 e pelo desenvolvimento de ações relacionadas ao Programa Nacional de Imunização (PNI) e pelo processamento e análise dos dados epidemiológicos.

Segundo a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, o conceito de Vigilância Epidemiológica é: *“Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”*.

Portanto, os propósitos e funções da Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (VEA) são: coleta de dados e processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; assessoria e recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, e divulgação de informações pertinentes.

No âmbito da Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental são realizados o processamento eletrônico dos seguintes programas: a) Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; b) Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN; Vigilância Nutricional de Crianças Menores de 5 Anos – SISVAN; Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC. Além destes, cria e mantém atualizados os dados epidemiológicos temáticos de áreas de abrangência, áreas de risco, áreas com dados e de morbidade.

A Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental elabora relatórios referentes à saúde do município como um todo e, de forma desagregada, atende a pedidos internos e/ou externos de informações de saúde do município, quando nas participações no Comitê de Enfrentamento aos Agravos Epidemiológicos.

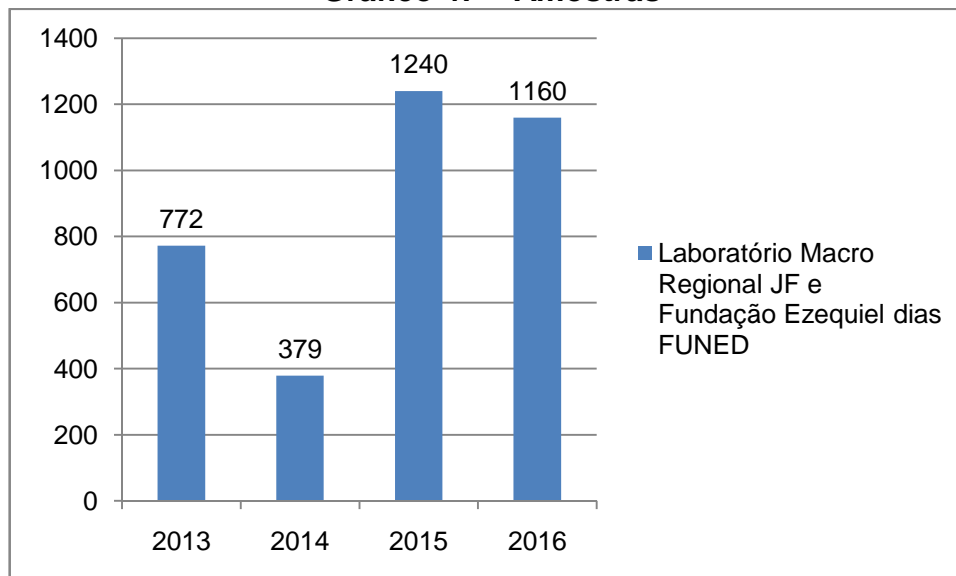
As ações de Vigilância Epidemiológica são desenvolvidas de forma articulada com diversos setores.

A investigação e prevenção ao óbito materno e infantil e fetal, é um dos pilares da Vigilância Epidemiológica, que investiga todos os óbitos de causas mal definidas de gestantes, mulheres em idade fértil e de crianças menores de 1 ano, através do Comitê Municipal de Investigação e Prevenção de Óbito Materno e Infantil, que realiza a investigação dos óbitos e a descoberta das causas para que sejam evitadas a ocorrência de novos casos.

Atualmente, os exames para investigação de casos suspeitos dos agravos, são encaminhados aos laboratórios de referência - Laboratório Macro Regional de Juiz de Fora/MG, e a Fundação Ezequiel Dias (FUNED) em Belo Horizonte/MG.

Tabela 88 - Amostras enviadas/Ano

Amostras enviadas/Ano	2013	2014	2015	2016
Laboratório Macro Regional JF e	772	379	1240	1160

Gráfico 47 – Amostras

7.2.2 Imunização

A VEA possui uma referência técnica em imunização, a quem compete coordenar, assessorar e apoiar as ações do Programa Nacional de Imunização (PNI) no município, com a aquisição de equipamentos de refrigeração, monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação, manutenção da rede de frios para conservação dos imunobiológicos, controle da distribuição dos insumos para as 19 (dezenove) equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), Seção de Clínicas Especializadas, Policlínica Regional e os Hospitais, cadastro de unidades de vacinação particulares, e coordenação das campanhas de vacinação.

Em 2016 o Ministério da Saúde (MS) instituiu as Campanhas de Multivacinação com o objetivo de vacinar as crianças que estão com o cartão em atraso, portanto, não existe uma meta definida, haja vista o ideal para esse indicador ser o menor possível.

Assim, é possível avaliar as coberturas vacinais e monitorar as doses aplicadas na rotina de cada criança.

Tabela 89 - Cobertura vacinal de campanhas (%)

CAMPANHA/ANO		META	VACINADOS	PORCENTAGEM
2013	Pólio	6.297	6.170	97,98%
	Influenza	16.042	15.026	93,67%
2014	Pólio	6004	5.934	98,83%
	Influenza	20.002	18.016	90,07%
2015	Pólio	5.931	5.907	99,60%
	Influenza	19.886	18.100	91,02%
2016	Multivacinação	Não se aplica	1.625	44,62
	Influenza	19.852	18.196	91,66%

Fonte: PNI – DATASUS
Obs.: A meta do Ministério da Saúde é de vacinar 95% das crianças contra pólio e 80% da população-alvo contra Influenza.

7.2.2- Vigilância Ambiental

Dentre as ações relacionadas ao ambiente, podemos mencionar o monitoramento da água para consumo humano, esse monitoramento é realizado através do Programa VIGIÁGUA por meio de coletas e análise em estação de água, e fontes alternativas de água.

As análises são realizadas em convênio com o laboratório da Unidade Regional de Saúde de Ubá.

7.3- SERVIÇOS DE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMITIDA – IST/AIDS

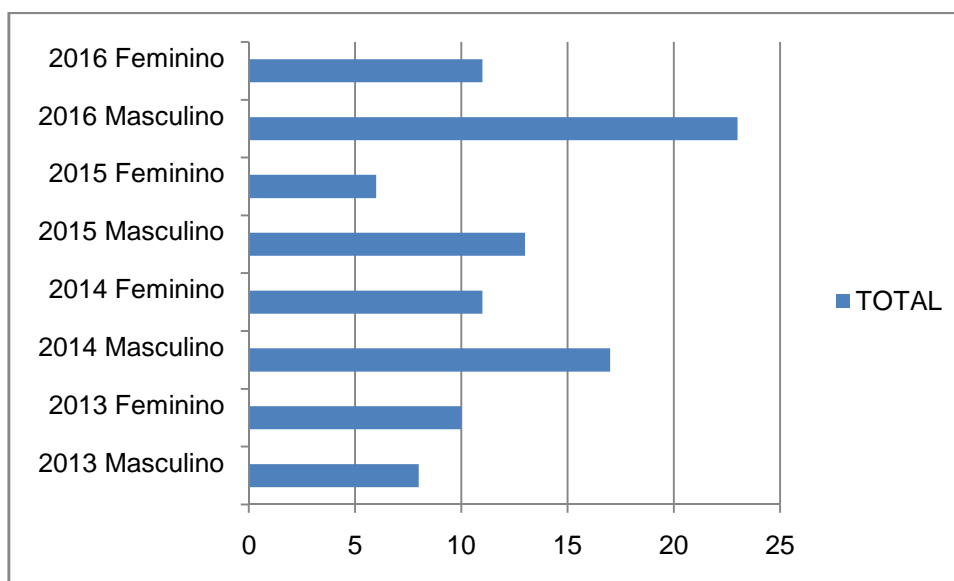
Os serviços de apoio aos portadores de HIV/AIDS e Hepatites Virais oferecem aos usuários acompanhamento médico especialista em infectologia, realização mensal de exames para controle da Linfócitos T auxiliar - CD4 e Carga Viral, além de prover a dispensa de medicamentos, insumos e acompanhamento aos mesmos.

São referências do serviços de IST/AIDS, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e Hospital Universitário (HU), de Juiz de Fora/MG.

Tabela 90 - Número de cadastrados:

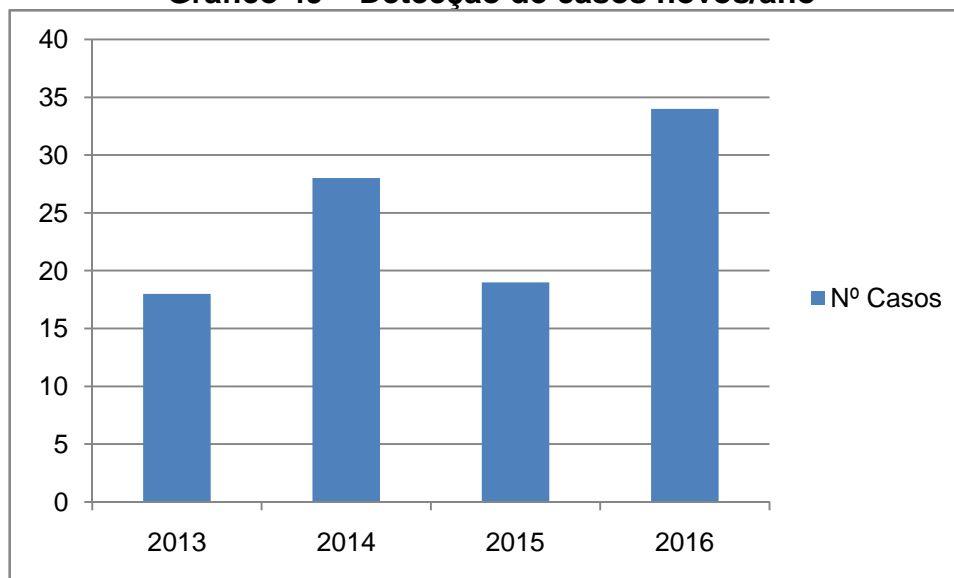
Faixa etária	2013 Masculino	2013 Feminino	2014 Masculino	2014 Feminino	2015 Masculino	2015 Feminino	2016 Masculino	2016 Feminino
< 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 19 anos	0	0	0	01	0	0	0	0
20 a 29 anos	02	00	05	03	04	00	07	02
30 a 39 anos	02	01	03	00	06	03	07	03
40 a 49 anos	02	04	04	03	02	01	06	02
50 a 59 anos	01	03	04	02	01	01	03	01
60 ou +	01	02	01	02	00	01	00	03
TOTAL	08	10	17	11	13	06	23	11

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG.

Gráfico 48 – Número de cadastrados**Tabela 91 - Detecção de casos novos/ano**

Ano	2013	2014	2015	2016
Nº Casos	18	28	19	34

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/M.

Gráfico 49 – Detecção de casos novos/ano

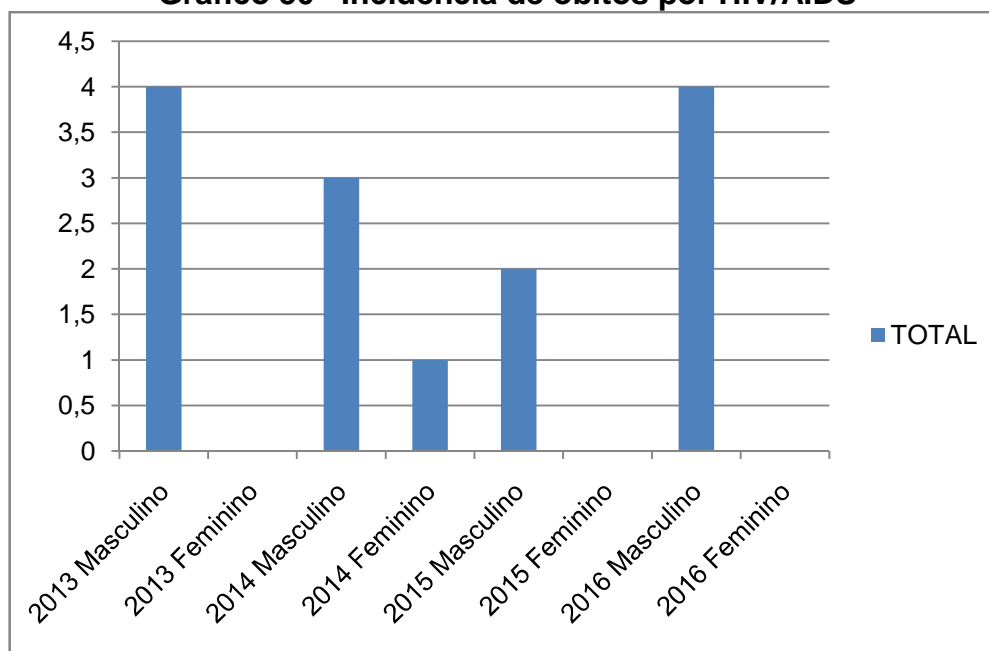
Os óbitos ocorridos com os usuários cadastrados no Serviço de Infecção por Doenças Sexualmente Transmitida houve uma redução a partir de 2013, onde o acompanhamento passou por novas estruturas.

Entre 2008 a 2012, dos usuários cadastrados, 25 foram a óbitos, já no período entre 2013 a 2016 apenas 14 usuários foram a óbito. Tendo uma redução significativa na taxa de mortalidade entre os portadores de IST/AIDS.

Tabela 92 - Números de Óbitos /faixa etária/ano

Faixa etária	2013	2013	2014	2014	2015	2015	2016	2016
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
< 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	
10 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	
20 a 29 anos	01	0	0	0	0	0	0	
30 a 39 anos	01	00	02	00	02	00	03	00
40 a 49 anos	02	00	00	00	00	00	00	00
50 a 59 anos	00	00	01	01	00	00	00	00
60 ou +	00	00	00	00	00	00	01	00
TOTAL	04	00	03	01	02	00	04	00

Fonte: SMS // Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG.

Gráfico 50– Incidência de óbitos por HIV/AIDS**Tabela 93 - Atividades Educativo-Preventivas realizadas no período**

Atividades Realizadas	2013	2014	2015	2016
Educativas/Preventivas	Campanhas Pré carnaval, palestras nas escolas e fabrica de moveis, Dia D: dezembro vermelho. Semana da Saúde.	Campanhas Pré carnaval, palestras nas escolas e fabrica de moveis, Dia D: dezembro vermelho. Semana da Saúde.	Campanhas Pré carnaval, palestras nas escolas e fabrica de moveis, Dia D: dezembro vermelho	Campanhas Pré carnaval, palestras nas escolas e fabrica de moveis, Dia D: dezembro vermelho

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG.

7.3 Controle de Zoonoses

Tabela 94 - ORGANOGRAMA - ZOONOSES

Secretaria de Municipal de Saúde	
Divisão de Assistência e Vigilância da Saúde	
Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental/ Seção de Zoonoses	
01	Supervisor Seção
04	Supervisores de Campo

01	Supervisor Geral
16	ACE - Agentes efetivos
15	ACE - Agentes Contratados
02	ACE para realização de Bloqueio e atendimentos diversos
04	ACE para realização de Ponto Estratégico
01	ACE para educação em Saúde
01	ACE Laboratorista
03	ACE Setor Administrativo

Tabela 95 - Estrutura dos Veículos – Zoonoses

Placa	Atividade
NXX-0731	Transporte de agentes de campo
OWK-2361	Transporte de agentes de campo
NXX-0752	Zona rural em pesquisas - PCE e PARM - e outros
PVA-6441	Atendimento ao canil municipal e outros
HIR-8973	Transporte de agentes de campo
HLF-1309	Vistorias em Pontos Estratégicos – PE
GYD-7062	Serviços administrativos e atendimento a denúncias

As principais atribuições do Setor estão inseridas numa ampla proposta de desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, prevenção, controle de zoonoses, monitoramento dos fatores de riscos biológicos e controle de vetores que requerem integração com as Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental.

A zoonoses atua diretamente no combate às doenças transmitidas por vetores, tais como:

- a) Dengue;
- b) Chinkugunya;
- c) Febre amarela;
- d) Zika
- e) Doença de Chagas (PCDCH);
- f) Esquistossomose (PCE)
- g) Leishmaniose visceral

Ainda, opera ações no controle de animais:

- a) Domésticos;
- b) Peçonhentos;
- c) Sinantrópicos.

No ano de 2014, com o Plano Municipal de Contingência contra Dengue e Chikungunya, proposto pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, foram promovidas ações com o fito de realizar adequações técnicas e estruturais, as quais estão sendo cumpridas em sua integralidade.

O cumprimento das metas do Plano Municipal de Contingência contra Dengue e Chikungunya 2016 pode ser avaliado através de ações desenvolvidas pela seção de forma clara e objetiva, tais como:

- a) Atendimentos as denúncias realizadas por munícipes;
- b) Notificação, investigação e bloqueios de casos suspeitos;
- c) Realização do Levantamento de Índice Rápido de Aedes Aegypti – LIRA'a, com 03 (três) ciclos de pesquisa;
- d) Aplicação da Lei Municipal nº 19.482, regulamentada pelo decreto nº 46.208;

Realização de ações de educação em saúde, tais como:

- a) Participação da Semana da Saúde;
- b) Palestras no Presídio, Escolas Municipais e Estaduais, indústrias, etc.;
- c) Vedação de caixas d'água em situação de risco, através de parceria com a Agência de Desenvolvimento de Ubá e Região – ADUBAR;
- d) Pesquisa e tratamento em pontos estratégicos;
- e) Monitoramento de armadilhas em localidades rurais através do Programa de Armadilhas – PARM;
- f) Realização da Campanha “Dengue Aqui Não”, através de parceria firmada com a ADUBAR;
- g) Realização de mutirão de limpeza nos bairros e distritos do município, com a finalidade de recolher materiais inservíveis que acumulem água.

A Seção de Controle de Zoonoses contribui de forma expressiva nas discussões e planos de ações promovidas pelo Comitê Municipal de Agravos Epidemiológicos, contribuindo assim com o planejamento das ações de vigilância no controle de doenças e agravos.

No que tange às visitas, foram realizadas 132.049 (cento e trinta e duas mil e quarenta e nove) em imóveis, com 07 ciclos de tratamento anual. Foram considerados prioridade os casos suspeitos e confirmados de doenças transmitidas pelo *Aedes*.

Foi pactuado pelo ministério da saúde para o ano de 2016 um ciclo a mais no calendário de ações, por ser um ano atípico, com números elevados de casos de *chikungunya* e principalmente pelo crescimento dos casos de *zica* que acometeram todo território nacional e desencadearam inúmeros casos de microcefalia.

A equipe de Ponto Estratégico realizou 32 (trinta e dois) ciclos de tratamento, com 3.758 (três mil setecentos e cinquenta e oito) imóveis visitados, e a equipe do Programa de Armadilhas realizou 54 (cinquenta e quatro) ciclos de pesquisa com 542 (quinhentos e quarenta e dois) imóveis, sendo realizados o monitoramento de 1.186 (um mil cento e oitenta e seis) imóveis com algum tipo de problema relacionado a doenças transmitidas pelo vetor, através de Pesquisa Vetorial Especial.

Na campanha de vacinação Antirrábica realizada nos meses de Julho e Agosto de 2016, foram imunizados 11.071 (onze mil e setenta e um) animais, sendo 6.215 (seis mil duzentos e quinze) cães e 656 (seiscentos e cinquenta e seis) gatos na área urbana e 3705 cães e 405 gatos na etapa rural.

Foram realizados no ano de 2016, mutirões de limpeza em parceria com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente em 08 (oito) bairros da cidade, priorizando os locais com acúmulo de recipientes que poderiam se tornar criadouros do mosquito, tendo sido recolhidos cerca de 400 (quatrocentos) sacos de lixo de capacidade para 100 (cem) litros.

Tabela 96 - Campanha de Vacinação Anti-rábica 2013

ETAPAS	CÃES	GATOS	TOTAL
1ª FASE RURAL	3068	245	3313
2ª FASE RURAL	3036	394	3432
3ª FASE RURAL	1082	160	1242
1ª FASE URBANA	1301	194	1495
2ª FASE URBANA	1155	167	1322
REFORÇO HORM. 12	523	229	752
TOTAL GERAL	10165	1389	11556

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 97 - Campanha de Vacinação Anti-rábica 2015

TAPAS	CÃES	GATOS	TOTAL
1ª FASE URBANA	1490	128	1618
2ª FASE URBANA	1582	147	1729
3ª FASE URBANA	1663	245	1908
FASE RURAL	3762	463	4225
REPESCAGEM	1821	245	2066
1º TOTAL	10318	1228	11546
TOTAL GERAL			11546

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 98 - Campanha de Vacinação Anti-rábica 2016

ETAPAS	CÃES	GATOS	TOTAL
1ª FASE URBANA	2557	284	2841
2ª FASE URBANA	884	98	982
3ª FASE URBANA	2744	304	3048
FASE RURAL	3705	495	4200
REPESCAGEM	Não houve	Não houve	Não houve
1º TOTAL	9890	1181	11071
TOTAL GERAL			11071

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 99 - Ocorrência de acidentes por animais peçonhentos

Ano	Serpente	Aranha	Escorpião	Outros	Total
2013	8	3	10	1	22
2014	6	0	5	0	11
2015	4	2	16	0	22
2016	3	2	17	0	22

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Ubá/MG/TABWIN, em 28/04/2017

Tabela 100 - Produção de Pesquisa e Tratamento -2013

2013	Nº do Ciclo	Nº de	Imóveis	Nº de	Índice de	Média
------	-------------	-------	---------	-------	-----------	-------

	de tratamento	Imóveis efetivamente trabalhados	fechados	imóveis existentes	pendências	produtiva por agente
Área Urbana	1º	42417	9276	51693	17,94	24,51
	2º	45034	7882	52916	14,90	24,83
	3º	46427	8103	54530	14,86	26,30
	4º	32675	6088	38763	15,71	26,83
	5º	Não houve	Não houve	Não houve	Não houve	Não houve
Área Rural	1º	1268	-	-	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 101 - Índice de Infestação LIRAA

2013	Nº de Levantamento Rápido do AA LIRAA	Índice de Infestação Predial - IIP	Classificação de Risco
Área Urbana	1º	2,0	Médio
	2º	4,5	Alto
	3º	0,7	Baixo

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 102 - Produção de Pesquisa e Tratamento - 2014

2014		Nº de Imóveis efetivamente trabalhados	Imóveis fechados	Nº de imóveis existentes	Índice de pendências	Média produtiva por agente
Área Urbana	1º	45.779	9.076	54.855	16,55%	25,21
	2º	37.865	8.170	46.035	17,75%	24,86
Área Rural	1º	275	59	334	17,66%	7,55

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 103 - Índice de Infestação LIRAA

2014	Nº de Levantamento Rápido do AA LIRAA	Índice de Infestação Predial - IIP	Classificação de Risco
Área Urbana	1º	5,6	Alto
	2º	2,5	Médio
	3º	1,8	Médio

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 104 - Produção de Pesquisa e Tratamento -2015

2015		Nº de Imóveis efetivamente trabalhados	Imóveis fechados	Nº de imóveis existentes	Índice de pendências	Média produtiva por agente
Área Urbana	1º	7404	2031	9435	21,53	26,78
	2º	27724	7413	35137	21,10	25,08
	3º	28286	7914	36200	21,86	24,28
	4º	32199	9248	41447	22,31	25,08
	5º	11043	3757	14800	25,39	22,96
	6º	8063	2201	10264	21,44	23,51
Área Rural	1º	-	-	-	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 105 - Índice de Infestação LIRAA

2015	Nº de Levantamento Rápido do AA LIRAA	Índice de Infestação Predial - IIP	Classificação de Risco
Área Urbana	1º	4,3	Alto
	2º	7,9	Alto
	3º	3,7	Médio

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 106 - Produção de Pesquisa e Tratamento -2016

2016		Nº de Imóveis efetivamente trabalhados	Imóveis fechados	Nº de imóveis existentes	Índice de pendências	Média produtiva por agente
Área Urbana	1º	36966	8249	47405	17,40	19,55
	2º	32990	7331	39531	18,54	20,84
	3º	19876	5334	25476	20,94	23,90
	4º	17826	4137	20638	20,05	23,93
	5º	12315	1908	7841	24,33	22,32
	6º	11762	2151	8674	24,80	23,45
	7º	19204	5077	18337	27,69	23,16
Área Rural	1º	1631				
	2º	372				
	3º	936				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.

Tabela 107 - Índice de Infestação LIRAA

2016	Nº de Levantamento Rápido do AA LIRAA	Índice de Infestação Predial - IIP	Classificação de Risco
Área Urbana	1º	-	-
	2º	-	-
	3º	3,8	Médio
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle de Zoonoses, Ubá/MG.			

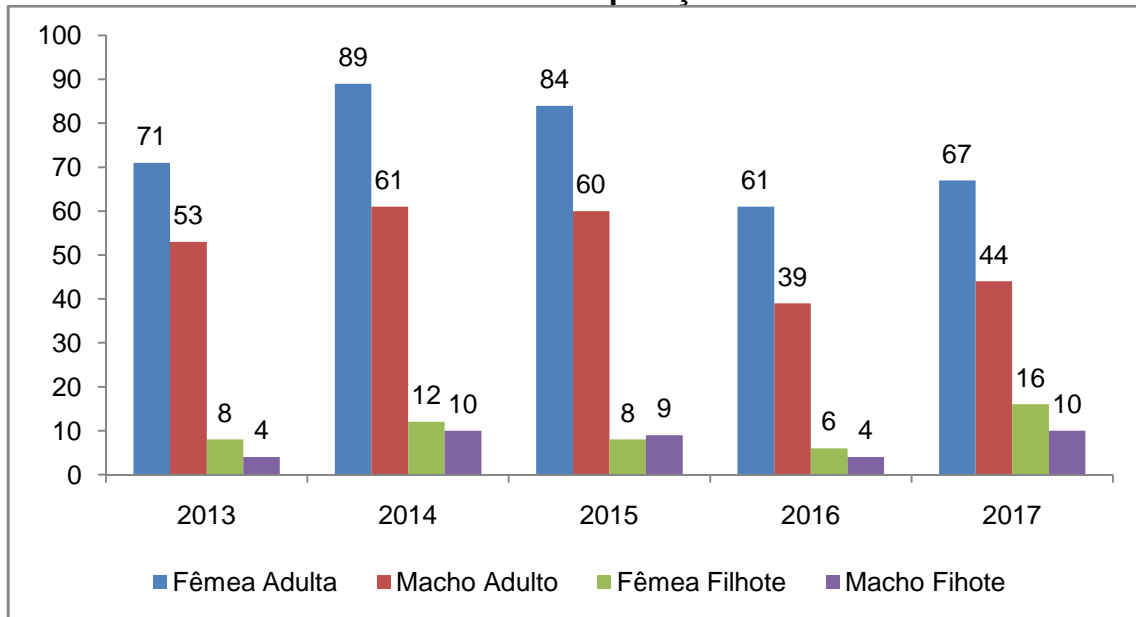
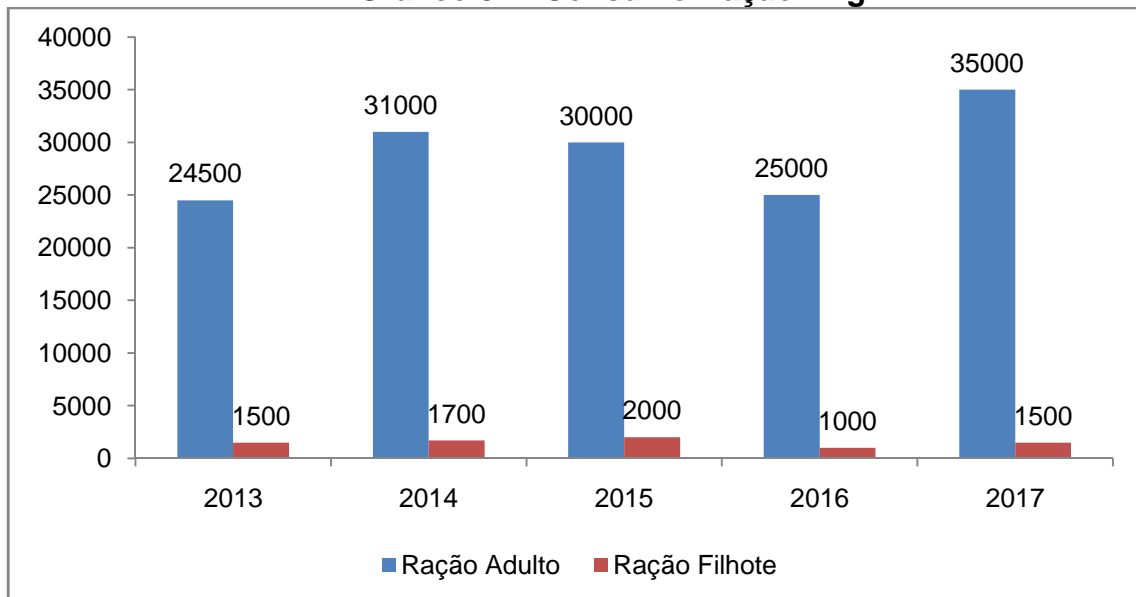
7.3.1 Canil Municipal

Setor que compõe a Seção de Controle de Zoonoses e tem como função prioritária abrigar os cães agressivos e doentes soltos em vias e logradouros públicos, e que apresentem risco à população, auxiliando na promoção da saúde pública do município.

A equipe de trabalho é composta por médico veterinário, coordenador do canil e três colaboradores que exercem serviços gerais, desses, dois em serviço de plantão (12h/36h) e um diário de segunda a sexta-feira (6h).

Atualmente o canil municipal está situado próximo a fazenda Palestina a cerca de 9 km do trevo sentido Ubá/Divinésia com acesso na rodovia MG 124. Sua estrutura física é composta por dois pavilhões, A e B: o pavilhão A possui comprimento de 35 metros por 28 metros de largura, totalizando um área de 980 m², e dividido em 24 canis, sendo destes, 04 de maior metragem quadrada. O pavilhão B possui 25 metros de comprimento por 20 metros de largura, com área útil de 500m², subdividida em 14 canis. Possui um anexo com 5 cômodos que comporta a clínica, cozinha, depósito de ração, banheiro e internação com 6 baias.

Os cães recolhidos e abrigados dentro do canil possuem área coberta e solário no seu alojamento, alimentação, e cuidados médicos veterinários. A população canina variou durante os anos (gráfico 1) e proporcionalmente o consumo médio de ração (gráfico 2) seguiu o seu número.

Gráfico 51 - População canina**Gráfico 52 - Consumo Ração - Kg**

A prefeitura Municipal desde 2009, firma parcerias com Organizações Não Governamentais – ONGs, as quais têm por princípio institucional defender causas em favor das políticas de proteção dos animais e controle de natalidade.

Em 2015 foram realizadas 120 (cento e vinte) castrações em fêmeas e 2016, 60 (sessenta) castrações também fêmeas.

8 GESTÃO EM SAÚDE

8.1 Planejamento, Gestão e Regulação do SUS

O Planejamento em Saúde, é uma tecnologia de gestão para articular mudanças e aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde. Nesse sentido, planejar significa definir prioridades, mobilizar recursos e esforços em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, dentro de uma lógica transparente e dinâmica, com o fito de orientar todos os processos do SUS em todos os níveis da atenção.

Neste processo de operacionalização para Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão é identificada como um elemento central na política de saúde, o locus onde esta se opera. Por outro lado, o planejamento pode ser designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores (GIORDANI, 1979; MATUS, 1993; PAIM, 2002; CAMPOS, 2003). Essa formulação aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como organizador de saberes e práticas, que sistematiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais.

Ressalta-se a necessária compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas programações anuais e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, em cada esfera de gestão, que servem de base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados.

As ferramentas de apoio à construção do instrumental de planejamento que objetivam favorecer a prática gestora, a transparência e visibilidade possibilitada pelos meios eletrônicos de acesso público e tecnologia web, mecanismos facilitadores do direito à informação, participação e controle por instituições, usuários e cidadãos.

Os instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Para instituição do planejamento de saúde de um município, algumas situações de conhecimentos se tornam imprescindíveis e necessárias:

- Análise de situação de saúde com base no mapa da saúde
- Mapa da Saúde

Sendo os elementos do Mapa da Saúde, a:

- Estrutura do Sistema de Saúde
- Redes de atenção à saúde
- Condições socio sanitárias
- Fluxos de acesso
- Recursos financeiros
- Gestão do trabalho e da educação na saúde
- Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde

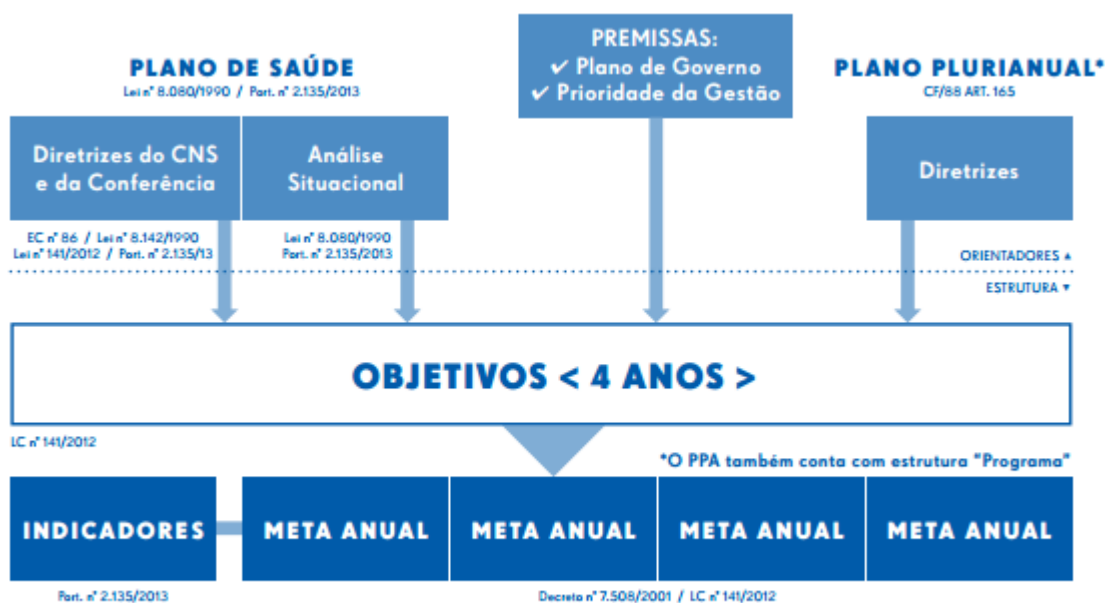
O Sistema de Planejamento do SUS foi regulamentado pela Portaria MS/GM 3.085 de 01/09/2006. A Portaria MS/GM 3.332 de 28/12/2006 aprovou orientações gerais acerca de seus instrumentos básicos e, mais recentemente, a Portaria MS/GM 3.176, de 24/12/2008 aprovou orientações acerca da elaboração, aplicação e fluxo do Relatório Anual de Gestão. O município utiliza os instrumentos de planejamento conforme a Portaria Ministerial nº 3332, de 28 de dezembro de 2006.

Este Plano Municipal de Saúde terá vigência de 2018 – 2021 e terá seu detalhamento e acompanhamento pelas Programações Anuais de Saúde - PAS e dos Relatórios Anuais de Gestão – RAG's.

O mesmo é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. É o plano de saúde que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde. O plano de saúde consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

Relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual



Fonte: Ministério da Saúde.

De acordo com a Portaria nº 2.135, de 2013, a elaboração do Plano de Saúde deve conter minimamente a seguinte estrutura:

- i Período de vigência do Plano de Saúde;
- ii Identificação (esfera de gestão correspondente);
- iii Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;
- iv Análise da situação de saúde com base no Mapa da Saúde;
- v Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores;
- vi Monitoramento e Avaliação.

Já Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Na Programação Anual de Saúde são detalhadas as ações e serviços — conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano.

Ela é elaborada no ano em curso e executada no ano subsequente, coincide com o período definido para o exercício orçamentário (um ano calendário) e a Lei Orçamentária Anual, sendo o subsídio para elaboração desta última.

Sendo o Plano de Saúde a base para elaboração do componente do setor saúde no Plano Plurianual, a Programação Anual de Saúde deve ter como base tais instrumentos, mantendo correlação instrumental entre o disposto no Plano Nacional de Saúde/ Plano Plurianual e as ações orçamentárias previstas na Lei Orçamentária Anual.

A Programação Anual de Saúde contém as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde, as metas anuais para cada ação definida, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação e os recursos orçamentários necessários para o seu cumprimento.

Exemplo de estrutura básica de PAS para Estados e Municípios (apenas sugestivo)

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE				
Vigência do Plano de Saúde: / / a / /				
Identificação/Esfera de Gestão:				
Ato do Conselho de Saúde de avaliação do Plano de Saúde: (especificar documento com número e data)				
Diretriz:				
Objetivo:	Meta do Plano de Saúde:		Meta Anual:	
Indicador:				
Ações Anuais	Projeto/ Atividade (PLOA)	Orçamento (previsão de alocação)	Entrega/ Produto/ Iniciativa	Prazos

Obs: As linhas Diretriz, Objetivo, Indicador, Meta, Ação podem ser replicadas quantas vezes sejam necessárias.

O próprio quadro também pode ser reproduzido para Diretrizes distintas.

8.1.1 Agenda dos gestores

A agenda do gestor do SUS, na esfera municipal, estadual ou federal, segue o ciclo do planejamento no setor saúde, embora nem todas as tarefas coincidam com o período de gestão governamental, daí a importância de conhecer melhor sua lógica.

O planejamento e a execução de ações e serviços de saúde envolvem a utilização de instrumentos e ferramentas definidos legalmente, cujo cumprimento dos prazos é exigido, justamente por conformar um ciclo de atividades interdependentes e por garantir a transparência do processo. Essas atividades tratam da situação de saúde, o que se pretende em determinado período para minimizar os problemas e avançar na oferta de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, bem como da prestação de contas sistematizada em instrumentos setoriais, que se relacionam entre si e entre os instrumentos de planejamento do governo, conforme se vê a seguir.

Abaixo, a representação da síntese dos compromissos dos gestores em todo o ciclo de planejamento no SUS.

Tabela 108 - Agenda do gestor segundo o ciclo de planejamento no SUS prazo instrumento providências

PRAZO	INSTRUMENTO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
A cada 4 anos ou em período inferior extraordinariamente	Conferência de Saúde	Convocação pelo Poder Executivo local ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.	§ 1º art. 1 Lei nº 8.142, de 1990
1º ano de gestão	Plano de Saúde	Elaboração do Plano de Saúde com base nas Diretrizes dispostas pelo Conselho de Saúde.	§ 8º art. 15 Lei nº 8.080, de 1990
Antes da entrega da LDO do exercício correspondente	PAS	Encaminhamento da PAS do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para Aprovação.	§ 2º art. 36 LC nº 141, de 2012
Até 15 de abril	LDO	Entrega do Projeto de LDO na Casa Legislativa	Art. 165 CF 1988
Anual	Sispacto	Registro da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.	§ 2º art. 4 Resolução nº 5, de 2013
30 de janeiro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao exercício (ano) anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
30 de janeiro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao 6º bimestre do exercício anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013

Fevereiro	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente, referente ao Quadrimestre anterior.	§ 5º art. 36 LC nº 141, de 2012
30 de março	Relatório de Gestão	Envio do Relatório de Gestão ao Conselho de Saúde	Art. 36 LC nº 141, de 2012
30 de março	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
Maio	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao Quadrimestre anterior	§ 5º art. 36 LC nº 141, de 2012
30 de maio	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
Junho	LDO	Encerramento do período da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo da LDO.	§ 2º Art. 35, art. 165 CF 1988
30 de julho	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
30 de agosto do ano de gestão	PPA	Entrega do Projeto de Lei do PPA na Casa Legislativa correspondente.	Art. 165 CF 1988
30 de agosto	LOA	Entrega do Projeto de LOA na Casa Legislativa.	Art. 165 CF 1988
Setembro	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao Quadrimestre anterior.	§ 5º Art. 36 LC nº 141, de 2012
30 de setembro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
30 de novembro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
Dezembro do ano de gestão	PPA	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo do PPA.	§ 2º art. 35, art. 165 CF 1988
Dezembro	LOA	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo da LOA.	§ 2º art. 35, art. 165 CF 1988

Permanente	Educação Permanente	Oferecer qualificação, na forma de educação permanente, para atuar na formulação de estratégias e assegurar o efetivo controle social da execução da política de saúde, especialmente os representantes de usuários e trabalhadores de saúde.	Art. 44 Lei nº 141, de 2012
Anual	Metodologia	Cabe ao Ministério da Saúde definir e publicar, utilizando metodologia pactuada, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município, para custeio das ações e serviços públicos de saúde.	§ 1º art. 17 LC nº 141, de 2012

Para o sucesso dessa agenda, é fundamental a participação de todas as áreas da Secretaria de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e de outros atores que possam contribuir na formulação e na melhoria dos processos de planejamento.

8.1.1 Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde – FMS foi criado em 13/09/1991 através da Lei Municipal nº 2.185, alterado pela Lei Municipal 3.122, de 27/03/2002 e atualmente é supervisionado pela Seção de Orçamento e Finanças da Secretaria de Saúde.

Seus recursos têm origem nos recursos próprios do Tesouro Municipal e recursos advindos do SUS, tanto através da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais quanto do Ministério da Saúde, através de transferências fundo a fundo.

O Gestor do Fundo Municipal de Saúde é o Secretário Municipal de Saúde, acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde, criado inicialmente pela Lei Orgânica Municipal, de 23/03/1990, arts. 278 a 283, e posteriormente pelo Decreto Municipal nº 2.872, de 12/04/1999, alterada pelas Leis Municipais nº 3.317, de 05/03/2004; 3.481, de 30/08/2005; 3.940, de 06/12/2010 sendo este um órgão permanente e deliberativo que visa a participação da comunidade na gestão do SUS.

O art. 36 da Lei Complementar Federal nº 141/2012, trata da obrigatoriedade do gestor do SUS, após ampla divulgação, apresentar ao Conselho Municipal de Saúde e ao Legislativo Municipal, em audiência pública, o Relatório detalhado

referente ao quadrimestre anterior, o qual deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- a) Montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- b) Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- c) Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de governo – União, Estado e Município. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal Arts. 34, 35, 156,160,167 e 198 e Lei Complementar Federal 141/2012.

Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a Lei Complementar 141 e os valores arrecadados anualmente.

O financiamento federal de custeio está constituído em “Blocos de Financiamento” e sua transferência ocorre através de repasse “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

A Portaria 204, de 29 de janeiro de 2007 GM/MS, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. São seis os Blocos de Financiamento:

1. Atenção Básica;
2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
3. Vigilância em Saúde;
4. Assistência Farmacêutica;
5. Gestão do SUS;
6. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os Blocos de Financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os

recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

O Bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- a) Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo;
- b) Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável.

O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da Atenção Básica em saúde.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes:

- a) Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC;
- b) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

As Portarias GM/MS n. 3252, de 22 de dezembro de 2009, e GM/MS n. 1106, de 12 de maio de 2009, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07. Os recursos que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. O Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

- a) Componente da Vigilância e Promoção da Saúde;
- b) Componente da Vigilância Sanitária.

As Portarias GM/MS n. 2981 e GM/MS n. 2982, ambas de 26 de novembro de 2009, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07. O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- a) Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- b) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- c) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.

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

O Bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- a) Componente para a Qualificação da Gestão do SUS;
- b) Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Tabela 109 - Blocos de Financiamento do SUS

BLOCO DE FINANCIAMENTO	COMPONENTE	AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA
1. Atenção Básica	Piso da Atenção Básica - PAB Fixo	PAB FIXO
		Programa de Requalificação de UBS - Reformas
	Piso da Atenção Básica - PAB Variável	Incentivo Adicional à Saúde Bucal
		Saúde Bucal – SB
		Incentivo de implantação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF
		Agentes Comunitários de Saúde – ACS
		Assistência Financeira Complementar – ACS – 95 por cento
		Fortalecimento De Pol. Afetas à Atuação da Estratégia de ACS - 5 por cento
		Incentivo Adic. Assistência Financeira Complementar – ACS – 95 por cento
		Incentivo Adic. Fort. Pol Afetas à Atuação das Estrat. de ACS - 5 por cento
		Programa de melhoria do acesso e da qualidade - PMAQ (RAB-PMAQ-SM)
		Saúde da Família – SF
		Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC	Teto Municipal Rede Cegonha (RCE-RCEG)
		Financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST
		Teto Municipal Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM)
		Teto Municipal da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
	Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas - Municipal
	Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC	--
3. Vigilância em Saúde	Vigilância em Saúde	Incentivos Pontuais para Ações de Serviços de Vigilância em Saúde – IPVS
		Assistência Financeira Complementar – ACE – 95 por cento
		Fortalec. De Pol. Afetas à Atuação da Estratégia de ACE – 5 por cento
		Inc. Adic. Assistência Financeira Complementar – ACE – 95 por cento
		Inc. Adic. Fort. Pol. Afetas à Atuação das Estrat. de ACE – 5 por cento
		Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatite Virais (PVVS)
		Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PVVS)

		Piso Fixo de Vigilância em Saúde – PFVS
	Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA	Piso Fixo de Vigilância Sanitária - Parte ANVISA
		Piso Estratégico - Gerenciamento de Risco de Vs - (ANVISA)
		Piso Fixo de Vigilância Sanitária Parte – FNS
		Piso Estratégico - Gerenciamento de Risco de Vs (FNS)
4. Assistência Farmacêutica	Componente Básico da Assistência Farmacêutica	Financiado pelas 3 esferas de governo (União, Estado e Município); Gerenciado pela SES/MG.
	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	Gerenciado e Financiado pela SES/MG
	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Gerenciado e Financiado pela SES/MG
5. Gestão do SUS	Qualificação da Gestão do SUS	--
	Implantação de Ações e Serviços de Saúde	Incentivo à Implantação do Programa de Qualificação da RAPS - PI (RSM-RSME)
		Incentivo Financeiro aos Serviços Residenciais Terapêuticos (PI)
		Incentivo de Reabilitação Psicossocial (PI) - RSM-RSME
6. Investimentos	Implantação de Ações e Serviços de Saúde	Incentivo para construção de Academias da Saúde – Intermediária (PI)
	Viver Sem Limites	Centro Especializado em Reabilitação – CER (construção)
Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS, www.fns.saude.gov.br.		

Tabela 110 - Receitas por vínculo

VINCULO	2013	2014	2015	2016
PABFIX	2.141.269,32	2.496.096,00	2.496.096,00	2.496.096,00
PABFIX - REQUALIFICAÇÃO DE UBS	109.805,95	134.406,36	0,00	57.049,92
PSF/PACS	2.497.200,00	1.182.210,00	2.270.872,00	2.479.872,00
PSAUBU	120.420,00	140.490,00	187.320,00	173.940,00
PMAQ	230.400,00	608.687,51	437.700,00	443.712,47
NASF	60.000,00	320.000,00	360.000,00	520.000,00
PSE	18.400,00	0,00	4.800,00	0,00
PSC	250.597,00	196.765,44	286.440,80	641.587,00
NASF - MANUTENÇÃO DA ACADEMIA DA SAÚDE	36.000,00	0,00	0,00	0,00
BLMAC - CEO	132.000,00	173.800,00	158.400,00	158.400,00
CEO-MG	0,00	61.291,31	320.300,56	317.198,42
BLMAC - CEREST	390.000,00	340.973,19	360.000,00	360.000,00
BLMAC - REDE CEGONHA	2.500,00	20.791,62	0,00	0,00
BLMAC – LRPD	24.000,00	140.380,80	147.619,20	136.241,73
BLMAC – REDE DE URGENCIA/EMERGENCIA	0,00	1.800.000,00	2.801.890,91	2.200.000,00
BLMAC – QUALIFICAÇÃO DOS LEITOS DE UTI	0,00	0,00	2.532.980,32	1.583.217,70
MAC	816.962,90	860.925,91	882.753,91	844.376,787
FARPOP	120.000,00	20.000,00	0,00	0,00
BLAFB – REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	0,00	0,00	0,00	393.141,15
PFVISA/VIGISAN	59.074,26	85.896,60	65.867,40	65.385,43
PFVS – PISO FIXO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE – PFVS/INCENTIVO A POLITICA DE PROMOÇÃO DA SAUDE	617.783,76	642.222,92	465.254,33	346.636,18
INC. AS AÇÕES DE VIG.PREV E CONT DAS DST/AIDS E HEPATITE VIRAIIS (PVVS)	0,00	0,00	9.999,96	10.833,29
PVVS – QUALIFICAÇÃO DE AÇÕES DA DENGUE	168.486,48	0,00	0,00	0,00
PVVS-IMUNIZAÇÃO/INFORMATIZAÇÃO DAS SALAS DE VACINA	0,00	11.755,68	0,00	0,00

ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR – ACE – 95 POR CENTO	0,00	0,00	32.752,20	404.586,00
INC. ADIC. ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR – ACE – 95 POR CENTO	0,00	0,00	0,00	59.724,60
FORTALEC. DE POL. AFETAS À ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE ACE – 5 POR CENTO	0,00	0,00	1.723,80	21.294,00
INC. ADIC. FORT. POL. AFETAS À ATUAÇÃO DA ESTRAT DE ACE – 5 POR CENTO	0,00	0,00	0,00	3.143,40
INCENTIVOS PONTUAIS PARA AÇÕES DE SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE IPVS	0,00	0,00	70.303,46	79.436,08
PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILANCIA EM SAÚDE (PVVS)	0,00	0,00	70.303,46	59.280,66
VGS-FORTALECIMENTO DAS VIGILANCIAS	31.691,51	0,00	46.592,50	0,00
BLINV – AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS CAPS	0,00	0,00	0,00	0,00
BLINV – CONSTRUÇÃO DA ACADEMIA DA SAÚDE PELUSO	60.000,00	20.000,00	0,00	0,00
BLINV – CONSTRUÇÃO DA ACADEMIA DA SAÚDE ELDORADO	20.000,00	0,00	0,00	0,00
BLINV-INFORMATIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	149.999,96	0,00	0,00	0,00
BLINV – CONSTRUÇÃO DO CER	0,00	250.000,00	0,00	0,00
BLGES-IMPLANTAÇÃO CAPS AD III	150.000,00	0,00	0,00	0,00
BLGES – PERVCURSO FORMATIVO	0,00	296.500,00	0,000	0,00
BLGES – INCENTIVO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (PI) – RSM-RSME – Projeto Luz, Câmera, CAPS, Ação	0,00	0,00	30.000,00	0,00
BLGES – INCENTIVO FINANCEIRO AOS SERVIÇOS RESIDÊNCIAIS TERAPÊUTICOS (PI)	0,00	0,00	20.000,00	50.000,00
BLGES – LEITOS DE SAÚDE MENTAL FHEMIG	0,00	0,00	0,00	24.000,00
BLGES – INCENTIVO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (PI) – RSM-RSME – Mostra Queira ou Não Estamos Ai!	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA – OUVIDORIA REGIONAL	0,00	39.592,40	59.184,60	0,00
CONVSA – INCENTIVO ÀS	0,00	8.000,00	4.800,00	0,00

AÇÕES DO CONTROLE SOCIAL				
CONVSA – EQUIPAMENTOS CAPS AD III	0,00	50.000,00	0,00	0,00
CONVSA – EQUIPE DE REGULAÇÃO/COMPLEXO REGULADOR	45.000,00	49.000,00	110.000,00	0,00
CONVSA – CONSTRUÇÃO UBS PIRES DA LUZ	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA – CONSTRUÇÃO UBS SCHIAVON	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA – CONSTRUÇÃO UBS SÃO JOSE/SANTA EDWIGES	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA – PROTOCOLO DE MANCHESTER	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA – CONVENIO EQUIPAR UBS	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA – SISVAN	0,00	17.000,00	0,00	0,00
CONVSA – INCENTIVO SAÚDE BUCAL	0	4.729,55	0,00	0,00
CONVSA – RECURSO COMBATE À DENGUE/SES-MG	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA – DENGUE SES-VETORIAL COMBATE	0,00	200.000,00	434.895,50	474.780,48
CONVSA – CONSTRUÇÃO FARMACIA DE MINAS	0,00	127.700,00	0,00	0,00
CONVSA – REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	0,00	0,00	0,00	110.748,52
CONVSA – EMENDA PARLAMENTAR PARA AQUISIÇÃO DE MÉDICAMENTOS BÁSICOS	0,00	0,00	0,00	186.435,82
CONVSA - CAGEP	340.000,00	160.000,00	340.000,00	80.000,00
CONVSA - ENCONTRO DE CONTAS	0,00	0,00	0,00	0,00
PROURGE	455.875,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	9.047.466,14	10.446.485,74	15.241.742,04	14.783.133,637

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS, www.fns.saude.gov.br.

Tabela 111 - Aplicação de recursos em saúde – LC 141/12

	EXERCÍCIO 2013	EXERCÍCIO 2014	EXERCÍCIO 2015	EXERCÍCIO 2016
VALOR (R\$)	22.719.565,05	24.209.329,01	23.739.063,53	23.442.138,28

PORCENTAGEM DO VALOR APLICADO (%)	23,74%	23,53%	22,02%	19,78%
VALOR LEGAL A SER APLICADO (15%)	14.350.623,75	15.429.828,70	16.166.278,30	17.770.507,15
DIFERENÇA (a maior)	8.368.941,30	8.779.500,31	7.572.785,23	5.671.631,13
Fonte: Prefeitura Municipal de Ubá/Sistema Agência de Gestão Fiscal – AGP, módulo contab2, opção 20-2.				

Tabela 112 - Despesas por Vínculo

Vínculo	Exercício 2013	Exercício 2014	Exercício 2015	Exercício 2016
PABFIX	96.193,38	338.074,97	2.296.318,89	3.135.796,87
PABFIX - REQUALIFICAÇÃO DE UBS	82.876,51	66.901,33	135.846,44	65.585,23
PSF/PACS	5.689.889,89	5.385.709,36	2.987.940,48	1.563.828,38
PSAUBU	326.268,22	358.651,09	257.026,31	107.743,07
PMAQ	25.737,81	211.403,80	299.412,36	468.704,15
NASF	16.990,93	411.275,87	513.948,39	512.212,04
PSE	23.949,74	86.021,57	44.347,21	0,00
PSC	242.865,35	250.751,17	146.357,42	281.811,66
NASF - MANUTENÇÃO DA ACADEMIA DA SAUDE	0,00	2.089,58	29.430,00	34.110,00
BLMAC - CEO	189.307,24	211.793,01	181.504,96	237.161,82
CEO/MG	0,00	26.646,03	327.869,14	312.817,86
BLMAC - CEREST	471.207,95	569.621,70	1.348.792,52	1.794.960,63
BLMAC - REDE CEGONHA	28,50	0,00	27.043,46	74.097,83
BLMAC - LRPD	0,00	54.614,33	133.638,60	188.669,84
BLMAC - REDE DE URGENCIA/EMERGENCIA	0,00	1.806.682,62	2.811.030,74	2.203.537,32
BLMAC – QUALIFICAÇÃO DOS LEITOS DE UTI	0,00	0,00	2.532.972,11	1.594.710,88
MAC	829.944,60	939.542,55	655.037,13	907.082,06
FARPOP	108.310,53	1.270,77	0,00	13.957,33
BLAFB – REGIONALIZAÇÃO DA ASSIST. FARMACÊUTICA	0,00	0,00	0,00	207.230,06

PFVISA/VIGISAN	71.588,96	8.572,32	174.549,99	133.412,57
PFVS - PISO FIXO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	501.954,99	954.758,48	1.503.976,83	912.310,42
PVVS - QUALIFICAÇÃO DE AÇÕES DA DENGUE	49.713,26	42.852,77	109.017,85	0,00
PVVS-IMUNIZAÇÃO/INFORMATIZAÇÃO DAS SALAS DE VACINA	40.935,05	38.807,58	26.577,10	8.818,86
PROJETO DANT	20.604,93	5.477,23	22.814,36	27.164,19
VGS-FORTELECIMENTO DAS VIGILANCIAS	10.556,77	34.070,85	25.744,61	33.404,70
BLINV - AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS CAPS	0,00	0,00	0,00	0,00
BLINV - CONSTRUÇÃO DA ACADEMIA DA SAÚDE PELUSO	23.869,74	75.904,28	0,00	0,00
BLINV - CONSTRUÇÃO DA ACADEMIA DA SAÚDE EL DORADO	0,00	0,00	0,00	23.565,93
BLINV-INFORMATIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE	0,00	34.288,78	92.897,48	35.723,41
BLINV – CONSTRUÇÃO DO CER	0,00	0,00	0,00	0,00
BLGES – IMPLANTAÇÃO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	0,00	0,00	0,00	4.985,95
BLGES-IMPLANTAÇÃO CAPS AD III	0,00	0,00	8.150,00	301.164,06
BLGES – PERVCURSO FORMATIVO	0,00	84.256,15	131.292,13	102.179,57
BLGES – PROJETO LUZ, CÂMERA, CAPS, AÇÃO	0,00	0,00	25.403,17	24.720,54
CONVSA - OUVIDORIA REGIONAL	0,00	0,00	55.079,32	49.674,12
CONVSA – CONTROLE SOCIAL	0,00	0,00	0,00	1.196,04
CONVSA – EMENDA PARLAMENTAR – MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,00	0,00	0,00	113.216,48
CONVSA – REGIONALIZAÇÃO DA ASSIT. FARMACÊTICA	0,00	0,00	0,00	24.956,46
CONVSA - EQUIPAMENTOS CAPS AD III	0,00	49.578,92	0,00	0,00
CONVSA – EQUIPE DE REGULAÇÃO/COMPLEXO REGULADOR	0,00	16.239,00	53.893,40	151.233,79
CONVSA – SAUDE BUC. ATENÇÃO PRIMÁRIA	0,00	0,00	0,00	4.880,76
CONVSA – IMPLANTAÇÃO SERVIÇO RES. TERAPÊUTICO	0,00	0,00	0,00	10.133,47
CONVSA - CONSTRUÇÃO UBS PIRES DA LUZ	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA - CONSTRUÇÃO UBS SCHIAVON	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA - CONSTRUÇÃO UBS SÃO JOSE/SANTA EDWIGES	0,00	70.758,07	102.909,81	0,00

CONVSA - PROTOCOLO DE MANCHESTER	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA - CONVÊNIO EQUIPAR UBS	31.445,00	53.555,00	0,00	0,00
CONVSA - SISVAN	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVSA - RECURSO COMBATE À DENGUE/SES-MG	739,18	2.669,90	58,90	0,00
CONVSA - DENGUE SES-VETORIAL COMBAT	0,00	0,00	284.779,03	623.921,95
CONVSA - CONSTRUÇÃO FARMACIA DE MINAS	0,00	52.161,98	56.363,10	23.145,66
CONVSA - CAGEP	374.106,07	160.887,04	320.378,54	80.638,45
CONVSA - ENCONTRO DE CONTAS	84.628,84	55.793,22	407,88	0,00
PROURGE	429.094,83	29.973,23	0,00	0,00
CIRURCIAS ELETIVAS	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	9.742.808,27	12.491.654,55	17.722.401,78	16.394.464,41

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS, www.fns.saude.gov.br.

Gráfico 53 - Receitas por vínculo

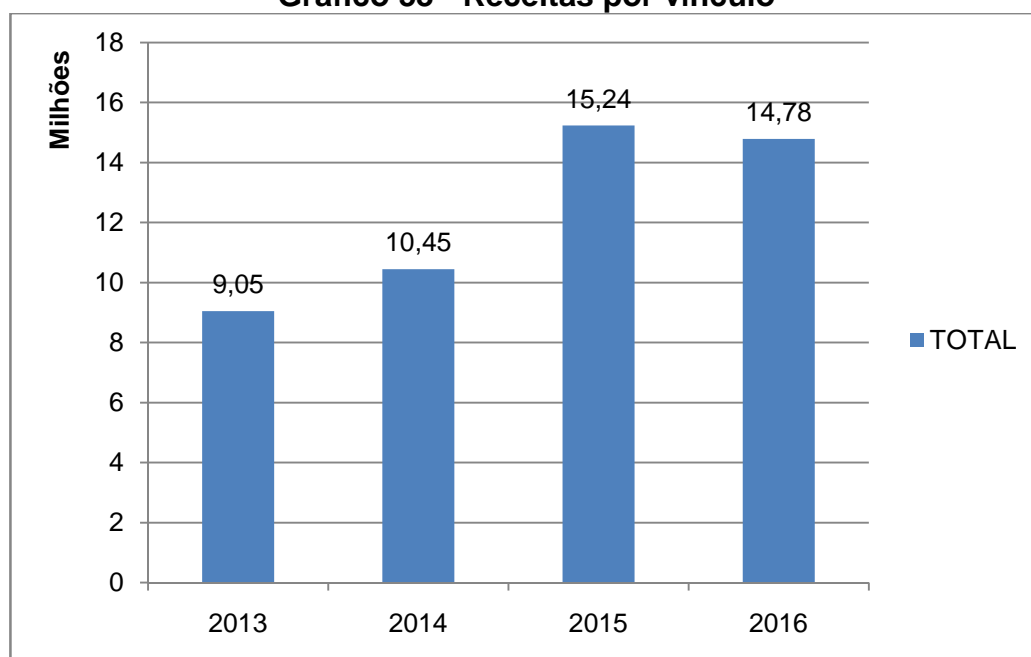
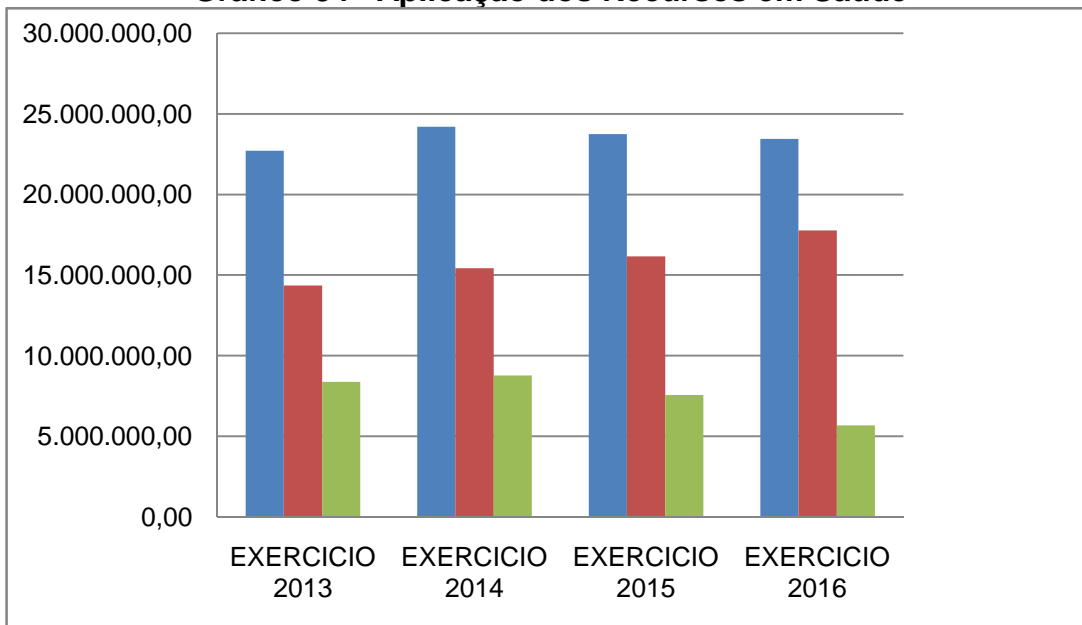
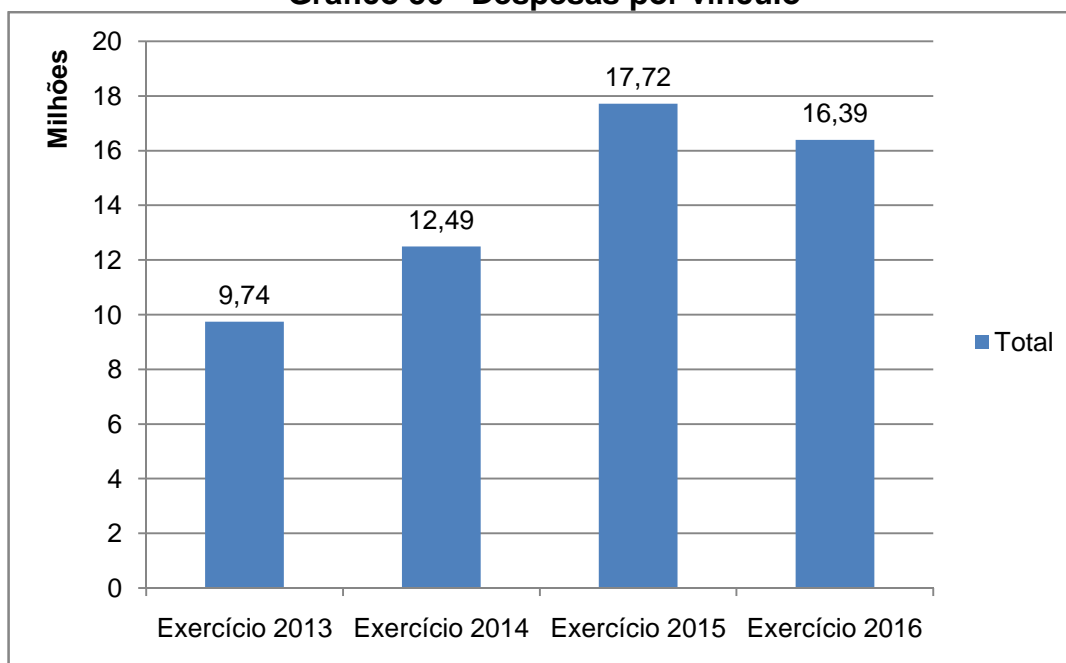


Gráfico 54– Aplicação dos Recursos em Saúde**Gráfico 55– Percentual de Aplicação em Saúde – LC 141/12****Gráfico 56– Despesas por vínculo**

8.1.2 Regulação do SUS

O Serviço Municipal de Regulação em Saúde, denominado dentro da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde como Seção de Controle e Avaliação, tem por finalidade coordenar a formulação, implantação e implementação das atividades de Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Vale destacar que em razão da Gestão de Saúde Municipal ser Atenção Básica, a regulação dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e/ou hospitalar, atua apenas como interveniente ao processo de contratação dos serviços.

Assim, a Seção de Controle e Avaliação de Ubá atua da seguinte forma:

- a) Controle e regulação das ações, serviços bem como o teto financeiro das unidades conveniadas ao SUS;
- b) Monitoramento e acompanhamento dos serviços prestados pelos prestadores próprios, contratados e conveniados ao SUS;
- c) Realização de estudo de viabilidade com vistas ao credenciamento e habilitação de serviços de saúde;
- d) Acompanhar a alimentação de dados dos sistemas de informações de saúde – SIS;
- e) Verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população;
- f) Avaliações múltiplas a partir de relatórios de faturamento enviados pelos conveniados atendendo às necessidades de quantificação de ações;
- g) Orientação quanto ao funcionamento do sistema SUS aos conveniados;
- h) Apuração de denúncias e encaminhamento;
- i) Prestação de contas referentes à produção dos serviços contratados/conveniados;
- j) Controle de emissão de numeração Autorização de Internação Hospitalar – AIH manual, Campanha/Mutirão;
- k) Autorização, faturamento e processamento de Laudos de Autorização de Procedimentos de Alto Custo – APAC;
- l) Apuração dos dados enviados pelo Ministério da Saúde referentes aos valores apurados no faturamento público e conveniado;

- m) Confecção do relatório de pagamento e envio para conferência e pagamento pelo FMS;
- n) Atendimento geral ao usuário;
- o) Definição de cotas físico-financeiras e distribuição das guias de exames complementares para as Unidades Básicas de Saúde;
- p) Autorização de Exames Complementares e especializados de média e alta complexidade eletivos para os munícipes de Ubá;
- q) Regulação, autorização e distribuição das guias de Exames complementares e especializados de média e alta complexidade da microrregião de Ubá realizados neste município;
- r) Operação do Sistema SUS-FÁCIL Hospitalar SUS junto às unidades hospitalares locais bem como às referências intermunicipais;
- s) Autorização e regulação AIH's Eletivas e Urgência/Emergência;
- t) Controle de teto das AIH/s Eletivas;
- u) Consolidação do quantitativo físico das autorizações realizadas via Sistema SUS-FÁCIL;
- v) Avaliação de laudos para emissão de AIH;
- w) Avaliação do movimento das internações;
- x) Manutenção e processamento do SIA/SUS;
- y) Acompanhamento, manutenção e processamento da FPO – Ficha de Programação Orçamentária;
- z) Acompanhamento, manutenção e processamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (Alterações e transmissão);
- aa) Processamento do RAAS – Registro de Ação Ambulatorial de Saúde;
- bb) Conferência e processamento das produções ambulatoriais das unidades públicas de saúde municipais;
- cc) Recebimento do faturamento das unidades conveniadas;
- dd) Arquivo de todos os documentos inerentes à Regulação Municipal;
- ee) Promover glosas de procedimentos irregulares e sua consolidação final;
- ff) Realização do Cadastro Nacional de Saúde e emissão do Cartão SUS para os munícipes de Ubá;
- gg) Transmissão de dados para DATASUS e verificação/correção de erros no sistema.

- hh) Regulação e agendamento das Cirurgias e Exames Especializados de Média e Alta Complexidade de Oftalmologia para Ubá e região;
- ii) Acompanhamento e controle do teto físico-financeiro da Programação Pactuada Integrada – PPI (programado x executado);
- jj) Marcação/agendamento de consultas e exames pactuados com referências intermunicipais de acordo com a PPI;
- kk) Marcação/agendamento de cirurgias ambulatoriais pactuados com referências intermunicipais de acordo com a PPI;
- ll) Marcação/agendamento, regulação de exames e cirurgias de Alta Complexidade da Microrregião de Ubá;
- mm) Emissão de passagens de ônibus aos usuários do SUS e, se necessário, a seus acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem;
- nn) Emissão de Ajuda de custo aos usuários do SUS e, se necessário, a seus acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem.

8.1.2.1 Programação Pactuada Integrada

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde - PPI é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, que deve estar de acordo com o processo de planejamento, onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada município, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A PPI é Pactuada à medida que as referências tem de ser negociadas.

A PPI é Integrada com as Ações de Vigilância em Saúde.

Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Os principais objetivos do processo de Programação Pactuada e Integrada são:

- a) Buscar a equidade de acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

- b) Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde;
- c) Definir que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios;
- d) Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;
- e) Dar transparência aos Pactos Intergestores resultantes do processo da PPI da Assistência e assegurar que estejam explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso (PT GM nº 1.097 de 22/05/06).

As principais Diretrizes da PPI são:

- a) A programação é realizada prioritariamente por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade;
- b) A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação do sistema o SIS-PPI, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- c) A programação da assistência deve buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;
- d) O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;
- e) A Programação deve ser realizada a cada gestão de governo, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro;
- f) A Programação Pactuada e Integrada deve subsidiar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde;
- g) A Programação Pactuada e Integrada deve ter relação com o desenho da regionalização da saúde.

Por fim, a Programação Pactuada e Integrada - PPI representa um dos momentos do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde que agrega tanto funções de alocação de recursos, quanto de reorganização das redes de

atenção à Saúde, dando concretude às diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e instrumentos gerais de planejamento: Planos de Saúde, Planos Plurianuais e outros.

Para possibilitar a montagem da rede de serviços, é necessário integrar toda a oferta do setor público e incorporar serviços em caráter complementar, quando houver insuficiência ou inexistência na rede pública. Assim a PPI constitui-se num importante recurso capaz de instrumentalizar e apontar a quantidade e diversidade de serviços a serem contratados, a sua localização e os fluxos de referência e contra referência.

Para que a PPI seja efetivada deve estar integrada a outros mecanismos de regulação de acesso aos serviços de saúde, bem como o controle e avaliação dos mesmos.

Tabela 113 - Principais referências de Média Complexidade do município de Ubá

Município de Atendimento	Tipo de Procedimentos	Quantidade/ano	Valor/ano
Belo Horizonte	Consultas/Cirurgias, procedimentos de média complexidade	3.188	80.162,31
Juiz de Fora	Consultas/Cirurgias, procedimentos de média complexidade	3.097	172.772,78
Muriaé	Consultas/Cirurgias, procedimentos de média complexidade	1.401	52.601,22
TOTAL		7.686	305.536,31
Fonte: http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/			

Tabela 114 - Principais referências de Média e Alta Complexidade da Microrregião de Ubá

Procedimento	Quantidade/Ano	Valor/Ano
OPM oftalmológicas	466	13.048,00
OPM em gastroenterologia	24	191,04
OPM em urologia	7.237	57.607,24
TOTAL	7.727	70.846,28
<i>*OPMs reguladas via SES/GRS Ex: Prótese Ocular e Bolsa de Colostomia</i>		
Município Atendimento: Alfenas		

Moldagem/Manutenção	32	714,56
Município Atendimento: Belo Horizonte		
Diagnóstico em cardiologia	9	8.187,74
Atendimento/acompanhamento de diagnóstico de doenças endócrinas/metabólicas e nutricionais	41	1.127,50
Acompanhamento em outras especialidades	5	232,65
Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	10	17.471,06
Quimioterapia - procedimentos especiais	7	3.413,09
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	9	40.463,84
Cirurgia do aparelho circulatório	6	69.058,58
Cirurgia do sistema osteomuscular	25	114.975,98
Outras cirurgias	1	5.215,15
TOTAL	113	260.145,59
Município Atendimento: Leopoldina		
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	104	106.165,43
Município Atendimento: Muriaé		
Coleta de material por meio de punção/biópsia	2	1.599,51
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	252	69.442,80
Diagnóstico em cardiologia	47	38.187,20
Acompanhamento em outras especialidades	26	1.080,45
Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico	16	11.447,95
Tratamentos por medicina nuclear in vivo	7	2.097,99
Radioterapia	19.542	761.223,43
Quimioterapia paliativa - adulto	1.497	944.943,83
Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	122	194.145,32
Quimioterapia prévia(neoadjuvante/citorredutora)- adulto	279	344.004,71
Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto	855	233.030,59
Quimioterapia curativa - adulto	132	379.554,71
Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	26	42.231,19
Quimioterapia - procedimentos especiais	345	247.053,94
Medicina nuclear - terapêutica oncológica	1	1.304,71
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	12	45.812,11
Cirurgia do aparelho circulatório	144	853.539,32

Cirurgia do sistema osteomuscular	36	155.348,25
Bucomaxilofacial	17	2.437,46
Outras cirurgias	9	46.936,32
Cirurgia em oncologia	94	190.116,74
OPM de anomalias bucomaxilofaciais	4	2.625,88
TOTAL	23.465	4.568.164,41
Município Atendimento: Ubá		
Diagnóstico por tomografia	1.833	175.414,46
Diagnóstico por ressonância magnética	226	60.738,90
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	70	50.963,82
TOTAL	2.129	287.117,18
Município Atendimento: Varginha		
Quimioterapia paliativa – adulto	2	1.701,35
Quimioterapia para controle temporário de doença – adulto	1	1.044,84
Quimioterapia adjuvante (profilática) – adulto	3	853,21
TOTAL	6	3.599,40
Município Atendimento: Viçosa		
Terapias do aparelho geniturinário	203	34.805,22
Município Atendimento: Juiz de Fora		
Coleta de material por meio de punção/biópsia	23	13.756,25
Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	24	509,29
Diagnóstico por ressonância magnética	226	60.738,91
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	16	5.282,05
Exames radiológicos de vasos sanguíneos e linfáticos	19	3.031,55
Diagnóstico em cardiologia	48	44.949,91
Diagnóstico em neurologia	1	1.532,81
Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia	2.448	104.068,68
Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências	2.436	52.834,80
Acompanhamento em outras especialidades	26	1.245,29
Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico	65	73.119,68
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	435	403.214,99
Tratamento HIV/AIDS	53	9.916,36

Radioterapia	6.913	264.483,08
Quimioterapia paliativa - adulto	1.341	829.083,84
Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	284	192.818,79
Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto	72	95.855,37
Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto	1.111	242.142,45
Quimioterapia curativa - adulto	53	131.501,60
Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	77	135.221,66
Quimioterapia - procedimentos especiais	388	292.219,47
Medicina nuclear - terapêutica oncológica	2	2.160,33
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	96	411.383,32
Cirurgia do aparelho circulatório	139	965.583,55
Cirurgia do sistema osteomuscular	21	97.697,01
Outras cirurgias	14	73.012,05
Cirurgia em oncologia	79	148.018,52
OPM auxiliares da locomoção	148	19.982,32
OPM ortopédicas	157	107.315,15
OPM auditivas	408	268.712,96
Substituição/Troca em órteses/próteses	20	14.758,76
TOTAL	16.917	5.005.411,89
Local de Atendimento: Hemominas		
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	286	2.860,00
Hemoterapia	58	10.902,23
TOTAL	344	13.762,23
Fonte: http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/ em 02/06/2017.		

Tabela 115 - Referências de Média/Alta Complexidade de Ubá

Município de Referência	Especialidade	Estabelecimento de Saúde
Juiz de Fora	Angiologia	Hospital São Vicente de Paulo
	Cardiologia	PAM Marechal Hospital João Penido Santa Casa de Misericórdia Hospital Universitário – HU
	Cardiologia Infantil	Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente

		Maternidade Therezinha de Jesus
	Cirurgia Cabeça e Pescoço	PAM Marechal Instituto Oncológico
	Cirurgia Geral	Hospital Universitário – HU Hospital João Penido
	Cirurgia Infantil	Maternidade Therezinha de Jesus Hospital João Penido
	Cirurgia Bariátrica	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
	Dermatologia Infantil	Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente
	Dermatologia	Hospital Universitário PAM Marechal João Penido
	Endocrinologia	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
	Gastroenterologia	Maternidade Therezinha de Jesus PAM Marechal
	Hematologia	Hospital Universitário
	Hepatologia	Hospital Universitário Maternidade Therezinha de Jesus
	Mastologia	PAM Marechal João Penido Ascomce Hospital Universitário Oncológico
	Nefrologia	Hospital Universitário PAM Marechal CTDR Santa Casa
	Nefrologia Infantil	Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente
	Neurologia Infantil	Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente
	Neurologia	PAM Marechal Hospital Universitário Hospital são Vicente de Paulo Maternidade Therezinha de Jesus
Juiz de Fora	Neurocirurgia	Santa Casa
	Ortopedia Infantil	Santa Casa João Penido
	Ortopedia	PAM Marechal Santa Casa Hospital Universitário Maternidade Therezinha de Jesus
	Oftalmologia	Acispes Associação dos Cegos Hospital Universitário
	Otorrinolaringologia Clínica	PAM Marechal
	Otorrinolaringologia Cirúrgica	Hospital Universitário João Penido
	Pneumologia Infantil	Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente

	Pneumologia	Hospital Universitário Oncológico PAM Marechal
	Psiquiatria Infantil	João Penido
	Proctologia	PAM Marechal Hospital Universitário Maternidade Therezinha de Jesus
	Reumatologia	PAM Marechal
	Urologia Infantil	Hospital Universitário (Viva Vida)
	Urologia	Oncológico PAM Marechal João Penido Hospital Universitário
Muriaé	Cardiologia, Cirurgia Geral	Marcações feitas via Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé
	Dermatologia	
	Oftalmologia	
	Ortopedia	
	Pneumologia	
	Proctologia	
	Reumatologia	
	Urologia	
Belo Horizonte	Cardiologia	Hospital Universitário São José PAM Campos Salles
	Cirurgia Cabeça e Pescoço	PAM Sagrada Família
	CIRURGIA INFANTIL	PAM Sagrada Família PAM Padre Eustáquio Hospital Universitário São José Centro de Especialidades Médicas (Santa Casa)
	CRÂNIO FACIAL	Hospital da Baleia
	DERMATOLOGIA	Eduardo de Menezes Hospital das Clínicas
	ENDOCRINOLOGIA	Hospital Universitário São José PAM Campos Salles Centro de Especialidades Médicas
	GENÉTICA	Hospital das Clínicas
	Hematologia	PAM Padre Eustáquio PAM Campos Salles Centro de Especialidades Médicas Unifenas Odilon Behrens
	Hepatologia	Hospital das Clínicas
	Neurocirurgia	Hospital das Clínicas Centro de Especialidades Médicas Félicio Rocho
	Neurologia Infantil	PAM Saudade

	Neurologia	Felício Rocho PAM Campos Salles Centro de Especialidades Médicas
	Oftalmologia	Santa Casa Hospital das Clínicas (São Geraldo) Centro Oftalmológico Instituto de Olhos (Hospital Universitário São José) Fundação Hilton Rocha
	Ortopedia Infantil	Hospital Universitário São José Hospital da Baleia Odilon Behrens
	Ortopedia	PAM Padre Eustáquio Hospital da Baleia Hospital Nossa Senhora Aparecida Hospital das Clínicas PAM Saudade PAM Campos Salles Centro de Especialidades Médicas Hospital São Francisco de Assis
	Otorrinolaringologia	Hospital das Clínicas Policlínica Centro Sul
Belo Horizonte	Reprodução Humana	PAM Sagrada Família (Hospital das Clínicas)
	Urologia	Hospital das Clínicas, Hospital Evangélico
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle e Avaliação/TFD, Ubá/MG.		

Tabela 116 - Outras referências de Média/Alta Complexidade de Ubá

Município	Procedimento
Sorocaba/SP	Ceratocone
	Transplante de córnea
Bauru/SP	Fenda Palatina
	Lábio Leporino
	Anomalia crânio facial
Belo Horizonte/MG	Visão subnormal
	Tumor orbital
	Plástica ocular
	Globo ocular
	Retina
	Hospital Sarah (Rede)
	Glaucoma
Oncologia	

	Transplante
São Paulo/SP	Oncologia
	Sono
	Epilepsia
	Ortopedia (AACD) e infantil
	Neurologia Infantil
	Transplante
Rio de Janeiro/RJ	Oncologia
	Oftalmologia
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Seção de Controle e Avaliação/TFD, Ubá/MG.	

O município de Ubá é polo da Região de Saúde com o mesmo nome, formada por 20 municípios, em torno de 300 mil habitantes e faz parte da Região de Saúde da Macrorregião Sudeste.

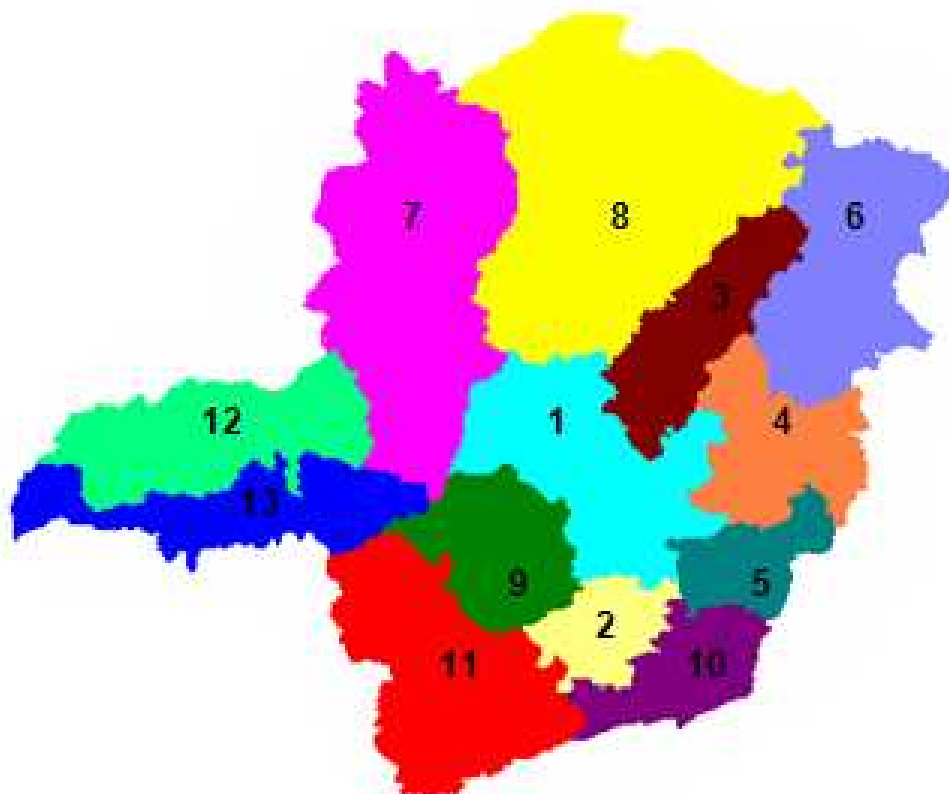
Sua rede assistencial de saúde atende não só sua região de saúde, mas também em torno de 28 municípios via PPI e outros pela porta ambulatorial da Rede de Urgência/Emergência - RUE ou encaminhados via Sistema SUS-Fácil.

Ilustração 5 – Mapa da Microrregião de Ubá



Ilustração 6 – Mapa das Macrorregiões de Minas Gerais

- 1) Centro (Belo Horizonte)
- 2) Centro Sul (Barbacena)
- 3) Jequitinhonha (Diamantina)
- 4) Leste (Governador Valadares/Ipatinga)
- 5) Leste do Sul (Ponte Nova)
- 6) Nordeste (Teófilo Otoni)
- 7) Noroeste (Patos de Minas)
- 8) Norte (Montes Claros)
- 9) Oeste (Divinópolis)
- 10) Sudeste (Juiz de Fora)
- 11) Sul (Alfenas/Pouso Alegre/
Poços de Caldas/Passos/Varginha)
- 12) Triângulo do Norte (Uberlândia)
- 13) Triângulo do Sul (Uberaba)



8.1.2.2 Tratamento Fora do Domicílio – TFD

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que

visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva.

8.1.2.3 Rede Assistencial de Saúde

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Dessa definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde:

- a) Apresentam missão e objetivos comuns;
- b) Operam de forma cooperativa e interdependente;
- c) Intercambiam constantemente seus recursos;
- d) São estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente;
- e) Implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário;
- f) Convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas;
- g) Funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde;

- h) Prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis;
- i) Focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde;
- j) Têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população;
- k) Geram valor para a sua população.

Da definição operacional de redes adotada, fica claro que ela se aproxima, conceitualmente, da estrutura em redes que implica missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto e que se distancia da concepção de *networking* que conota interações informais fortemente impulsionadas pelas tecnologias de informação.

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Com vistas a caminhar na direção de uma organização de Rede, faz-se preliminarmente necessário conhecer a rede local e regional de saúde, contemplando os serviços ofertados (próprios e contratados), assim como sua capacidade instalada, conforme demonstrado a seguir:

Tabela 117 - Quantitativos de unidades por tipo de prestador

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Polo Academia da Saúde	1	0	0	0	1
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II	1	0	0	0	1
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Alcool e Outras Drogas	1	0	0	0	1
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	19	0	0	0	19
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	0	0	0	1
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	2	0	48	0	50
Consultório isolado	0	0	54	0	54
Farmácia	1	0	1	0	2
Hospital Geral	1	2	1	0	4
Laboratório de Saúde Pública	1	0	0	0	1
Policlínica	1	0	0	0	1
Posto de Saúde	4	0	1	0	5

Secretaria de Saúde	1	0	0	0	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia	1	0	9	1	11
Unidade de Vigilância em Saúde	1	0	0	0	1
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar de Urgência/Emergência.	2	0	0	0	2
Total	38	2	114	1	155
Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp , em 28/04/2017					

Tabela 118 - Quantitativos de Unidades por tipo de habilitação

Habilitação	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Centro de especialidades Odontológicas	1	0	0	1
Caps II	0	0	1	1
Caps AD III	0	0	1	1
Cuid. Prolong. Enferm. cardiovasculares	1	0	0	1
Cuid. Prolong. Enferm. neurológicas	1	0	0	1
Cuid. Prolong. Enferm. Osteomusc./tec. Conjunt.	1	0	0	1
Ref. Hosp. Atend. Secund. Gestante de alto risco	1	0	0	1
Unidade assist. alta complexidade nefrologia	0	1	0	1
Unid. Assist. alta complex.nutricional	3	0	0	3
Centro ref. Terap. Nutricional Enteral	1	0	0	1
Centro ref. Terap. Nutricional Enteral e Parenteral	2	0	0	2
UTI II adulto	3	0	0	3
UTI II pediátrica	1	0	0	1
Total	15	1	2	18
Fonte: TABNET em 28/04/2017				

Tabela 119 - Quantitativos físicos de equipamento por tipo de unidade

Equipamento	ESF- Centro de Saúde/Unidade Básica	Atenção Secundária/Clinica Especializada/ Ambulatório Especializado	Consultório Isolado	Hospital Geral	Policlínica	Posto de Saúde	Unidade de Diagnose	Unidade Móvel Urg/Emerg.	Total
Equipamentos de Diagnóstico por imagem									
Gama Câmara	0	2	0	2	0	0	0	0	4
Mamógrafo com Comando Simples	0	3	0	2	0	0	0	0	5
Mamógrafo c/Estereotaxia	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Raio X até 100 mA	0	0	2	4	0	0	0	0	6
Raio X de 100 a 500 mA	0	2	0	11	0	0	0	0	13
Raio X mais de 500mA	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Raio X Dentário	0	5	3	1	0	1	0	0	10
Raio X com Fluoroscopia	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Raio X para Densitometria Óssea	0	1	0	3	0	0	0	0	4
Raio X para Hemodinâmica	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tomógrafo Computador.	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Ressonância Magnética	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Ultrassom Doppler Colorido	0	7	0	6	0	0	0	0	13
Ultrassom Ecógrafo	0	3	0	2	0	0	1	0	6
Ultrassom Convencional	0	10	1	5	0	0	0	0	16
Processadora de filme exclusivo para mamografia	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Mamógrafo Computadorizado	0	0	0	1	0	0	0	0	1

Equipamentos de infraestrutura									
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	0	21	11	166	0	0	2	0	200
Grupo Gerador	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Usina de Oxigênio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endoscópio das Vias Respiratórias	0	3	0	1	0	0	0	0	4
Endoscópio das Vias Urinárias	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Endoscópio Digestivo	0	7	3	7	0	0	0	0	17
Equipamentos para Optometria	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Laparoscópio/Vídeo	0	0	0	5	0	0	0	0	5
Microscópio Cirúrgico	0	2	0	5	0	0	0	0	7
Equipamentos por métodos gráficos									
Eletrocardiógrafo	1	9	0	17	1	0	1	1	30
Eletroencefalógrafo	0	1	0	2	1	0	0	0	4
Equipamentos de manutenção da vida									
Bomba de Infusão	0	5	0	175	0	0	0	1	181
Berço Aquecido	0	0	0	10	0	0	0	1	11
Desfibrilador	0	7	0	18	0	0	0	2	27

Equipamento de Fototerapia	0	0	0	13	0	0	0	1	14
Incubadora	0	0	0	18	0	0	0	0	18
Marcapasso Temporário	0	0	0	3	0	0	0	1	4
Monitor de ECG	0	9	0	63	0	0	0	1	73
Monitor de Pressão Invasivo	0	0	0	7	0	0	0	0	7
Monitor de Pressão Não-Invasivo	1	12	9	21	0	0	0	1	45
Reanimador Pulmonar/AMBU	0	8	2	72	0	0	0	9	91
Respirador/Ventilador	0	2	1	31	0	0	0	1	35
OUTROS EQUIPAMENTOS									
Aparelho de Diatermia por US/ondas curtas	0	36	2	6	0	0	1	0	45
Aparelho de Eletroestimulação	0	34	3	9	0	0	0	0	46
Bomba de Infusão de Hemoderivados	0	0	0	119	0	0	0	0	119
Equipamento p/ Hemodiálise	0	0	0	5	0	0	0	0	5
Forno de Bier	0	4	1	1	0	0	0	0	6
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA									
Equipo Odontológico Completo	10	14	13	2	0	1	8	0	48
Compressor Odontológico	0	5	10	1	0	0	1	0	17

Fotopolimerizador	0	7	15	1	0	0	2	0	25
Caneta de Alta Rotação	0	21	21	2	0	0	2	0	46
Caneta de Baixa Rotação	0	21	16	1	0	0	2	0	40
Amalgamador	0	5	8	1	0	0	0	0	14
Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	0	5	11	1	0	0	0	0	17
Equipamentos de Audiologia									
Audiômetro de um Canal	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Cabine Acústica	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/ TABNET, em 28/04/2017									

Tabela 120 - Laboratórios de Análises Clínicas

Estabelecimento	CNES	Gestão
Jose Cláudio Honorato & Cia Ltda.	5974828	E e M
LABORATEC Análises Clínicas	2760312	E e M
Laboratório Beker	2148331	E e M
Laboratório de Análises Clínicas Louis Paster de Piraúba Ltda.	3061086	E e M
LACOR	2759624	E e M
Casa de Saúde Padre Damião	2195429	E
Hospital Santa Isabel	2195437	E e M
Hospital São Vicente de Paulo de Ubá	2760703	E e M
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, http://cnes.datasus.gov.br/, em 28/04/2017		

Tabela 121 - Clínicas Fisioterápicas

Estabelecimento	CNES	Gestão
Centro Integrado de Saúde – CIS	3940306	M
CLIFIU – Clínica de Fisioterapia de Ubá	2763311	M
CLIREFE – Clínica de Reabilitação e Fisioterapia	2148587	M
FISIOCENTER	3061116	M
IOF Instituto de Ortopedia e Fisioterapia	3940292	M
SER NATURAL TERAPIAS INTEGRATIVAS	6282245	M
Hospital São Vicente de Paulo de Ubá	2760703	E e M
Hospital São Januário	2764865	E e M
FISIO CARE FISIOTERAPIA S S LTDA	7428073	M
Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho	2148846	M
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, http://cnes.datasus.gov.br/, em 28/04/2017		

Tabela 122 - Serviços de Imagens (USG, RX, RNM, TC, Mamografia)

Estabelecimento	CNES	Gestão
ULTRAMED	3050017	M
Clínica Mais Imagem Ltda.	6782167	M
Hospital Santa Isabel	2195437	E e M
Casa de Saúde São Januário	2764865	E e M
Hospital São Vicente de Paulo de Ubá	2760703	E e M
Casa de Saúde Padre Damião	2195429	E e M

Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região - SIMSAÚDE	7339879	M
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, http://cnes.datasus.gov.br/, em 28/04/2017		

Tabela 123 - Serviço de Diálise (SUN)

Estabelecimento	CNES	Gestão
SUN – SERVIÇO UBAENSE NEFROLOGIA LTDA	2776189	E
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, http://cnes.datasus.gov.br/, em 28/04/2017		

8.1.2.4 Sala de Situação em Saúde

Enfrentar as questões de saúde exige das autoridades, gestores e técnicos, conhecer a realidade, focalizar as políticas públicas com planejamentos e decisões racionais para priorizar esse ou aquele tipo de ação, e que tenham a maior efetividade e eficiência no uso dos escassos recursos do setor para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Estas decisões devem ser tomadas com base em informações abrangentes, confiáveis e atualizadas. Porém, na área de informações em saúde, no Brasil, identificamos múltiplos sistemas de informação desarticulados, com níveis de cobertura e oportunidade não homogêneos (OPAS, 1998).

Para isto a Sala de Situação é concebida como um processo contínuo de articulação de quatro tipos de atividades:

- a) Coleta, tabulação e processamento de dados, produzindo planilhas de indicadores e gráficos;
- b) Análise e comparação de dados;
- c) Avaliação de problemas, intervenções e tomada de decisões;
- d) Divulgação das informações para retroalimentar o sistema de saúde e permitir o controle social.

São, também, finalidades do processo de implantação da sala de situação, a transferência de tecnologia informacional e a criação de grupos de trabalho com profissionais de planejamento, epidemiologia e informática para a análise da situação (BSF, 2000).

A Sala de Situação permite a realização de estudos descritivos da situação de saúde de um estado, microrregião, município e até do espaço-população de abrangência de uma unidade de saúde.

Para isso são utilizados dados e informações agregados sobre a população da área referente ao ano de interesse.

Para a construção dos indicadores a sala de situação utiliza dados secundários provenientes dos sistemas de informações em saúde de base nacional, como o SIM, SINASC, SINAN, SIS-PNI, SISCAN, SISPRENATAL, E-SUS, SIA/SUS, SIH/SUS, e SIOPS, entre vários outros existentes além de dados demográficos provenientes do IBGE.

Com a utilização dos parâmetros publicados, na Portaria 1.101 de 12/06/2002, pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e, na ausência destes, de médias estaduais levantadas pelos autores, os indicadores são cotejados e avaliados conforme seu afastamento ou não dos referidos parâmetros.

Por fim, a Sala de Situação em Saúde mostra-se um excelente instrumento para identificar situações preocupantes e problemas de saúde da população, além de evidenciar alguns bons resultados já alcançados através das intervenções realizadas. Possibilitará, ainda, a identificação de tendência através do acompanhamento trimestral ou mensal dos indicadores de saúde. É, também, importante ressaltar sua capacidade de detectar fragilidades dos sistemas de informações em saúde - SIS, ao colocar lado a lado dados referentes ao mesmo evento e provenientes de diferentes fontes.

Com a utilização da sala de situação, possivelmente, teremos melhores resultados e impactos da aplicação das políticas públicas de saúde, e a possibilidade de aprimorar os SIS, pois a abrangência, oportunidade e confiabilidade das informações destes sistemas só serão atingidas quando os mesmos forem regularmente utilizados, questionados, melhorados e valorizados.

Sendo o Controle Social uma das premissas básicas do Sistema Único de Saúde - SUS e, seu principal locus de exercício o Conselho de Saúde, a Sala de Situação torna-se uma importante ferramenta de democratização da informação em saúde, propiciando uma participação mais efetiva e de melhor qualidade dos conselheiros, principalmente dos representantes dos usuários.

Além da disponibilização das informações, o processo de implantação da Sala de Situação potencializará a reorganização de todos os níveis de atenção à

saúde, e, evidenciando o quanto os dados e informações, cuja fonte é o próprio município, não são por ele consolidadas e muito menos analisadas.

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde, alimenta os seguintes Sistemas de Informações - SIS:

- a) Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM;
- b) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC;
- c) Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN;
- d) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização – SI-PNI;
- e) Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISÁGUA;
- f) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS;
- g) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- h) Cadastro Nacional de Usuário do SUS – CADSUS WEB;
- i) Sistema de Informações em Orçamento Público em Saúde – SIOPS;
- j) Sistema de Informação da Atenção Básica – E-SUS AB;
- k) Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue – SISFAD;
- l) Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança – SISPRENATAL;
- m) Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional – SISVAN;
- n) Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas – GEICOM.

8.2 Apoio Institucional

Divisão criada pelo Decreto nº. 5027, de 01/03/2010, com finalidade de prestar assistência jurídica à todos os Setores da Secretaria Municipal de Saúde, porém, tendo como atividade principal a execução e acompanhamento das decisões judiciais decorrentes do Processo de Judicialização da Saúde.

Judicialização da Saúde é a busca do Poder Judiciário, como última alternativa, para obtenção de medicamentos, suplementos alimentares, insumos, exames, cirurgias, próteses, transferências hospitalares e quaisquer tratamentos inexistentes no Sistema Único de Saúde (SUS) ou existentes mas, com oferta menor do que a demanda, ou, ainda, aqueles cuja urgência do caso não permite aguardar o fluxo existente para o serviço.

Tal busca decorre da incapacidade do sistema público de saúde em efetivar a contento o Direito à Saúde garantido à todas as pessoas pela Constituição Federal de 1988, transformando o Judiciário na alternativa de muitos para obtenção do “tratamento de saúde” que necessitam.

Assim o que deveria ser uma exceção, tem se tornado uma regra cada vez mais freqüente em nosso cotidiano, pois como observa-se nas tabelas 124 e 125, a seguir, a intervenção do judiciário na saúde publica tem sido cada vez maior e mais frequente. Muitas vezes sem nenhum critério técnico, desconsiderando por completo a existência das diretrizes que regem o SUS, as legislações vigentes em saúde e a divisão de competência por esfera governamental, de modo que os gastos com o cumprimento de decisões judiciais consomem, cada vez mais, percentuais consideráveis do orçamento total da saúde, podendo causar graves desequilíbrios no orçamento e nas finanças do Município.

Nessa esteira, a Divisão de Apoio Institucional atua em duas frentes principais:

- Auxilia a Procuradoria Geral do Município com o fornecimento de informações técnicas (fluxos, tabelas, regramentos e etc.) sobre o funcionamento do SUS, sobre fármacos, suplementos, insumos, exames e procedimentos, pleiteados através de ações judiciais, para subsidiar tecnicamente a defesa do Município em juízo;
- Executa de forma correta e ágil todas as decisões judiciais em saúde proferidas em face do Município, respeitando os princípios que regem a Administração Pública, atrelando sempre ao cumprimento das decisões o binômio *da melhor técnica pelo menor preço*, buscando cumpri-las dentro do prazo determinado pela autoridade judiciária ou no menor tempo possível quando este não vem previamente estipulado ou quando o prazo fixado para o cumprimento é exíguo. Posteriormente, efetua, periodicamente, o acompanhamento do transcurso destas ações em Primeira e Segunda Instâncias com o fito de manter ou cessar o cumprimento das ordens, posto que durante o curso processual poderão ser suspensas, alteradas e até mesmo extintas.

Tabela 124 - Condenações Judiciais

Período Registrado na SMS	Condenações Totais
2004 a 2014	776
Quantidade por Situação do Processo	
Em arquivo Ativo	221
Em arquivo Provisório	67
Em arquivo Permanente	488
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Apoio Institucional, Ubá/MG	

Tabela 125 - Condenações em 2013 e 2014

Ano/Qde.	Objeto das Condenações
2013 57	<ul style="list-style-type: none"> • Abrigamento de idoso em Asilo • Fornecimento de medicamentos • Fornecimento de suplementos alimentares • Fornecimento de insumos • Fornecimento de Bomba de Insulina • Fornecimento de sistema fechado de ventilação mecânica • Fornecimento de tratamento fonoaudiológico e fisioterápico domiciliar • Internação Psiquiátrica • Internação compulsória para tratamento de dependência química • Realização de exame de Ressonancia Magnética do Encéfalo, pesquisa de hemorragia subaracnóidea antiga e ressonancia cranioencéfalo de auto campo, controle de AVC hemorrágico • Realização de exame de Cintilografia Miocárdica • Realização de exame de Retinografia e Angiofluoresceinografia • Realização de cirurgia para implante de CDI (cardioversor desfibrilador de câmara única transvenoso) • Realização de cirurgia oftalmológico de Vitrectomia • Realização de cirurgia de Dacriocistorrinostomia • Realização de transferência hospitalar • Realização de avaliação psiquiátrica e tratamento ambulatorial
2014 74	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento psicossocial • Acompanhamento psicológico e inclusão de todo o grupo familiar nos serviços assistenciais do município • Fornecimento de Oxímetro de Pulso portátil • Fornecimento de medicamentos • Fornecimento de suplementos alimentares

		<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de insumos • Internação compulsória para tratamento de dependência química • Realização de exame Sangue de amônia; Ressonância nuclear encefálica com contraste e anestesia espectroscopia; • Realização de cirurgia Oftalmológica - Facectomia • Realização de cirurgia Ortopédica de Joelho • Realização de cirurgia Cardíaca para implante de Marca Passo • Realização de cirurgia do Plexo Vascular Nervoso e Osteosíntese • Realização de Tratamento médico especializado em Saúde Mental (avaliação e internação psiquiátrica) • Transporte para realização de exame de DNA em Belo Horizonte • Remoção de pessoa idosa para o Asilo São Vicente de Paulo • Realização de Avaliação Neurológica • Transferência hospitalar para realização de cirurgia de alta complexidade
2015	67	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento pela ESF de Referência • Acompanhamento psicológico • Acompanhamento psiquiátrico • Acompanhamento multiprofissional em domicílio • Acompanhamento multiprofissional • Avaliação médica • Avaliação psiquiátrica • Consulta especializada com neurocirurgião • Fornecimento de fraldas geriátricas • Fornecimento de bolsa coletora de urostomiocoloplast • Fornecimento de medicamentos • Fornecimento de Suplementos Alimentares • Fornecimento de insumos • Realização de cirurgia lombar • Tratamento fisioterápico domiciliar • Tratamento médico • Tratamento de dependência química • Tratamento psiquiátrico • Transferência Hospitalar e tratamento da patologia
2016	65	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento psicológico • Acompanhamento pela ESF de referência • Avaliação psiquiátrica • Auxiliar na busca e apreensão por devido à denúncia de maus tratos

		<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de Suplementos alimentares • Fornecimento de Insumos • Fornecimento de medicamentos • Prestar informações acerca de pedido de indenização por danos morais • Prestar informações quanto a pedido de indenização por descumprimento de prazo judicial • Realização de cirurgia de Ureterolitotripsia flexível a laser • Realização de cirurgia devido à fratura exposta com perda óssea • Tratamento psicológico • Tratamento psiquiátrico • Transporte para realização de avaliação psiquiátrica • Tratamento fisioterápico devido à síndrome de Guillain Barre • Tratamento fonoaudiólogo • Tratamento de dependência química
<p>Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Apoio Institucional, Ubá/MG</p>		

A Judicialização, não só no Município, mas também no País, veio para ficar e ao que se tem visto não retrocederá quantitativamente, por esta razão é preciso que sejam adotadas certas medidas com o escopo de que ela não vire uma porta de entrada paralela aos serviços de saúde, banalizando os fluxos já existentes, bem como para que não inviabilize a Gestão Municipal no tocante ao sequestro direto de recursos públicos, uma vez que trata-se de despesa não planejadas que implicam em exorbitantes gastos anuais, conforme valores demonstrado a seguir:

- a) Exercício Financeiro 2013 = R\$ 652.170,61
- b) Exercício Financeiro 2014 = R\$ 554.663,60
- c) Exercício Financeiro 2015 = R\$ 509.281,61
- d) Exercício Financeiro 2016 = R\$ 674.028,63

Dada a interferência crescente e ilimitada do Judiciário na administração da saúde pública, faz-se necessário a tomada de medidas urgentes que visem evitar o crescimento de novas demandas, e, por medida de justiça que o Estado arque financeiramente com o custeio das decisões cuja matéria são de sua responsabilidade, tais como tratamento do câncer, tratamentos/procedimentos cirúrgicos de alto custo e medicamento de alto custo.

Para tanto sugerem-se como medidas:

- Promoção de ações de regresso contra o Estado nos processos de sua responsabilidade, seja pela definição da matéria ou por condenação solidária junto com o Município, com o fito de recuperarmos os recursos gastos no cumprimento de tais decisões judiciais;
- Criação de uma Câmara Técnica em Saúde para analisar as solicitações dos usuários, caso a caso, emitindo Relatórios Técnicos que servirão de orientação para o Ministério Público, a Defensoria e o Judiciário, informando-os se o fármaco prescrito é indicado para aquela patologia, se a posologia indicada está correta, se para aquele princípio ativo existe ou não genéricos e similares, se a medicação é aprovada pela ANVISA, se possuem alternativas terapêuticas no SUS, se o exame ou procedimento cirúrgico indicado é o correto para aquele caso, se existem exames/procedimentos menos invasivos e que possibilitem o resultado esperado, bem como se existem no SUS tratamentos alternativos disponíveis;
- Insistir com os magistrados para que a Secretária de Saúde seja ouvida e preste informações técnicas em todas as ações, antes do deferimento das tutelas de urgência.

Além da Judicialização, a Divisão de Apoio Institucional atende a centenas de Ordens Judiciais fundadas no Art. 300 do Provimento nº 161/2006 da Corregedoria Geral de Justiça, o qual dispõe que nas Comarcas do interior, as perícias médico-judiciais, ou exames específicos para as partes processuais de ações que tramitam na Justiça de Primeira Instância, se amparadas pela Justiça Gratuita, deverão ser encaminhadas ao SUS local.

Em razão disto o Município cadastrou, realizou e custeou as perícias, enumeradas a seguir:

Tabela 126 - Perícias Médicas

Intimações Recebidas			
2013	2014	2015	2016
48	314	210	79
Total: 651			
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Apoio Institucional, Ubá/MG			

Esta Divisão também fora responsável pela organização e execução dos Processos Simplificados de Seleção Pública, visando a contratação temporária de pessoal, por excepcional interesse público, para atender as necessidades da Administração, a seguir elencados:

Tabela 127 - Processos Seletivos Simplificados

Processo	Edital	Época
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	01/2013	Abril/2013
Médicos de PSF	02/2013	Agosto/2013
Médicos de PSF	01/2014	Fevereiro/2014
Agente de Combate às Endemias	02/2014	Dezembro/2014
Médicos do PSF	01/2015	Abril/2015
Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem para regime de plantão no serviço de pronto-atendimento hospitalar dos Hospitais Santa Isabel e São Vicente de Paulo, unidades contratualizadas com o Sistema Único de Saúde (SUS)	Decreto nº 5776/2016	Janeiro/2016
Agente de Combate às Endemias	Decreto nº 5776/2016	Janeiro/2016
Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias	01/2016 (FAGOC)	Maio/2016
Agente de Combate às Endemias	Aviso de Seleção Pública no site em 22/11/2016	Novembro/2016
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Apoio Institucional, Ubá/MG		

Estando, ainda, responsável pela:

- Elaboração de resposta à todas as correspondências (ofícios, requerimentos e solicitações) de Órgãos Jurisdicionais, de outros Órgãos Públicos e dos cidadãos em geral;

- Eventual confecção de Contratos Administrativos de Prestação de Serviços, Comodatos, Notificações Administrativas, Termos de Cessão de Uso, Pareceres e outros documentos afins de interesse da Secretaria de Saúde.
- Coordenação de todos os procedimentos disciplinares envolvendo a penalização de servidores públicos que descumprem as normas regimentais elencadas no Estatuto do Servidor Público Municipal, Lei Complementar nº 14/1992.

9 CONTROLE SOCIAL

9.1 Conselho Municipal de Saúde

A participação social é essencial em uma sociedade democrática. Assim, o inciso VIII, do art. 7º da Lei 8080/1990 prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS a serem seguidas, e a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

A participação social em saúde é uma das maneiras de se efetivar a democracia por meio de inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas nos Municípios, Estados e na União, conferindo-lhe legitimidade e transparência.

Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere à gestão do SUS realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados.

O usuário do SUS deve ser identificado como membro de uma comunidade, com direito e deveres, e não como um receptor passivo de benefícios oferecidos pelo Estado.

Para compor com a comunidade na participação e no controle social, amparado pela Constituição Federal, está o Ministério Público, instituição permanente, cuja função é de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais, e que constantemente zela pelos serviços públicos e de interesse coletivo.

As propostas da VIII Conferência Nacional foram sugeridas aos constituintes de 1988 e deram origem a Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal 8.142 e que foram concretizadas através da IX e X Conferências Nacionais de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde em Ubá foi criado provisoriamente pelo decreto 2.854 de 23/10/1990, transformado em lei 3.317 de 05/03/2004, modificado pelas leis 3.481 em 30/08/2005 e 3.940 de 06/12/2010.

O Conselho se reúne mensalmente e/ou extraordinariamente, constituindo-se em espaço de discussão e encaminhamento para todos os problemas de saúde encontrados pela população atendida por todas as Unidades e Instituições de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do município, assim também como as redes privadas prestadoras de serviços ao (SUS).

As Conferências de Saúde realizadas demonstram a evolução da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS refletida na qualidade das discussões, considerando cada vez mais a complexidade dos temas desenvolvidos.

Atualmente, as Conferências de Saúde contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e, são realizadas a cada quatro anos, sendo a última realizada em maio de 2017, conforme Anexo XI – Propostas Deliberadas na 10ª Conferência Municipal de Saúde de Ubá.

9.1.1 Composição do CMS/Ubá

Tabela 128 - Mesa Diretora do CMS/Ubá – Mandato 2016-2018

Cargo	Conselheiro	Segmento
Presidente	José Geraldo Faria	Usuário – FEMAC
Vice-Presidente	Sandra Regina da Silva Killesse	Gestor – SMS
Secretária de Plenário	Roberta Vieira S. P. Gasparoni	Prestador – HSVP
Secretário de Plenário Adjunto	Sebastião José Manoel	Trabalhador – SINDSAÚDE
Relações Públicas	João Batista Albino de Oliveira	Usuário – FEMAC
Relações Públicas Adjunto	Geraldo Arantes Pereira Júnior	Usuário – FEMAC

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Ubá/MG

Tabela 129 – Composição por Segmento

Segmento	Conselheiro Titular	Conselheiro Suplente	Instituição
----------	---------------------	----------------------	-------------

Usuário	Elias José Leôncio	Elizabeth Canda	FEMAC (Federação das Associações de Moradores dos Bairros e Distritos de Ubá/MG)
	João Batista Albino de Oliveira	André Felipe de Oliveira Pereira	
	José Xavier B. Teixeira	Cirenio Rejaino Morais	
	José Geraldo Faria	José Sérgio da Silva	
	Maria da Glória de Oliveira	José Felício de Oliveira	Associação Cultural de Combate a Discriminação Racial-Solano Trindade
	-	-	Associação Loucos pela Vida-LIBERARTE
	Idiacuana Graciana Teixeira	Sirene Correa Monteiro de Barros	Associação de Idosos: Melhor Idade Rosa Mauad Jacob
	Ângelo Vallone Carrara	Marcio Aparecido Rocha	Associação dos Trabalhadores e Aposentados
	Wilma VassalliZanelli	José Eduardo Henriques	LIONS e ROTARY Club de Ubá
	Silvio Silva Júnior	Elias da Silva Pujoni	DEJUB (Desafio Jovem de Ubá)
	Ademir de Paula	Garcia Moura Gomes	Associação Ubaense de Paraplégicos
	Hygor José Feital Burato	Guilherme Ribeiro Teixeira	Ordem dos Advogados do Brasil: OAB-30ª Subseção Ubá/MG
	Ricardo da Silva Raimundo	Januário Ubirajara de Jesus	OPLEU (Ordem dos Pastores)
	Zuleica Evangelista de Andrade		(Sindicato dos Trabalhadores em Educação)
	Agnaldo Vale da Silva	Narciso Célio Padovani	Sindicato de Trabalhadores (as) Rurais
	Antônio Édio de Almeida	Modesto Monteiro Filho	Sindicato dos Marceneiros
Trabalhador	Heloene de Paula Batista	Herculano Deni da Silva	Associação Médica de Ubá
	-	-	
	Débora Ferreira Pereira	Guilherme Carneiro Silva	Associação dos Fisioterapeutas de Ubá e Região – AFUR
	-	-	-
	Cirilo Luciano da Veiga Nogueira	Denílson Lopes Barbosa	Sindicato Estadual dos Trabalhadores em Saúde Pública- MG: SIND. SAÚDE
	Isabel Ribeiro Negrão Marssadi	Sebastião José Manoel	
Lúcia Helena da Silva	Viviane Lopes Cruz	Núcleo de Assistentes Sociais de Ubá e Região – NASUR	

	Bruno Luís Bianchini	Claugo Marcos Campos Barbosa	Associação dos Servidores Públicos Municipais de Ubá – ASPMU
Prestador	Maracy Alves Vidal	Carlos Eduardo Milagre Quirico	Clínicas de Fisioterapia: Clifiu e Reabilitar
	Roberta Vieira S.P.Gasparoni	Ricardo Furtado de Carvalho	Irmandade Nossa Senhora da Saúde - Hospital São Vicente de Paulo
	Fátima Rosângela de Freitas	Fabiano dos Santos	Associação Beneficente Católica – Hospital Santa Isabel Saúde
	Miriane Conte	Everton Weber	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE/Ubá e Sociedade Beneficente Anália Franco
Gestor	Dulcinea Thinassi Perini	Aline Costa Moreira	Secretaria Municipal de Saúde
	Kleber de Almeida Peppe	Fábio Vieira Ribas	
	Eduardo Navarro Soares	Sandra Regina da Silva Killesse	
	João Paulo da Silva	Fabiana Érica de Souza	Secretaria Municipal de Saúde e GRS/Ubá
Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Ubá/MG			

9.2 Ouvidoria Regional de Saúde

A Ouvidoria de Saúde como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS). É um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados.

São consideradas Ouvidorias de Saúde com função regional as Ouvidorias implantadas e em funcionamento nos municípios polos das 77 (setenta e sete) Regiões de Saúde, sendo Ubá um desses polos.

A Ouvidoria Regional de Saúde de Ubá foi regulamentada através da Resolução do CMS/Ubá nº 003 de 07 de março de 2014 o qual aprova a assinatura de termo de compromisso do município de Ubá com a SES/MG, aderindo à rede

Ouvir/MG na forma do art. 5º da Deliberação CIB/SUS 1.617, de 16 de outubro de 2013, e assumindo funções de Ouvidoria Regional.

É responsável pelo recebimento das demandas encaminhadas por meio do Sistema Ouvidor SUS referentes aos municípios e instituições de sua região e posterior condução do processo de levantamento de informações e resposta à Secretaria de Estado de Saúde e à Ouvidoria-Geral do Estado, atuando também como referência para os demais municípios da região de saúde no que tange aos serviços de saúde.

Assim, cabe as Ouvidorias de Saúde com função regional acolher as demandas, analisá-las, tratá-las, e enviá-las para a rede, trabalhando conjuntamente com as referências indicadas pelos demais municípios da região e por prestadores para construir uma resposta ao cidadão.

10 LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

A formulação dos compromissos segue as diretrizes da Portaria Ministerial GM nº. 3.332/06, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS.

Desta forma, os compromissos ora assumidos para o período 2018-2021 visam responder problemas de saúde definidos pelas áreas técnicas, de cada nível de atenção à saúde, a partir da atual análise situacional, podendo ser ajustada às necessidades que surgirem no decorrer de sua vigência.

Neste sentido, como pode-se observar, foram identificados problemas em todos os níveis de atenção. Entretanto, é importante destacar que os que foram elecandos a seguir como Prioritários, não esgotarão o tema, pois, representam um rol exemplificado da realidade municipal. Realidade esta registrada nas Conferências Municipais de Saúde, nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais, reuniões de equipe da Atenção Primária, Secundária, Terciária, da Assistência Farmacêutica, das Vigilâncias em Saúde e da Gestão.

Assim, essa pactuação se organiza a partir de Problemas Prioritários, seguidos pelos Objetivos, Diretrizes e Metas, que expressam as intenções e os resultados que se deseja sejam concretizados nos próximos quatro anos.

10.1 Problemas prioritários dos Três Níveis de Atenção à Saúde

10.1.1 Na Atenção Primária:

- a) Dificuldade em consolidar um processo de trabalho baseado no conceito de promoção da saúde em substituição às práticas convencionais de assistência;
- b) Baixa cobertura da ESF - apenas 60% (sessenta por cento) da população;
- c) Estrutura física inadequada;
- d) Duplicidade na rede de atenção primária com unidades tradicionais e unidades de saúde da família atuando em um mesmo território;
- e) Rede de oferta de serviços deficiente e fragmentada;
- f) Baixa resolutividade em Ubá e região;
- g) Ausência de Protocolos Clínicos para todos os cuidados;

- h) Inexistência de Protocolos de Regulação;
- i) Fragilidade para referenciar aos demais níveis de atenção à saúde (secundária e terciária);
- j) Déficit de Recursos humanos (quantidade e qualidade);
- k) Inexistência de um Programa de Educação Permanente e Educação Continuada aos servidores da rede;
- l) Inexistência de uma manutenção periódica, preventiva e corretiva, dos equipamentos e materiais permanentes;
- m) Deficiência de uma manutenção predial periódica e/ou quando necessária;
- n) Inexistência de POP's – Procedimentos Operacionais Padrões;
- o) Inexistência da oferta de atendimento em horário diferenciado para o trabalhador;
- p) Integração insuficiente entre os níveis de atenção à saúde;
- q) Ausência de contrareferência da atenção secundária;
- r) Insuficiência de ações de assistência, prevenção e promoção de ações de Saúde Mental.

10.1.2 Na Atenção Secundária

- a) Modelo assistencial ultrapassado;
- b) Rede de oferta de serviços deficiente e fragmentada;
- c) Estrutura física inadequada;
- d) Inexistência de protocolos clínicos e assistenciais;
- e) Estrutura física da assistência farmacêutica inadequada;
- f) Déficit de Recursos humanos (quantidade e qualidade);
- g) Déficit na comunicação entre os demais níveis de complexidade;
- h) Falta de instituições que exerçam a função de abrigamento dos usuários da saúde mental, nas formas de Unidade de Acolhimento e Serviço Residencial Terapêutico;
- i) Dificuldade de disponibilização de transporte para realização de atividades fora da sede do CAPS, como visitas domiciliares, interconsultas hospitalares, atividades de contratualização no território com os usuários, matriciamento, entre outros;
- j) Deficiência de uma manutenção predial periódica e/ou quando necessária.

10.1.3 Na Atenção Terciária

- a) Inexistência de contrarreferência para os demais níveis de atenção;
- b) Falta de complementariedade dos serviços com a inobservância da economia de escala;
- c) Ausência de garantia de atendimento nas referências pactuadas pela Microrregião;
- d) Baixa oferta de cirurgias eletivas na média e na alta complexidade pelos hospitais locais e regionais;
- e) Insuficiência da regulação da assistência, do acesso e da auditoria.

10.1.4 Na Vigilância em Saúde

- a) Desarticulação do planejamento e das ações entre as vigilâncias;
- b) Inexistência de análise dos dados para produzir informações, com o fito de subsidiar o planejamento das ações da assistência;
- c) Estrutura física inadequada;
- d) Déficit de Recursos humanos (quantidade e qualidade);
- e) Déficit de Recursos materiais (quantidade e qualidade);
- f) Baixa capacitação dos servidores e dos serviços;
- g) Demora no processo de compra;
- h) Baixa capacitação dos servidores e dos serviços;
- i) Déficit de equipe de fiscalização;
- j) Inexistência de uma equipe multidisciplinar;
- k) Inexistência de uma comissão para montar e julgar os processos administrativos.

10.1.5 Na Assistência Farmacêutica

- a) Desabastecimento de medicamentos;
- b) Falta de infraestrutura no serviço da Assistência Farmacêutica municipal, principalmente em suas subunidades, gerando sobrecarga na Farmácia Municipal de Ubá;
- c) Déficit de recursos humanos qualificados;

- d) Serviço fragmentado, pouco qualificado, não organizado e pouco resolutivo;
- e) Medicalização excessiva com benzodiazepínicos;
- f) Indisponibilidade periódica de medicamentos psicotrópicos, impedindo a continuidade do tratamento medicamentoso.

10.1.6 No Transporte Sanitário

- g) Déficit de Recursos humanos (quantidade e qualidade);
- h) Baixa capacitação (primeiros socorros, atendimento ao público, controle de infecção);
- i) Inexistência de Protocolos de Regulação para o transporte assistencial;
- j) Ausência da oferta de serviços locais (aumenta transporte para TFD);
- k) Estrutura física inadequada;
- l) Inexistência de alimentação para pacientes em TFD;
- m) Falta de EPI adequado (uniforme, entre outros);
- n) Dificuldade de manutenção e substituição da frota.

10.1.7 Na Gestão

- a) A atual política de contratação de pessoal e de serviços é incompatível com novo modelo assistencial que se propõe em todos os níveis de atenção à saúde;
- b) Inexistência de planejamento dos serviços a partir das necessidades de saúde da população;
- c) Falta de autonomia da Secretaria Municipal de Saúde na Gestão financeira e de recursos humanos;
- d) O modelo de gestão pactuado (Plena da Atenção Básica) é incompatível com a realidade do município;
- e) Deficiência na intersetorialidade da Saúde com as demais Secretarias e órgãos do Município;
- f) Pouca oferta de serviços próprios de saúde;
- g) Gestão da urgência e emergência centrada nos hospitais;
- h) Ausência de um sistema de informação integrado em rede;

- i) Ausência de canal de comunicação com os usuários;
- j) Estrutura física inadequada.

10.1.8 No Controle Social

- a) A política de saúde não é objeto de discussão das entidades que indicam os conselheiros;
- b) Falta de lideranças para fomentar a criação dos conselhos locais;
- c) Ausência de intersetorialidade entre os diversos conselhos no Município;
- d) Desarticulação de recursos humanos com a Secretaria de Saúde.

11 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Após a conclusão de todos os eventos preliminares que subsidiaram a elaboração deste Plano, incluindo a colaboração de profissionais da Rede Municipal de Saúde na elaboração do diagnóstico, realizou-se a leitura dos principais determinantes das condições de saúde da população de Ubá/MG, os quais dispomos a seguir.

11.1 Falta de água e esgoto coletados e tratados nos distritos e localidades¹

A água constitui-se em elemento essencial à vida. O acesso à água de boa qualidade e em quantidade adequada está diretamente ligado à saúde da população, contribuindo para reduzir a ocorrência de diversas doenças.

Atualmente os serviços de captação, adução de água bruta, tratamento, reservação e distribuição de água potável dentro da área urbana do distrito sede estão a cargo da COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais) através do regime de concessão. Nos demais distritos e aglomerados urbanos a prestação destes serviços está sob a responsabilidade da prefeitura através da Divisão de Saneamento Básico da Secretaria de Obras e Serviços Urbanos.

Nestas localidades a água não recebe nenhum tipo de tratamento. É meta do Plano de Gestão dos Serviços de Abastecimento de Água Potável e Esgotamento Sanitário do Município de Ubá: Implantar Estações de Tratamento de Água Compactas nos distritos de Diamante, Miragaia e Ubari e no Aglomerado Urbano Padre Damião constituído do Povoado Boa Vista, Hospital da FHEMIG e do povoado São Domingos num prazo de 05 anos. Querendo como resultado a melhora da qualidade da água distribuída nas localidades não atendidas pela concessionária local, melhorando os índices de prevenção e combate a doenças de veiculação hídrica.

11.2 Falta de tratamento de esgoto na sede do Município¹

A oferta de saneamento básico é fundamental em termos de qualidade de vida, pois sua ausência acarreta poluição dos recursos hídricos, trazendo prejuízo à saúde da população, principalmente o aumento da mortalidade infantil. De acordo com dados do Cadastro Técnico Multifinalitário da Prefeitura Municipal de Ubá, existem 35.186 unidades habitacionais construídas e 34.142 unidades com ligação de esgoto, portanto 97% das unidades são servidas pela rede pública de esgoto.

Todo o esgoto doméstico coletado em Ubá não recebe nenhum tipo de tratamento antes de ser lançado nos córregos e rios do município. Além disso, não há por parte da prefeitura um cadastro das indústrias que também lançam esgoto industrial sem tratamento nos córregos e rios do município, ou seja, a quantidade e a natureza do esgoto lançado diretamente nos cursos d'água são desconhecidas.

É meta Plano de Gestão dos Serviços de Abastecimento de Água Potável e Esgotamento Sanitário do Município de Ubá tratar o esgoto Sanitário antes do lançamento através do desenvolvimento de projeto específico e execução das redes interceptoras, elevatórias, estações de tratamento e emissários no prazo de 10 anos. Espera ter como resultado tratar 100% do esgoto sanitário do município minimizando a contaminação dos cursos d'água.

11.3 Formas e métodos de gestão do trabalho em Ubá e particularidades das atividades no ramo moveleiro²

Segundo o Art.19 da Lei Federal nº 8.213/91, acidente do trabalho é todo aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, “provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”. Também seriam

¹Fonte: Plano de Gestão dos Serviços de Abastecimento de Água Potável e Esgotamento Sanitário do Município de Ubá.¹

²Fonte: Projeto de Pesquisa sobre acidentes do trabalho em micro e pequenas empresas industriais nos ramos calçadista, moveleiro e de confecções – Fundacentro – Julho 2007

acidentes do trabalho “outras entidades mórbidas”, como por exemplo, as doenças profissionais.

Na indústria moveleira os maiores registros de acidentes de trabalho, sejam típicos ou de trajeto, incidem mais sobre os trabalhadores compreendidos entre as idades de 16 e 44 anos, que responderam por 84,6% do total desses acidentes. Especificamente, a faixa etária mais atingida pelos acidentes típicos e trajeto é de 20 a 24 anos, com cerca de 40,0% dos casos. Os trabalhadores com idade entre 16 a 29 anos são os mais suscetíveis aos acidentes típicos e trajetos, enquanto que o número maior de trabalhadores acometidos por doenças do trabalho se situaria na faixa de idade entre 30 a 39 anos.

Em função das particularidades das atividades no ramo moveleiro, verifica-se uma clara predominância o membro superior dos trabalhadores enquanto parte do corpo mais atingida em consequência dos acidentes típicos, com 80,7% do total de casos.

Em 60,0% dos casos, os dedos da mão foram a parte mais atingida. Os membros inferiores correspondem a 9,8% dos casos, sendo o pé com 6,1% como a parte mais atingida. Analisando os agentes causadores dos acidentes típicos observa-se que grande parte desses estão diretamente ligados ao manuseio de instrumentos de trabalho, como equipamentos, acessórios e ferramentas, que, em conjunto, responderam por praticamente 4/5 dos acidentes tanto na micro como na pequena empresa, atingindo, para ambos os casos o valor de 80,4%.

O grosso dos diagnósticos médicos fornecidos estaria relacionado aos membros superiores, enquanto que os membros inferiores representariam algo em torno de 10,0% e cabeça mais de 6,0%. Enquanto os diagnósticos dos acidentes típicos concentraram-se em grande parte no agrupamento “traumatismos do punho e da mão”, com mais de 70,0% dos casos – sendo 72,3% nas micros e 71,6% nas pequenas empresas, os das doenças do trabalho envolveram predominantemente “outros transtornos do ouvido” (62,5%). Já para os acidentes de trabalho, em função das características, há uma dispersão quanto ao número de agrupamentos da CID10, apesar dos “traumatismos do joelho e da perna” responderam por 18,3% para o conjunto das pequenas e médias empresas moveleiras.

11.4 Pouca disponibilização de espaço para lazer e atividades físicas³

Estudos realizados em centros de pesquisas do mundo todo comprovam que a mais simples de todas as atividades físicas – caminhar – é uma forma surpreendentemente eficaz de emagrecer e tonificar o corpo.

Há uma matéria sobre um estudo realizado pela Universidade de Essex, no Reino Unido, mostrando que *pode haver um grande benefício potencial para indivíduos, para a sociedade e para os custos dos serviços de saúde se todos os grupos de pessoas se automedicassem com mais exercícios verdes, como a caminhada em parques e praças*. De acordo com os especialistas, os resultados da pesquisa deveriam sensibilizar os políticos a desenvolver mais projetos de áreas verdes nas cidades e a encorajar a população há passar mais tempo se exercitando em parques e praças. Andar é fácil, gostoso, barato e faz bem!

O setor de fisioterapia de Ubá atende uma demanda cada vez maior de pacientes e praticamente com as mesmas patologias. Na maioria das vezes, essas patologias são preveníveis com a simples prática de atividade física. E mesmo quando se obtém a alta do paciente, seria conveniente a prática de uma atividade física regular para se evitar o retorno ao quadro patológico. Podemos observar também que muitos dos nossos pacientes utilizam medicação ansiolítica por problemas psíquicos como depressão e ansiedade que também poderiam se beneficiar da atividade física.

Considerando a cidade de Ubá, com suas características industriais, onde se tem horário pra tudo e as pessoas andam sempre apressadas. Temos que levar em conta que essa correria é um fator a mais de estresse. E que isso se reflete na sociedade.

Sem dizer que a população brasileira envelhece a cada ano e Ubá não foge a essa regra. Daqui a alguns anos seremos um país de idosos. E os idosos têm chances aumentadas de desenvolverem certos tipos de patologias como diabetes e hipertensão arterial que podem ser prevenidas ou amenizadas pela caminhada,

³Fonte: Abel Alves Marcelo – Fisioterapeuta e Referência Técnica da Rede Municipal de Saúde em Fisioterapia

evitando-se as possíveis consequências como o AVC e a polineuropatia diabética que trazem seqüelas terríveis para as pessoas e para a sociedade.

11.5 Deficiência do sistema de transporte público municipal⁴

De acordo com publicação da Câmara Municipal de Ubá intitulada **transporte público, responsabilidade do Poder Público**, as reclamações mais frequentes da população, relativas ao transporte público, são as mudanças de horários e linhas; redução de horários nos fins de semana; mudanças de horário sem motivos justificados; parada para embarque e desembarque longe do meio fio; atrasos constantes; inexistência de abrigos nos pontos de ônibus; não escuta a população; excesso de velocidade de alguns motoristas; falta de divulgação dos horários; bairros e parte alta não atendida e trajetos longos.

- a) **Acessibilidade:** Em Ubá, segundo dados da concessionária apenas 20% da frota da empresa está adaptada para deficientes físicos;
- b) **Distritos e povoados:** as empresas de transporte municipal e intermunicipal descumprem sistematicamente a constituição e o estatuto do idoso, quanto à gratuidade, no transporte dos moradores acima de 65 anos dos distritos de Ubari; Diamante e Miragaia, bem como das localidades: córrego Santana; córrego alegre, entre outros.

De acordo com dados do DATASUS, referentes à utilização de meios de transporte por famílias da sede do município, demonstram que 68,27% da população utilizam transporte coletivo, 19,75% carros e outros 31,23%, não especificados. Nos distritos, 67,71% utilizam o transporte coletivo, 15,41% carros, 11,01% carroças e 15,96% outros meios de transporte. Portanto esta deficiência do transporte coletivo dificulta efetivamente o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

11.6 Violência na Juventude

A análise dos dados de violência contra crianças e adolescentes notificados pelo Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente de Ubá, permite

⁴Fonte: *Transporte público, responsabilidade do Poder Público*, datada de 2009/2010 – CMU-Ubá

que se compreenda sistematicamente o fenômeno da violência, principalmente a violência intra e interfamiliar e que se desencadeie as ações de monitoramento, acompanhamento e assistência dessas vítimas, de seus agressores e de suas famílias, bem como estabelecer ações de prevenção que devem ser programadas em conjunto com outros setores públicos.

12 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E AÇÕES

Tabela 130 - Atenção Primária à Saúde

DIRETRIZ	Melhorar qualitativamente e quantitativamente a Atenção Primária à Saúde aprimorando a acessibilidade aos serviços de saúde como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde – SUS.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	META PREVISTA	AÇÃO
Ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal	Saúde da Família: 85%	Realizar concurso público e/ou processo seletivo
	Saúde Bucal: 50% da ESF	Implantar mais 08 (oito) equipes de ESF.
		Criar cargo público de Auxiliar de Saúde Bucal
		Realizar concurso público e/ou processo seletivo
	Implantar 08 (oito) ESB	
	Prestar assistência odontológica eletiva à 100% da população não adscrita às áreas de cobertura das Equipes de Saúde Bucal além de prestar atendimento de urgência a qualquer cidadão independente de seu local de residência nas dependências da Policlínica Odontológica	Adequar as ações da Policlínica Odontológica para que se atinja a situação descrita pela meta
Garantir a produção mínima exigida junto ao Programa do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), conforme nota técnica do Ministério da Saúde.		
Aprofundar e acelerar o processo de transição do modelo tradicional para o da Estratégia Saúde da Família	Criar 01 projeto estratégico	Nomear um grupo de trabalho para elaboração
		Sensibilizar o controle social, trabalhadores e gestores
Consolidar e estruturar as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal existentes, aumentando a	Garantir a equipe mínima em 100% das ESF e ESB implantadas	Realizar concurso público e/ou processo seletivo
	Garantir infra-estrutura de 100% das ESB implantadas	Realizar adaptação ou mudança de imóveis para a

resolutividade da atenção		inserção da equipe na Unidade
		Realizar aquisição dos equipamentos e insumos necessários
	Implantar o sistema E-SUS-AB em 100% das Unidades de Atenção Primária à Saúde.	Realizar capacitação de todos os profissionais das ESF e NASF para a utilização do programa
	Redivisão das áreas de abrangência da ESF, garantindo no máximo 3.500 usuários cadastrados por área, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica	Realizar estudos para redivisão das áreas.
	Construir 04 novas Unidades de Saúde Bairros nas localidades, a distribuir da seguinte forma: São João, Palmeiras, Bom Pastor e São Sebastião.	Garantir a identificação das áreas destinadas à construção de novas unidades.
	Realizar manutenção (pintura e pequenas reformas) das UAPS de acordo com demanda apresentada.	Finalização do projeto para apresentação à SES/MG ou Ministério da Saúde, quando aberto o edital.
Fortalecer as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças	Realizar o gerenciamento da realização das obras de manutenção	
	Implantação de 02 núcleos de apoio à saúde da família (NASF)	Realizar processo seletivo para contratação dos profissionais
	Manter o projeto de Ambientes Livres de Tabaco em 100% das Unidades de Saúde	
Manter o Projeto Unidades Promotoras de Saúde em 100% das Unidades de Saúde do Município		

	Desenvolver no mínimo 02 grupos operativos por mês em cada UAPS de cobertura do NASF e 01 grupo operativo por mês em cada UAPS sem cobertura do NASF, conforme demanda de cada UAPS.	Garantir a mobilidade das equipes de NASF e Academia da Saúde durante todo o horário de funcionamento das UAPS, promovendo capacitação permanente
	Executar ações de Atividade Física com Prática Corporal no mínimo 100% da área de cobertura da ESF	
	Garantir, no mínimo, 01 profissional Educador Físico para realizar atividades físicas nas áreas de abrangência da ESF	Realizar licitação ou processo seletivo; Garantir a mobilidade das equipes de NASF e Academia da Saúde durante todo o horário de funcionamento das UAPS, promovendo capacitação permanente
	Implantar 03 Academias da Saúde no município	Elaborar projeto junto ao Ministério de Saúde para captação de recurso
	Atender 50% dos alunos do município, pertencentes às escolas municipais e estaduais que estão dentro das áreas de abrangência adscrita da ESF	Otimizar as ações do NASF, dentistas de ESF, equipe de prevenção e policlínica odontológica, para a realização das ações dos componentes I, II, e III do Programa Saúde na Escola, montando um fluxo de assistência. Nomear um Grupo de Trabalho Inter setorial (GTI)
Fortalecer as ações de Saúde Bucal	Garantir a Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada em 3,46%, ao mês, nas áreas de abrangência das ESB	Programação de ações coletivas voltadas para a prevenção em saúde bucal
		Garantia de disponibilidade suficiente de insumos

		necessários ao desenvolvimento dessa ação pelas equipes (ex.: kits de escova e creme dental fluoretado, materiais educativos de escovação dental)
	Diminuir proporção de exodontias de dentes permanentes em relação aos procedimentos odontológicos básicos individuais, sendo de, no máximo, 5,66% o percentual de exodontias de dentes permanentes em relação ao total de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados	Diminuir a realização de procedimentos odontológicos mutiladores
		Esgotar as possibilidades de reabilitação, preferencialmente, em conjunto com os profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas, previamente a indicação da exodontia.
	Garantir a Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática em 12,59% nas áreas de cobertura das ESB	Capacitação/atualização dos profissionais da Atenção Básica para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação da atenção básica
		Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada
		Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica

Adquirir e disponibilizar materiais e insumos para as unidades de saúde	Garantir 100% de materiais e insumos mínimos necessários para a realização do trabalho das equipes	Garantir dotação orçamentária e recurso financeiro Realizar planejamento anual de compras
Adquirir e disponibilizar materiais de apoio ao desenvolvimento dos Programas e Ações Estratégicas do SUS (folders, cartazes, cartilhas, álbuns seriados, recursos audiovisuais, cadernetas e outros)	Garantir 100% das unidades com material de apoio para desenvolvimento dos programas, em parceria com os demais entes federativos.	Garantir dotação orçamentária e recurso financeiro suficiente, quando necessário
		Buscar parceria com os governos Estadual e Federal
Realizar ações de forma articulada intersetorialmente, seguindo calendário de datas comemorativas preconizadas pelo Ministério da Saúde	Garantir que pelo menos 01 tema seja trabalhado em cada UAPS	Buscar parcerias com outros dispositivos sociais e demais secretarias.
Promover atenção integral à saúde da mulher	Garantir a razão de 0,30 em exames citopatológicoscervico-vaginais, na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população-alvo	Oferecer atendimento exclusivo para coleta do material para tais exames
		Realizar mutirões para coleta de material para exame citopatológicocervico-vaginal
		Realizar ações de sensibilização e busca ativa de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.
		Realizar uma ação semestral de mutirão de intensificação para coleta de exame citopatológico para o público alvo em pontos estratégico no município

		Inserir o tema saúde da mulher nos grupos educativos
Promover atenção integral à saúde da mulher	Garantir no mínimo 60% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero nas áreas de cobertura de ESF	Realizar busca ativa e acompanhamento das mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero
		Instituir como forma de rastreamento a realização de uma ação mensal em pontos estratégicos na comunidade pela equipe de saúde
	Garantir a razão de 0,35 das mulheres de 50 a 69 anos realizem exames de mamografias de rastreamento ao ano	Realizar busca ativa de mulheres nesta faixa etária para conscientizá-las da importância dos exames de prevenção
	Garantir acompanhamento do pré-natal ao puerpério a 100% das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde	Oferecer pré-natal e consulta puerperal a todas as gestantes e puérperas
		Realizar visitas mensais às gestantes, inclusive pertencentes a área descoberta de ACS, pela equipe de saúde buscando Humanizar o pré-natal
	Buscar a captação precoce (primeiro trimestre de gravidez) de pelo menos 100% das gestantes da área de abrangência	Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a captação precoce de gestantes e a alimentação do sistema de informação da atenção básica
		Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao

		acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão
		Busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente no Sistema de Informação vigente os dados referentes ao cadastro de gestantes e ao início do pré-natal
Promover atenção integral à saúde da mulher	Garantir a 100% das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde os exames laboratoriais de pré-natal	Garantir os exames necessários para realização do pré natal conforme linha guia de cuidados vigente
	Garantir o mínimo de 07 consultas de pré natal por gestante cadastrada.	Sensibilizar as gestantes sobre a importância das consultas pré natal para reduzir os riscos de intercorrências na gravidez
		Realizar busca ativa de gestantes
	Conscientização de 100% das nutrízes cadastradas nas unidades de saúde sobre a importância do aleitamento materno exclusivo	Sensibilizar as gestantes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, através do acolhimento pela equipe e ações de educação em saúde
	Manter a proporção de 100% de óbitos investigados em mulheres de idade fértil	Manter ativo o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil
Promover atenção integral à saúde do homem	Garantir a razão de 0,30 em exames Antígeno Prostático Específico ou PSA, na faixa etária	Oferecer horários alternativos de atendimento nas ESF

	de 40 a 60 anos em relação à população-alvo.	Realizar busca ativa de homens nesta faixa etária para conscientizá-los da importância da realização de consultas e exames de prevenção
		Oferecer exame específico para o rastreamento de diagnóstico precoce de câncer de Próstata
		Instituir como forma de rastreamento a realização de uma ação mensal em pontos estratégicos na comunidade pela equipe de saúde
Promover atenção integral à saúde do homem	Garantir no mínimo 90% de seguimento/tratamento informado de homens com resultado de exames de PSA alterado nas áreas de cobertura de ESF.	Encaminhar aos serviços especializados, quando necessário, de acordo com o estabelecido nos protocolos/diretrizes clínicas.
		Realizar busca ativa de homens nesta faixa etária que apresentam resultado de exames alterados a fim de garantir a continuidade do tratamento
	Estimular no mínimo 80% de homens nas áreas de cobertura de ESF a adesão do auto cuidado	Manter atualizado o calendário vacinal
		Oferecer exames de rotina e testes rápidos, quando necessário
		Promover ações de prevenção, identificação e acompanhamento das doenças relacionadas ao trabalho através de sala de espera

		Realizar ações de educação em saúde com temas voltados para essa população, através de grupos operativos	
		Orientar quanto aos agravos do trato urinário e do aparelho reprodutor masculino, através de sala de espera e consulta	
	Estimular no mínimo 80% de homens nas áreas de cobertura de ESF a adesão dos cuidados com a saúde bucal	Promover estímulo à higiene bucal	
		Oferecer horários alternativos de atendimento nas ESF	
		Orientar quanto ao uso do tabaco e álcool e a relação com o câncer de boca	
		Encaminhar ao Centro de Especialidades Odontológicas para tratamento especializado	
	Estimular no mínimo 80% de homens nas áreas de cobertura de ESF a adesão das ações de planejamento familiar	Promover orientações sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, através de palestras e consultas	
		Estabelecer estratégias para o pré-natal do parceiro e a importância da paternidade ativa, através de reuniões de grupo	
	Promover atenção integral à saúde da criança	Diminuir a taxa de mortalidade infantil para 8/1.000	Garantir a realização do pré-natal completo para as gestantes
			Garantir a referência para partos de gestantes de alto risco e risco habitual
Garantir acompanhamento das crianças que recebem alta da UTI neonatal			

		Garantir a oferta de puericultura, conforme linha guia de cuidado vigente
	Garantir que 80% das crianças inseridas no programa bolsa família sejam acompanhadas	Realizar busca ativa das famílias
		Ofertar imunobiológicos, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunização - PNI
		Realizar avaliação antropométrica em no mínimo 80% das crianças acompanhadas pelo Programa Bolsa Família
Promover atenção integral à saúde da criança	Garantir 95% de cobertura vacinal de rotina das vacinas do esquema básico para menores de cinco anos	Solicitar a apresentação do Cartão de Vacinas durante o atendimento nas UAPS com o objetivo de evitar atrasos no esquema vacinal
		Realizar busca ativa da população-alvo
	Investigar 100% de eventos adversos graves pós-vacinação	Realizar investigação e acompanhamento dos casos
	Manter a vigilância nutricional para no mínimo 80% das crianças menores de 05 anos, nas áreas de abrangência da ESF	Garantir as informações para alimentação contínua do SISVAN WEB
		Adquirir equipamentos adequados e em quantidade suficiente para atender ao público alvo (balanças, estadiômetros infantis, balanças portáteis pesa mãe-bebê)
		Promover Capacitação dos Servidores das ESF sobre importância da coleta de dados e técnicas corretas de antropometria

		Promover Chamadas Nutricionais com objetivo de avaliação nutricional e coleta de dados
		Sensibilizar as famílias à adotarem hábitos alimentares saudáveis
	Diminuir o percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade para 3,90% nas áreas de abrangência das ESF	Realizar acompanhamento individual quando necessário
		Desenvolver atividades de educação em saúde para os grupos prioritários
	Realizar o acompanhamento de pelo menos 50% das crianças menores de 05 anos com sobrepeso, nas áreas de abrangência das ESF	Realizar acompanhamento individual
		Desenvolver atividades de educação em saúde para os grupos prioritários
	Garantir o aleitamento materno exclusivo em, no mínimo, 76% das crianças menores de 4 meses cadastradas na ESF	Acompanhar as crianças de 0 a 6 meses de vida durante os atendimentos multiprofissionais, enfatizando a importância do aleitamento materno exclusivo
		Acompanhar e dar suporte técnico as lactantes que apresentarem possíveis fatores dificultadores em amamentar
		Realizar ações educativas para a gestante incluindo seus familiares, com objetivo de orientá-los e sensibilizá-los para o aleitamento materno exclusivo

		<p>Sensibilizar as famílias com crianças de até 2 anos sobre a importância da manutenção do aleitamento associado a outros alimentos</p>
	<p>Garantir a média de 1,7 consultas/ano para crianças menores de 05 anos</p>	<p>Realizar apoio matricial para médicos da ESF referente à Saúde da criança promovendo maior resolutividade</p>
		<p>Garantir o atendimento médico integral a saúde da criança na ESF</p>
		<p>Monitoramento periódico desse indicador, utilizando seus resultados para programação de ações e reorganização de processos de trabalho da equipe</p>
		<p>Garantia de disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos para o atendimento de qualidade em Saúde da Criança</p>
<p>Promover atenção integral à saúde do adolescente</p>	<p>Reduzir em 3% ao ano, a gravidez na adolescência.</p>	<p>Implantar, de forma intersetorial e integrada, uma política municipal de saúde do adolescente</p>
		<p>Promover encontros educativos abordando temas como sexualidade, álcool e outras drogas, responsabilidade ambiental e responsabilidade familiar</p>
		<p>Promover atividades físicas e lúdicas para grupos de adolescentes</p>

Promover atenção integral à saúde do adolescente	Garantir 95% de cobertura vacinal de rotina das vacinas do esquema básico para adolescentes	Realizar busca ativa da população-alvo
Promover atenção integral à saúde do idoso	Garantir o acolhimento preferencial ao idoso respeitando a classificação de risco em 100% nas unidades de saúde	Realizar classificação de risco e atendimento humanizado
	Encaminhar entre 10% e 20% dos idosos frágeis, cadastrados nas ESF, para o Centro de Referência Mais Vida	Realizar busca ativa e avaliação dos idosos frágeis. Realizar acompanhamento através do Plano de Cuidados, dos idosos que forem encaminhados ao Centro de Referência Mais Vida.
	Implantar a Caderneta do Idoso para 100% dos idosos cadastrados na ESF.	Realizar acompanhamento e incentivar a participação dos idosos nos eventos comunitários junto à ESF
Promover atenção integral à saúde do idoso	Garantir a Vacinação de 80% dos idosos nas Campanhas de Vacinação contra a Influenza	Organizar a campanha
		Realizar busca ativa dos faltosos
Promover o controle da Hipertensão Arterial	Garantir o cadastro dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica das áreas de abrangência das ESF, seguindo a média da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) de 18% da população acima de 15 anos	Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico através da identificação de pessoas com exposição a fatores de risco e orientação para o auto-cuidado.
		Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados.

		<p>Realizar busca ativa de pessoas com hipertensão e/ou com fatores de risco para essa doença na comunidade, através de ações voltadas a promoção de saúde.</p>
		<p>Instituir como forma de rastreamento a realização de uma ação mensal em pontos estratégicos na comunidade pela equipe de saúde a fim de avaliar a pressão arterial de pessoas adultas.</p>
		<p>Implantação da Linha Guia de Hipertensão, Diabetes e Renal Crônico</p>
	<p>Garantir o acompanhamento de no mínimo 90% dos Hipertensos cadastrados nas áreas de abrangência da ESF</p>	<p>Capacitação dos profissionais das equipes para realização da classificação de risco dos hipertensos cadastrados.</p>
		<p>Melhoria da qualidade dos atendimentos aos hipertensos, promovendo o aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da UBS e maior adesão ao tratamento</p>
		<p>Humanização do cuidado à pessoa com hipertensão, promovendo sua autonomia e o auto cuidado</p>
		<p>Disponibilização dos exames complementares definidos nos protocolos de controle da Hipertensão, assim como a serviços de referência especializada</p>
		<p>Garantia de oferta regular e</p>

		<p>suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da Hipertensão</p> <p>Priorização as famílias com hipertensos nas visitas domiciliares, sob responsabilidade das equipes</p> <p>Busca ativa de hipertensos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral</p> <p>Atividades educativas e de promoção à saúde para hipertensos e familiares.</p> <p>Atualização do cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado</p>
Promover o controle da Hipertensão Arterial	Garantir uma média e no mínimo 3,5 consultas/ano por Hipertenso cadastrado	Agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolvimento de estratégias para lembrar os pacientes das consultas.
Promover o controle da Diabetes Mellitus	Garantir o cadastro dos portadores de Diabetes Mellitus das áreas de abrangência das ESF, seguindo a média da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) de 06 % da população acima de 15 anos	<p>Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com diabetes</p> <p>Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução</p>

		<p>de resultados.</p> <p>Busca ativa de pessoas com diabetes e/ou com fatores de risco para Diabetes Mellitus na comunidade, através de ações voltadas a promoção de saúde.</p> <p>Instituir como forma de rastreamento a realização de uma ação mensal em pontos estratégicos na comunidade pela equipe de saúde a fim de avaliar o nível glicêmico da população.</p> <p>Implantação da Linha Guia de Hipertensão, Diabetes e Renal Crônico</p>
<p>Promover o controle da Diabetes Mellitus</p>	<p>Garantir o acompanhamento de no mínimo 90% dos Diabéticos cadastrados nas áreas de abrangência da ESF</p>	<p>Estabelecimento de metas de acompanhamento domiciliar das pessoas com diabetes e acompanhamento de resultados alcançados.</p> <p>Capacitação da equipe para qualificar as ações de acompanhamento dos diabéticos: identificação da presença de fatores de risco e encaminhamento para investigação diagnóstica; encaminhamento para atendimento na unidade diante da presença de sinais de complicações ou problemas no tratamento; acompanhamento e estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso e às orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de</p>

		ingerir bebidas alcoólicas.
		Garantir o acompanhamento domiciliar mensal aos pacientes diabéticos cadastrados.
		Realizar busca ativa para acompanhamento dos casos novos
	Garantir uma média e no mínimo 4,5 consultas/ano por Diabético cadastrado	Agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolvimento de estratégias para lembrar os pacientes das consultas.
Promover a prevenção e o controle das DST/AIDS	Garantir acompanhamento a 100% dos casos confirmados	Garantir os exames de pré-natal
		Realizar exames preventivos
		Garantir a distribuição de preservativos à demanda existente
		Encaminhar os casos positivos para tratamento específico, e assim garantir uma melhor qualidade de vida ao mesmo
		Garantir o acesso aos medicamentos específicos
		Informar à população sobre a importância de se realizar o exame em casos suspeitos, eliminando preconceitos
Promover o controle da Tuberculose	Ampliar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para 75%	Realizar acompanhamento sistemático de casos existentes
		Promover busca ativa de pacientes faltosos.
	Detectar pelo menos 50% de casos estimados na ESF	Promover busca ativa de novos casos

		Sensibilizar os pacientes com suspeita de tuberculose da importância de se realizar o BAAR.
		Capacitar a equipe a fim de que todos sejam instrumentos no repasse adequado das orientações
Promover o controle da Tuberculose	Realizar 100% dos exames de BAAR nos pacientes com suspeita de tuberculose e registrar no Sistema Laboratorial da Tuberculose	Disponibilizar quantidade suficiente de exames
	Garantir que 100% dos pacientes com tuberculose realizem a cultura de escarro imediatamente após diagnóstico e para os casos de recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento.	Disponibilizar quantidade suficiente de exames
Promover o controle da Hanseníase	Ampliar a proporção de cura de casos novos de hanseníase para 90%	Realizar acompanhamento sistemático de casos existentes
Promover o controle da Hanseníase	Detectar pelo menos 50% de casos estimados na ESF	Promover busca ativa de novos casos
	Capacitar 100% de médicos e enfermeiros das ESF para a realização do teste de sensibilidade avaliação do grau de incapacidade física.	Promover a capacitação em parceria com a Gerência Regional de Saúde
	Examinar 100% dos contatos de casos novos de hanseníase	Realizar busca ativa dos contatos para a realização do exame
	Avaliar o grau de incapacidade física na cura em 100% dos casos de hanseníase	Encaminhar os casos para tratamento específico e assim garantir uma melhor qualidade de vida ao usuário

<p>Ampliar, facilitar e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde mental, com reorientação do modelo assistencial</p>	<p>Definir, articular e consolidar uma rede que atenda a 80% das pessoas com sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.</p>	<p>Realizar um estudo de viabilidade para implantação de uma equipe de Consultório de Rua.</p>
		<p>Realizar um estudo de viabilidade para implantação do Serviço de Residência Terapêutica – SRT.</p>
		<p>Garantir as ações de matriciamento em, pelo menos, 1 vez ao ano em cada Unidade Básica de Saúde</p>
		<p>Realizar um estudo de viabilidade para implantação do serviço de Unidade de Acolhimento</p>
		<p>Promover a capacitação à profissionais de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e outros órgãos</p>
		<p>Promover programa de Educação Permanente em Saúde Mental</p>
		<p>Realizar acompanhamento sistemático, por parte das equipes da ESF, NASF e CAPS, através de visitas domiciliares.</p>
		<p>Promover ações de redução de danos</p>
		<p>Intensificar o Programa de Controle do Tabagismo</p>
		<p>Implantar fluxo de atenção em Saúde Mental na atenção</p>

		primária, tendo os NASF's como referência para assistência, promoção e prevenção
	Regular e qualificar o acesso aos serviços de Saúde Mental	Manter e garantir a utilização do formulário de referência e contrarreferência em Saúde Mental em 100% das ESF.
		Publicizar o fluxo de Atenção em Saúde Mental e suas revisões
		Revisar periodicamente o fluxo de Atenção em Saúde Mental
Promover o uso regular de psicotrópicos pelos usuários em sofrimento mental	Acompanhar o uso regular dos medicamentos em 100% dos usuários cadastrados nas ESF	Realizar orientações constantes aos usuários e às famílias
		Realizar acompanhamento sistemático através de visitas domiciliares
		Realizar grupos e oficinas de saúde mental
		Articular a rede intersetorial de assistência para o cuidado compartilhado do usuário
		Conscientizar o usuário e garantir a realização de consultas periódicas para evitar reagudização do quadro
Promover socialização e interação dos usuários em sofrimento mental	Integrar 100% dos usuários com transtorno mental, cadastrados na área de abrangência da ESF, às atividades da comunidade.	Promover oficinas e encontros
		Promover passeios e grupos
Manter oferta do Programa Nacional de Telessaúde – Núcleo Minas Gerais	Oferecer Teleconsultoria ilimitada a 100% dos profissionais de nível superior cadastrados	Sensibilizar profissionais de nível superior para a utilização da teleconsultoria como suporte ao atendimento nas unidades de saúde municipais
	Realizar atendimento conforme demanda apresentada e ou novas diretrizes da SES/MG	

Manter ações de promoção e assistência à saúde no presídio do município de Ubá em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.	Garantir o atendimento de 100% da população penitenciária	Manter a cota de exames, visando a manutenção do programa.
		Manter o atendimento médico e odontológico regular
		Manter ações de promoção à saúde com palestras educativas, vacinações, distribuição de preservativos entre outros

Tabela 131 - 12.2 Atenção Secundária à Saúde

Diretriz	Reorientar o modelo assistencial permitindo o acesso com qualidade e equidade, respondendo com efetividade e eficiência às necessidades de saúde da população	
Objetivos Estratégicos	Metas	Ação
Ampliar, facilitar e qualificar a oferta dos serviços de saúde, com reorientação do modelo assistencial	Implantar 01 Centro da Rede Temática de Atenção Secundária à Saúde	Dar continuidade ao processo de implantação de um Centro de Referência de Atenção Secundária, negociando com a Secretaria Estadual de Saúde para efetivar o convênio
		Localizar um imóvel disponível para a Prefeitura e disponibilizá-lo para construção e/ou adaptação
		Elaborar um projeto do centro de referência de atenção secundária
Ampliar, facilitar e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial ampliando o acesso da população em geral, de forma articulada com os demais pontos	Definir, articular e consolidar uma rede que atenda a 100% dos portadores de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas	Criar um Protocolo de Atenção Integral aos portadores de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas

<p>de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.</p>		<p>Manter as ações de matriciamento do serviço de CAPS na ESF em, pelo menos, 1 vez ao ano em cada Unidade Básica de Saúde, bem como nos demais pontos da RAS do município de Ubá e da área de abrangência regional.</p>
<p>Ampliar, facilitar e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial ampliando o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais</p>	<p>Definir, articular e consolidar uma rede que atenda a 100% dos portadores de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas</p>	<p>Garantir a pactuação com hospital local, contratualizado com o SUS, para o financiamento dos leitos em saúde mental.</p> <p>Promover a capacitação em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e outros órgãos, bem como a supervisão técnica dos serviços</p> <p>Criar um programa de educação permanente em Saúde Mental</p> <p>Promover eventos comemorativos e culturais para conscientização social acerca da mudança do modelo assistencial</p> <p>Promover ações em caráter intersetorial, visando o atendimento integral ao usuário</p> <p>Promover adequação dos espaços físicos dos dispositivos da RAPS</p> <p>Garantir os recursos necessários.</p>

		Realizar um estudo de viabilidade visando a municipalização dos serviços da RAPS
		Promover reuniões de articulação intersetorial
Promover socialização e interação de pessoas em sofrimento mental e/ou com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas	Integrar 70% dos usuários cadastrados nos serviços CAPS às atividades da comunidade	Promover oficinas e encontros
		Promover eventos artísticos e culturais
		Promover passeios e grupos
		Adquirir recursos necessários para divulgação dos eventos
Articular e fortalecer a rede de assistência às situações de crise em Saúde Mental	Efetivar 01 hospital local de referência, contratualizado junto ao SUS, para a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental	Promover reuniões mensais de articulação intersetorial
		Revisar periodicamente o fluxo de Urgência e Emergência para assistência às pessoas com sofrimento mental, fazendo a devida publicização das revisões
		Promover matriciamento aos hospitais de referência em Urgência e Emergência
		Promover ações de Educação Permanente
Realizar o levantamento da demanda reprimida sobre o índice de encaminhamentos por especialidades	Ampliar em até 50% a capacidade de atendimento às especialidades de acordo com a demanda reprimida	Avaliar a ampliação dos serviços ofertados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região – SIMSAÚDE
		Implantar o Centro de

		Referência de Atenção Secundária
	Reduzir em até 100% o número de encaminhamentos sem indicação diagnóstica	Implantar e efetivar o novo formulário de referência e contra-referência
Descentralizar os serviços da Atenção Primária que estão inseridos na Atenção Secundária (Tuberculose, Hanseníase, Triagem Neonatal, Tabagismo, Imunização, entre outros)	Descentralizar todos os serviços nas áreas de cobertura da ESF, na proporção de, no mínimo, 50% para cada programa.	Definir e nomear através de portaria os profissionais como referências técnicas
		Promover capacitação para as referências
Otimizar o serviço de agendamento de consultas especializadas	Informatizar 100% do processo de agendamento de consultas	Implantar o sistema informatizado em todos os níveis de atenção à saúde
Melhorar o acesso às consultas especializadas na RAS	Criar 01 protocolo de referência e contra-referência	Constituir grupo de trabalho para elaboração, com a participação do Controle Social
		Disponibilizar linhas telefônicas exclusivas para informações e agendamento de consultas
	Apresentar relatórios quadrimestralmente de controle e monitoramento das consultas realizadas	Encaminhar à equipe de gestão e ao Controle Social
Implantar os protocolos de regulação e acesso em todas as unidades de referência à atenção especializada	Manter no mínimo 80% das Especialidades com o tempo Médio de espera inferior a 90 dias	Realizar agendamentos somente com os critérios pré-estabelecidos no protocolo de referência e contra-referência
	Manter 50% dos retornos e exames com tempo médio de espera em, no máximo, 45 dias	Criar agendamento eletrônico rotativo

Regular a solicitação de consultas especializadas pela rede básica de saúde com o objetivo de otimizar a sua utilização	Encaminhar 100% dos usuários com indicação diagnóstica comprovada através de exames clínicos, laboratoriais e/ou de imagens específicos	Disponibilizar exames de comprovação diagnóstica para a rede básica
	Realizar 02 encontros ao ano entre os profissionais da atenção primária e secundária para fomentar o alinhamento dos atendimentos	Desenvolver em conjunto com a coordenação da atenção básica, ações que aumentem a resolutividade dos profissionais que atuam nas unidades de saúde
Atuar na área de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras urbanos e rurais, formais e informais, toda e qualquer classe, e desenvolver ações para redução das doenças e agravos relacionados ao trabalho, procurando assim, tornar o ambiente de trabalho mais saudável.	Realizar, através do CEREST, no mínimo 50 (cinquenta) atendimentos assistenciais de acompanhamento em Saúde do Trabalhador, por ano	Estabelecer o fluxo de referência e contra referência em Saúde do Trabalhador com a Rede de Atenção à Saúde
		Dar suporte técnico aos profissionais no atendimento de casos relacionados à Saúde do Trabalhador
		Garantir a constituição da equipe mínima preconizada ao CEREST
		Capacitar a Atenção Primária à Saúde (APS) no que concerne à Anamnese Ocupacional.
Garantir, ampliar e qualificar a serviço odontológico especializado, no (CEO).	Garantir o acesso de 100% da população referenciada	Realizar concurso público e/ou processo seletivo simplificado para provimento dos cargos de odontólogos especialistas, e auxiliar em saúde bucal, conforme equipe mínima obrigatória para compor o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).
		Nomear uma RT para o serviço especializado CEO.

		Realizar estudo de viabilidade com vistas a ampliar os serviços odontológicos vinculados ao CEO: odontopediatria, ortodontia, ortopedia e implantes dentários.
		Garantir a produção mínima exigida em cada especialidade, conforme preconizado pela Portaria Ministerial nº 1.464, de 24/06/2011 e/ou conforme outra portaria vigente
		Manter a aquisição dos equipamentos e insumos necessários para o atendimento básico e especializado.
	Efetivar 1 Programa de Educação Permanente no (CEO).	Realizar capacitações voltadas para aprimorar os procedimentos, serviços e ações desenvolvidas no Serviço
	Realizar diagnóstico bucal em 100% dos pacientes referenciados para o setor.	Diagnosticar e detectar, precocemente o câncer de boca em 100% dos usuários referenciados.
		Garantir materiais e insumos necessários para a coleta de material necessário na realização de biópsias.
Reduzir os diagnósticos de "Cárie" dentária em crianças acompanhadas e referenciadas para o CEO	Realizar em 100% das crianças acompanhadas pelo CEO, ação coletiva de escovação dental supervisionada, utilizando o escovódromo	Programar ações de escovação, voltadas para a prevenção em saúde bucal, com as crianças atendidas no CEO e aquelas atendidas pela

		ORTODONTIA/ORTOPEDIA. Garantir a disponibilidade de materiais e insumos necessários ao desenvolvimento dessa ação pelas equipes (ex.: kits de escova e creme dental fluoretado, materiais educativos de escovação dental).
Ampliar a quantidade de doadores da microrregião, facilitando o acesso ao posto de coleta	Estudar a viabilidade de criar 01 posto de coleta avançado Hemominas no município de Ubá	Realizar estudo de viabilidade para implantação do serviço
Facilitar o acesso dos acidentados com material de risco biológico	Estudar a viabilidade de criar 01 ambulatório de referência de acidentes com risco biológico	

Tabela 132 - Atenção Terciária à Saúde

Diretriz	Consolidar e ampliar a capacidade de atendimento na média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, efetivando os mecanismos de acesso à assistência eletiva e de urgência/emergência, fortalecendo a prática do atendimento humanizado	
Objetivos estratégicos	Metas	Ação
Melhorar o acesso e aumentar a resolutividade no atendimento de urgência e emergência da microrregião	Garantir o atendimento de 100% da população própria e referenciada	Buscar aumentar a participação dos governos federal e estadual no financiamento
		Manter a participação do Programa Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Sudeste do Estado de Minas Gerais
	Ofertar transporte em urgência e emergência para 100% da	Manter a participação do Consórcio CISDESTE, para

	população	manutenção do Serviço Atendimento Móvel às Urgências – SAMU
		Estreitar a parceria com a Companhia de Bombeiros Militares de Minas Gerais
Criar mecanismos que garantam a contra-referência da Atenção Terciária para os outros níveis de atenção à saúde	Garantir a continuidade do tratamento de 100% da população atendida por condições sensíveis à Atenção Primária nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF e Unidades Complementares à APS.	Criar e implantar protocolos de referência e contra-referência
		Garantir a participação ativa no Comitê Gestor da RUE.
		Propor a introdução da contra-referência como meta nos instrumentos de contratação da SES/MG
Garantir a realização integral dos serviços pactuados para a Região de Saúde de Ubá	Efetivar a realização de 100% dos serviços pactuados na PPI	Realizar ações de capacitação e sensibilização dos profissionais em todos os níveis de atenção
		Realizar negociação permanente na CIR, CIRA, CIB, COSEMS, GRS/Ubá, municípios de referência e prestadores
		Criar uma Comissão Permanente de Controle da PPI, com o fito de acompanhar e avaliar a execução dos serviços pactuados, com a participação do Controle Social
Melhorar a regulação, avaliação e auditoria dos serviços hospitalares	Melhorar a garantia do acesso de 100% dos usuários do SUS aos serviços hospitalares	Criar instrumentos de fluxo para regulação e acompanhamento dos serviços pactuados pela PPI

	eletivos e de urgência e emergência	Designar através de ato normativo os médicos auditores, autorizadores e supervisores do SUS
		Criar e implantar protocolos de regulação
		Melhorar a regulação da gestão de leitos hospitalares
		Efetivar a parceria com o Estado, através da GRS/Ubá visando à avaliação e auditoria dos serviços
Concentrar os serviços de maior densidade tecnológica observando a economia de escala e escopo assim como a disponibilidade financeira	Propor diretrizes para elaboração de convênios e contratos tendo como pressuposto a complementariedade dos serviços para os 04 hospitais locais	Promover estudos e negociações
		Constituir uma comissão de gestores da microrregião para negociar a proposta com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
		Propor a Casa de Saúde Padre Damião, pertencente à rede FHEMIG, a transformação de seu modelo assistencial
Estudar a viabilidade de assumir a co-gestão dos atuais serviços de urgência e emergência	Constituir 01 grupo de trabalho para realizar diagnóstico situacional dos principais fatores facilitadores e dificultadores afetos à urgência e emergência	Nomear uma Coordenação Municipal de Urgência e Emergência
		Elaborar um Plano Estratégico para efetivar a participação do município na gestão dos serviços de urgência e emergência

Tabela 133 - Assistência Farmacêutica

Diretriz	Manter e aprimorar a Assistência Farmacêutica, promovendo atendimento descentralizado e humanizado, disponibilizando recursos terapêuticos
-----------------	--

	conforme competência do município	
Objetivos Estratégicos	Metas	Ação
Estruturar e qualificar o serviço de Assistência Farmacêutica Municipal	Elaborar anualmente 01 relatório com pareceres de manutenção, exclusão e inclusão de itens da Assistência Farmacêutica, adequando-os aos protocolos vigentes, portarias ministeriais, evidências científicas e perfil epidemiológico da população de Ubá	Realizar estudos e análise dos instrumentos vigentes
		Apresentar o Relatório ao Secretário Municipal de Saúde, ao Gerente da Divisão de Assistência e Vigilância em Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde
	Realizar 12 reuniões ao ano da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT/Ubá	Criar uma agenda anual, com atividades mensais
		Publicizar no Diário Oficial do Município as atas, Resoluções e o Relatório Anual
Reavaliar e regulamentar a 100% da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME com base no perfil epidemiológico considerando as necessidades locais.	Revisar, de 2 em 2 anos, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT/UBÁ, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com base no perfil epidemiológico e as peculiaridades locais, conforme Decreto Municipal 5755, de 27/11/2015.	
Implantar 1 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) com capacidade para armazenar todos os medicamentos, materiais	Realizar um estudo de viabilidade com o fito de verificar os recursos materiais, humanos e	

	médico-hospitalares e odontológicos, adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde.	financeiros necessários para organizar e estruturar a CAF em local apropriado.
		Desmembrar a CAF da farmácia municipal localizada na região central do município
	Garantir 100% dos recursos necessários para o funcionamento das Unidades da Assistência Farmacêutica	Garantir dotação orçamentária e recursos financeiros necessários
		Promover adequações necessárias, em conformidade com o exigido pela Vigilância Sanitária.
	Construir 02 unidades da Farmácia de Todos	Estudar Viabilidade de terreno
		Estudar viabilidade do projeto
	Garantir capacitação para 100% dos servidores envolvidos na Assistência Farmacêutica Municipal	Agendar com a Gerência de Treinamento e Desenvolvimento e Referências Técnicas
	Manter 01 unidade de acolhimento e dispensação de medicamentos e insumos oriundos de determinação judicial, sob a supervisão da Assistência Farmacêutica Municipal	Reunir, acompanhar e monitorar periodicamente o estoque, planejamento de compra e a dispensação
	Implantar o Sistema Integrado de Gerenciamento e Assistência Farmacêutica – SIGAF em 100% das unidades dispensadoras	Informatizar todas as Unidades que compõem a Assistência Farmacêutica Municipal, a fim de prover meios para a utilização do Sistema

		Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), com acesso à internet.
	Cumprir 100% dos programas de treinamento municipal para a Assistência Farmacêutica	Desenvolver de forma participativa e implantar em todas as unidades que compõem a Assistência Farmacêutica Municipal Procedimentos Operacionais Padrões (POP's)
	Cumprir 100% dos programas de saúde, vinculados à Assistência Farmacêutica	Manter ativo o cadastro de um Responsável Técnico por cada Programa (Diabetes <i>Mellitus</i> , Tuberculose, Tabagismo, entre outros)
		Promover mensalmente palestras e/ou orientações de assistência farmacêutica, separando por grupo de usuários cadastrados em cada Programa
Garantir o abastecimento regular de medicamentos em todas as Unidades que compõem a Assistência Farmacêutica Municipal	Manter itens da Assistência Farmacêutica Municipal em 100% das unidades básicas de saúde, de acordo com suas especificidades e com a Relação Municipal de Medicamentos - REMUME	Promover o planejamento de compras de medicamentos e produtos para a saúde, cuja responsabilidade de aquisição seja do município, de acordo com a REMUME, conforme o cronograma

		estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
		Realizar as programações do processo regional, via SIGAF, para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica conforme o cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).
		Realizar as programações dos medicamentos do Componente Estratégico da AF bem como para programas específicos, tais como, Combate ao Tabagismo e a programação de Talidomida, conforme o cronograma estabelecido pela SES/MG.
		Realizar as programações do análogo de insulina, Glargina, medicamento do Componente Especializado da AF, conforme o cronograma estabelecido pela SES/MG

		Garantir, de forma contínua e ininterrupta, um estoque mínimo de 3(três) meses de medicamentos, adquiridos com recursos próprios
Garantir o abastecimento regular de medicamentos em todas as Unidades que compõem a Assistência Farmacêutica Municipal	Cumprir 100 % do cronograma de distribuição de medicamentos e produtos para a saúde para todas as unidades, que compõem a Assistência Farmacêutica Municipal.	Distribuir medicamentos ou produtos à todas as unidades que compõem a AF, e instituições, as quais complementam a saúde pública municipal.
		Elaborar um cronograma anual englobando os períodos para o recebimento dos pedidos e distribuição de medicamentos e produtos para a saúde de todas as unidades que compõem a Assistência Farmacêutica Municipal, bem como, os períodos de distribuição
Atender os pacientes em uso de medicamentos e produtos para a saúde cadastrados no programa Diabetes <i>Mellitus</i> no SIGAF, com Questionário de Triagem (QT) preenchido, conforme a deliberação CIB SUS nº 2.512, de 19 de julho de 2017 e suas atualizações	Atender os pacientes com Diabetes Mellitus cadastrados no SIGAF, com preenchimento do Questionário de Triagem (QT) de acordo com as metas estabelecidas abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • 2018: 60% • 2019: 70% 	Fazer um levantamento no SIGAF do número de pacientes em uso de medicamentos e insumos para o tratamento do Diabetes <i>Mellitus</i> , por meio do questionário de triagem (QT).

	<ul style="list-style-type: none"> • 2020:80% • 2021: 90% 	<p>Dispensar os medicamentos e produtos para a saúde do programa Diabetes <i>Mellitus</i> conforme Protocolo vigente e atualizar o Questionário de Triagem (QT) sempre que necessário.</p>
--	---	--

Tabela 134 - Vigilância em Saúde

DIRETRIZ	Efetivar as ações de Vigilância em Saúde, integrando as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador de forma mais organizada e planejada, subsidiando a assistência.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	META PREVISTA	AÇÃO
Executar os planejamentos e as ações das Vigilâncias de forma integrada entre si e articulada com a assistência.	Criar 01 agenda comum para Integração das Vigilâncias	Elaborar um plano de ação anual, com avaliação quadrimestral, comum para as Vigilâncias
	Elaborar 03 relatórios da Vigilância em Saúde por ano	Realizar análise dos dados para produzir informações e subsidiar o planejamento das ações da assistência
Intensificar a investigação mortalidade infantil e fetal	Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais registrados no SIM	Regulamentar O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, através de Portaria específica e nomear os seus membros;
Intensificar a investigação da mortalidade materna e mulheres em idade fértil	Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil e materno registrados no SIM	Manter o funcionamento regular do Comitê
Reduzir a transmissão vertical do HIV	Reduzir a taxa de incidência de AIDS em menores de 05 anos	Intensificar as ações de educação em saúde

	em até 10%, quando comparado ao ano anterior	<p>Implantar Teste Rápido para HIV em todas as UAPS</p> <p>Garantir a realização dos exames no Pré-natal</p> <p>Garantir acesso precoce da gestante HIV+ ao SAE de referência.</p> <p>Apresentar projeto para implantação do SAE em Ubá.</p>
Reduzir a morbi-mortalidade fetal	Aumentar a detecção de casos esperados de Sífilis congênita em, pelo menos, 80%, quando comparado ao ano anterior	<p>Intensificar as ações de educação em saúde</p> <p>Implantar Teste Rápido para Sífilis em todas as UAPS e garantir os exames preconizados no Pré Natal</p> <p>Garantir acesso ao tratamento precocemente</p>
Monitorar todas as notificações dos casos de Sífilis em gestantes	Aumentar em pelo menos 80% a notificação dos casos de Sífilis em gestante, quando comparado ao ano anterior	<p>Realizar a captação e cadastro das gestantes e seus parceiros, até o 1º trimestre de gestação</p> <p>Garantir a realização dos exames preconizados no pré-natal</p> <p>Notificar 100% dos casos confirmados</p>
Reduzir a letalidade dos casos graves das doenças transmitidas pelo A.a.	<p>Realizar 03 vezes ao ano ou de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde o levantamento do índice rápido para Aedes Aegypti (LIRAA)</p> <p>Atualizar 01 vez ao ano, até o mês de novembro, o Plano de Contingência, definindo os locais de referência para o atendimento dos casos, bem como a</p>	<p>Garantir condições e recursos humanos</p> <p>Reunir o Comitê de Enfrentamento de Agravos Epidemiológicos, para apresentação das diretrizes que subsidiarão</p>

	formulação do Plano de Ação	a atualização do Plano de Contingência e seu respectivo Plano de Ação
		Submeter ao Conselho Municipal de Saúde, para análise e aprovação
	Garantir 100% de notificação e investigação dos casos graves e óbitos suspeitos	Sensibilizar os profissionais da assistência hospitalar a fim de garantir a notificação dos casos
		Garantir capacitação permanente, voltada para o cumprimento da Portaria 204 de 17/02/2016, em conformidade com Protocolo Clínico Vigente
	Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes Aegypti</i> e/ou <i>Aedes Albopictus</i> , visitando 80% dos imóveis em ciclos bimensais de acordo com as diretrizes do Plano Nacional de Controle da Dengue - PNCD	Garantir recursos necessários
		Intensificar as ações de educação em saúde
		Promover mobilização permanente da sociedade
	Garantir condições básicas para atendimento dos casos prováveis das doenças transmitidas pelo <i>Aedes Aegypti</i> em 100% das UAPS	Realizar capacitações permanentes com equipes das UAPS
		Garantir materiais e insumos necessários nas UAPS
	Reduzir a letalidade dos casos graves das doenças transmitidas pelo A.a.	Garantir a manutenção da pactuação para o atendimento dos casos prováveis de doenças transmitidas pelo A.a em 100% das unidades hospitalares
Manter trabalho de parceria com as Instituições Hospitalares e suas referências		

	Garantir 100% dos recursos humanos necessários nas equipes de combate às endemias de acordo com a disponibilidade financeira e gasto com pessoal	Manter em vigência um Processo de Seleção Pública
Notificar os casos suspeitos de Hepatites virais	Notificar 100% dos casos confirmados de Hepatite Virais	Intensificar as capacitações e treinamentos nas unidades de ESF e hospitalares sobre a importância das notificações
		Realizar Teste Rápido nas UAPS
Manter a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador e da trabalhadora	Manter em 100% de unidades sentinelas realizando notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador e da trabalhadora	Promover capacitações e treinamentos nas unidades de saúde sensibilizando sobre a importância de notificação
		Monitorar o quantitativo de notificações por unidade e realizar reuniões intersetoriais para avaliação e cumprimento da meta
		Realizar busca ativa nas Unidade Notificadoras.
Intensificar notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou auto provocada	Realizar notificação em 80% dos casos suspeitos	Capacitar os profissionais de saúde, os setores afins e a população para a importância da notificação
		Implementar Protocolo Assistencial
		Definir um protocolo de ação intersetorial e interinstitucional
Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no Sistema de Informação de	Garantir 100% de notificações com investigações encerradas dentro do prazo considerado oportuno	Monitorar o sistema de informação diariamente

Agravos de Notificação (SINAN)		Promover Capacitação permanente para os operadores dos Sistemas
Monitorar a regularidade do envio de dados do SINAN	Manter o envio de 100% dos lotes semanalmente	Monitorar o sistema de informação diariamente
		Promover Capacitação permanente para os operadores dos Sistemas
Qualificar as Declarações de Óbitos (DO)	Inserir 100% das Declarações de Óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	Monitorar o sistema de informação diariamente
		Promover Capacitação permanente para os operadores dos Sistemas
		Instituir fluxo para recebimento e dispensação das DO's
Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)	Informar, no mínimo, 90% de óbitos não fetais com causa básica definida	Sensibilizar os profissionais médicos
Alimentar os dados do cadastro no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISÁGUA	Realizar 75% do plano de amostragem de análise de água para consumo humano, para o parâmetro de coliformes totais	Garantir recursos humanos e materiais para o cumprimento da meta
		Apresentar quadrimestralmente os resultados das análises, bem como os pontos de coleta
Alimentar os dados de controle da qualidade da água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISÁGUA	Manter 100% dos dados de controle de qualidade da água do município, digitados mensalmente no SISÁGUA	Promover capacitação permanente para os profissionais de saúde da Vigilância Ambiental
		Firmar parcerias com a VISA Municipal, Banco de Alimentos, EMATER, entre outros, para verificação da qualidade da água na agricultura familiar

		Garantir recursos necessários
Monitorar a situação epidemiológica da esquistossomose no município	Realizar 80% de exames KATO KATZ para controle da esquistossomose	Promover Capacitação permanente para os profissionais de saúde da Rede Municipal, com objetivo de entender a operacionalizar o fluxo.
		Implementar o fluxo para realização de exame Kato Katz
	Investigar 100% dos casos confirmados de <i>Schistosoma Mansoni</i> com identificação do Local Provável da Fonte de Infecção – LPI.	Promover capacitações e treinamentos aos profissionais de saúde da rede municipal, com objetivo de sensibilizar a importância da notificação/investigação, bem como o entendimento do protocolo para encerramento dos casos dentro do prazo oportuno
Curar clinicamente os casos de leishmaniose tegumentar americana	Garantir o percentual de cura maior ou igual a 80%	Garantir recursos necessários
		Investigar os casos verificando a cura para seu encerramento
Vacinar a população canina na campanha de vacinação anti-rábica	Garantir 80% de cobertura vacinal canina	Promover a capacitação permanente com agenda nos meses de julho e agosto de cada ano ou antecipadamente à realização das campanhas.
Promover a posse responsável e o controle da natalidade da	Conscientizar 100% da população sobre a importância	Divulgar a campanha nas mídias escrita e falada

população canina	da posse responsável	Preparar e distribuir materiais de divulgação sobre os princípios da campanha
		Formalizar parceria com as instituições não governamentais, de proteção dos animais
		Realizar estudo de viabilidade visando à captação de recursos para construção de um Centro de Controle de Zoonoses
		Regulamentar a posse responsável através de lei municipal específica.
	Criar 01 projeto de controle da natalidade da população canina.	Formalizar parcerias com instituições de ensino superior e consórcios públicos
		Realizar campanhas de esterilização de cadelas em parcerias com ONG's, Instituições de Ensino Superior e/ou consorciando com municípios circunvizinhos
		Disponibilizar recursos para castração
Promover a captura e guarda de cães errantes	Capturar 100% dos animais que oferecem riscos à população ou a si mesmos.	Manter o funcionamento do Canil Municipal
		Garantir estrutura física para recebimento dos animais capturados
		Formalizar parceria com as instituições não governamentais de proteção dos animais

		Apoiar as feiras de adoção promovidas por instituições não governamentais de proteção dos animais, estabelecendo um Protocolo quando se tratar de animais do Canil Municipal.
Realizar pesquisa de triatomíneos no município, conforme estratificação de risco	Pesquisar, no mínimo, 80% das unidades domiciliares programadas nas localidades rurais do município	Garantir recursos necessários
Realizar encerramento adequado dos casos de acidentes por animais peçonhentos, com preenchimento de todos os campos estabelecidos na ficha de notificação	Encerrar 100% de casos diagnosticados, no prazo oportuno	Promover o treinamento permanente de pessoal para garantir o preenchimento correto das Notificações nas unidades hospitalares
Realizar notificação de Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos	Notificar anualmente, no máximo, 01 caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos	Sensibilizar e capacitar de forma permanente os profissionais da assistência hospitalar e unidades de saúde a realizarem a notificação dos casos suspeitos
Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda	Garantir 100% dos casos de Paralisia Flácida Aguda com 01 coleta oportuna de fezes	
Investigar casos notificados de sarampo e rubéola em até 48 horas	Garantir 100% dos casos suspeitos de doenças Exantemáticas, investigados adequadamente com encerramento por critério laboratorial e bloqueio vacinal realizado	Sensibilizar e capacitar de forma permanente os profissionais da assistência hospitalar e unidades de saúde a realizarem a notificação dos casos suspeitos
		Monitorar diariamente as unidades hospitalares e UAPS para a notificação de casos suspeitos

		Estabelecer que Unidades Hospitalares e UAPS enviem, mensalmente, relatórios de busca ativa, quando não houver casos suspeitos
Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese	Garantir 100% de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial	Garantir recursos necessários
		Garantir a capacitação permanente dos profissionais de saúde com os protocolos clínicos do Ministério da Saúde
Qualificar a coleta de dados com o objetivo de aperfeiçoar as Declarações de Nascidos Vivos – DNV	Inserir 100% das Declarações de Nascidos Vivos do Sistema de Informação. (SINASC)	Monitorar o sistema de informação diariamente
		Promover Capacitação permanente para os operadores dos Sistemas
Avaliar a possibilidade de implantar o serviço de verificação e emissão de atesto de óbito	Elaborar 01 projeto para implantação do Serviço Regional de Verificação de Óbito	Solicitar estudo de viabilidade junto à SES/MG, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 1530/2013
		Buscar parceria com Instituto Médico Legal – IML.
Desenvolver ações de estruturação física, material, tecnológica, técnica, administrativa e legal para planejamento e operacionalização das ações e serviços de Vigilância Sanitária – VISA	Atualizar 100% do Código Sanitário Municipal	Elaborar e desenvolver projetos de leis específicas e encaminhá-las para que sejam aprovadas na Câmara Municipal de Ubá
		Publicizar o Código Sanitário Municipal atualizado
	Garantir 100% dos materiais e equipamentos mínimos necessários ao funcionamento do setor	Planejar e acompanhar o processo de orçamento e aquisição dos materiais, equipamentos e

		reestruturação do espaço físico.
	Elaborar e implantar normas para padronização de 80% das ações de fiscalização da Vigilância Sanitária – VISA	Elaborar Procedimentos Operacionais Padrões – POP's
		Publicizar e disponibilizar os formulários e normas no site da Prefeitura Municipal de Ubá
	Cadastrar 100% dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização da VISA	Garantir a equipe multidisciplinar mínima necessária bem como apoio logístico de acordo com os tipos de estabelecimentos
		Levantar e manter atualizado o número de estabelecimentos cadastrados no município passível de atuação da VISA Municipal
		Elaborar um cronograma de cadastramento e vistoria
		Criar um sistema de registro dos estabelecimentos cadastrados na VISA e manter atualizado para melhor monitoramento e regulação
Desenvolver ações de estruturação física, material, tecnológica, técnica, administrativa e legal para planejamento e operacionalização das ações e serviços de Vigilância Sanitária – VISA	Promover anualmente capacitação para 100% da equipe da Vigilância Sanitária - VISA	Buscar e disponibilizar junto a GRS/UBÁ, Superintendência de Vigilância Sanitária/SES-MG e ANVISA meios para que as capacitações ocorram

		Garantir a participação de capacitação permanente para a equipe
Monitorar se à resposta ao requerente de projeto arquitetônico é feita em tempo hábil	Realizar avaliação de 100% dos projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário	Reestruturação da equipe técnica multidisciplinar da VISA/SMS
		Identificar as soluções técnicas de arquitetura e de engenharia adotadas no projeto físico dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário que, caso venha a ocorrer, podem comprometer ou impedir a adequada realização das atividades do estabelecimento
Promover a educação sanitária no município	Realizar, no mínimo, 04 (quatro) ações educativas por quadrimestre, relacionadas à riscos e situações de riscos sanitários	Buscar parcerias com instituições de ensino, entidades congêneres a VISA e outras para o desenvolvimento de programas que promovam a produção e disseminação da informação em Vigilância Sanitária.
		Produzir e distribuir material informativo por área.
		Explorar as mídias próprias e locais para orientação e divulgação das ações à população.
		Durante as ações de fiscalização, orientar os responsáveis pelos estabelecimentos quanto aos riscos e situações de

		riscos sanitários.
Realizar as fiscalizações inerentes à Vigilância Sanitária – VISA	Coletar 100% das amostras constantes no Programa de Monitoramento de Qualidade de Alimentos do Estado de Minas Gerais – PROG VISA	Notificar as indústrias quanto às coletas de amostra única
		Encaminhar a amostra à GRS/UBÁ e após o recebimento dos laudos, adotar as medidas cabíveis, bem como interdição e desinterdição do produto de acordo com o resultado
		Interditar, apreender e inutilizar os produtos impróprios para consumo humano e encaminhar para procedimentos jurídicos, caso necessário
	Inspeccionar, no mínimo, 80% dos estabelecimentos cadastrados na VISA Municipal, anualmente	Estabelecer um cronograma com metas mensais, separado em processos protocolados, retornos e vistorias de rotina, de acordo com a última realizada no estabelecimento
	Fiscalizar a execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde em 100% das Unidades de Saúde de responsabilidade da VISA Municipal, para que mantenham a rastreabilidade das informações sobre o correto descarte disponível no estabelecimento para fiscalização da VISA	
	Realizar e registrar, no mínimo, 1 monitoramento anual dos estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, de responsabilidade da VISA Municipal	
		Estabelecer uma programação de vistorias nos estabelecimentos de saúde, em consonância às informações repassadas pelo Serviço de Controle e Avaliação de Ubá

<p>Aprimorar o atendimento às denúncias e reclamações, facilitando o acesso para a população, através de canais como internet e telefone</p>	<p>Divulgar para 100% da população a disponibilidade de canais apropriados para registro e encaminhamento de denúncias /reclamações, referentes a estabelecimentos sujeitos à fiscalização da Vigilância Sanitária - VISA</p>	<p>Divulgar e garantir o serviço ofertado nas mídias próprias e locais</p>
	<p>Averiguar e responder 100% das denúncias e reclamações em tempo oportuno e de forma completa, a fim de intervir em riscos à saúde da população.</p>	<p>Após correção dos artigos 22, 34 e 35 do Código de Posturas Municipal, para direcionamento correto das denúncias para o setor competente, realizando as ações de acordo com a demanda</p>
<p>Atuar na área de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, formais e informais, toda e qualquer classe, e desenvolver ações para redução das doenças e agravos relacionados ao trabalho, procurando assim, tornar o meio ambiente de trabalho mais saudável.</p>	<p>Elaborar 1 (um) Plano de Ação Anual do CEREST</p>	<p>Elaborar o Plano de Ação do CEREST, anualmente, de acordo com a realidade local, segundo as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde e com fundamento na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.</p>
		<p>Definir as ações e programas especiais que serão desenvolvidos anualmente, de acordo com programação orçamentária e financeira, considerando ainda o perfil da Equipe do CEREST.</p>
		<p>Submeter o Plano de Ação ao Conselho Municipal de Saúde, através da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT)</p>

	Manter em atividade 1 (uma) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) junto ao Conselho Municipal de Saúde	Através do CEREST, participar da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT)
		Através do CEREST, dar suporte técnico ao controle social para intervir na gestão colegiada do Conselho Municipal de Saúde e CISTT
		Proporcionar à Coordenação do CEREST hospedagem, alimentação e transporte para a participação nas reuniões da CISTT Ampliada.
		Manter participação efetiva da coordenação do CEREST em todas as reuniões da Comissão Intersetorial Ampliada de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no município de BH(CISTT Ampliada).
	Realizar, através do CEREST, no mínimo 6 (seis) capacitações por ano, sendo: 2 (duas) para os profissionais de saúde; 2 (duas) para a população trabalhadora e suas entidades representativas; e 2 (duas) para representantes do controle social.	Incorporar conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde, da urgência e emergência e atenção especializada
		Definir em conjunto com a CISTT os temas das capacitações voltadas para o Controle Social

		<p>Capacitar as lideranças da sociedade civil para a atuação nas instâncias de controle social relativas à Saúde do Trabalhador</p>
		<p>Identificar o perfil de saúde da população trabalhadora caracterizando o território, o perfil social, econômico e ambiental dessa população</p>
		<p>Efetuar, de acordo com as datas comemorativas do calendário anual referente à saúde e segurança do trabalho e profissões, campanhas educativas no formato de palestras, rodas de conversas, panfletagem sobre cada tema nas proximidades das respectivas datas de comemoração.</p>
<p>Atuar na área de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras urbanos e rurais, formais e informais, toda e qualquer classe, e desenvolver ações para redução das doenças e agravos relacionados ao trabalho, procurando assim, tornar o ambiente de trabalho mais saudável.</p>	<p>Realizar, através do CEREST, no mínimo 2 (duas) Vigilâncias da Situação de Saúde do Trabalhador, por ano.</p>	<p>Realizar levantamentos, monitoramentos de risco à saúde dos trabalhadores e de populações expostas, acompanhamento e registro de casos, inquéritos epidemiológicos e estudos da situação de saúde a partir dos territórios</p>
		<p>Caracterizar os perfis de morbidade e mortalidade e sua relação com os ambientes e processos de trabalho, condicionantes</p>

		<p>ambientais e outros.</p> <p>Analisar a situação de saúde dos trabalhadores, identificando as situações de maior gravidade, lacunas e prioridades para o planejamento das intervenções.</p> <p>Realizar a vigilância nos ambientes de trabalho integrado às demais áreas da Vigilância em Saúde</p>
	<p>Realizar, através do CEREST, inspeções sanitárias em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nos ambientes de trabalho de estabelecimentos em geral, em no mínimo 100% dos acidentes de trabalho grave emanada das unidades sentinela, no ambiente que gerou a ocorrência da notificação.</p> <p>Caso não haja acidente de Trabalho Grave, em função do Perfil Produtivo e Econômico, realizar no mínimo 02 (duas) inspeções sanitárias em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em estabelecimentos comerciais em geral.</p>	<p>Formar preferencialmente equipe multi e interdisciplinar, envolvendo tanto profissionais da saúde (Vigilância Sanitária, Ambiental, Epidemiológica, entre outros) quanto profissionais que não atuam no âmbito do SUS (Ministério do Trabalho e Previdência Social, Instituto Mineiro de Agropecuária, Sindicato dos Marceneiros e Ministério Público do Trabalho)</p> <p>Realizar atividade educativa orientada e subsidiada pela análise da situação de saúde da população trabalhadora, com fundamento na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.</p>

	<p>Notificar quadrimestralmente no SINAN, através do CEREST, pelo menos 1 (um) caso de agravo/doença relacionado ao trabalho, dentre as quais: Acidente de Trabalho Grave, Fatal e em Crianças e Adolescentes; Dermatose Ocupacional; Lesão por esforços repetitivos/Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/DORT); Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); Pneumoconiose relacionada ao Trabalho; e Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.</p>	<p>Realizar e garantir o suporte técnico ao profissional responsável pela investigação dos agravos e doenças em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para notificação compulsória</p>
		<p>Manter e garantir o suporte a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador e da trabalhadora</p>

Tabela 135 - Transporte Sanitário

Diretriz	<p>Proporcionar aos usuários e trabalhadores do SUS um sistema de transporte sanitário eficiente, humanizado e seguro</p>	
Objetivos Estratégicos	Metas	Ação
<p>Organizar o sistema de Transporte em Saúde de forma integrada, otimizando recursos e melhorando a qualidade</p>	<p>Priorizar o transporte de 100% dos pacientes em tratamento nos municípios de Juiz de Fora e Muriaé</p>	<p>Garantir dotação orçamentária e recursos financeiros</p>
		<p>Realizar processo licitatório para contratação de empresa especializada</p>
<p>Reorientar o fluxo de transporte assistencial, em virtude da implantação do Programa Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Sudeste do Estado de Minas Gerais</p>	<p>Criar 01 protocolo de transporte assistencial municipal</p>	<p>Nomear grupo de trabalho para elaboração e implantação do protocolo</p>
		<p>Apresentar ao Conselho Municipal de</p>

		<p>Saúde para análise e aprovação</p> <p>Publicizar o protocolo assistencial</p>
<p>Manter uma frota de veículos adequada e suficiente para atender a demanda</p>	<p>Realizar manutenção preventiva em 100% da frota municipal</p>	<p>Manter um controle de manutenção da frota atualizado</p> <p>Garantir a continuidade da prestação de serviços com as oficinas mecânicas credenciadas</p>
<p>Melhorar o acolhimento aos pacientes, quando se tratar de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	<p>Manter idade máxima dos veículos em 07 anos de uso, visando à substituição dos mesmos</p>	<p>Garantir recursos financeiros</p> <p>Elaborar projetos junto aos governos estadual e federal</p>
	<p>Oferecer 01 kit lanche para usuários do SUS, que se encontrarem em tratamento fora do domicílio, com critérios a serem definidos pela Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Realizar estudo de viabilidade financeira e logística</p> <p>Firmar contrato para prestação dos serviços</p>
<p>Promover transporte seguro e humanizado aos idosos e acompanhantes ao Centro de Referência Mais-Vida, na cidade de Juiz de Fora/MG.</p>	<p>Garantir transporte oportuno e confortável a 100% dos idosos referenciados e seus acompanhantes</p>	<p>Realizar previamente a manutenção, a limpeza, a higienização e a desinfecção dos veículos</p>
	<p>Designar a cada viagem, 01 servidor do setor da Saúde, que se responsabilize pelo direcionamento e acompanhamento dos idosos e seus acompanhantes no Centro Mais-Vida.</p>	<p>Promover escolha responsável</p>
<p>Garantir a segurança dos veículos, bem como a capacitação e paramentação dos motoristas do setor de saúde</p>	<p>Uniformizar/Paramentar 100% dos motoristas da Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Elaborar um modelo padrão específico para cada categoria (Auxiliar de Enfermagem e Motorista/Socorrista)</p>

		Adquirir uniformes e demais equipamentos de proteção individual apropriados para o serviço
	Garantir capacitação permanente à 100% dos motoristas e auxiliares de enfermagem/viagem, lotados na Secretaria Municipal de Saúde	Buscar parceria junto ao CISDESTE e ao Corpo de Bombeiros Militares
		Criar um canal para fins de avaliação interna e externa para os servidores do Transporte da Saúde
	Garantir que 100% dos veículos destinados ao transporte em saúde estejam com todos os equipamentos e acessórios necessários à segurança de seus condutores e passageiros	Adquirir todos os equipamentos necessários e obrigatórios do veículo, segundo legislação, pertinentes à segurança de seus condutores e passageiros

Tabela 136 - Gestão da Saúde

Diretriz	Aprimorar a gestão municipal do Sistema Único de Saúde – SUS, consolidando o Plano de Governo Municipal com as normativas do Governo do Estado e do Ministério da Saúde.	
Objetivos Estratégicos	Metas	Ação
Ampliar a oferta de serviços próprios de saúde	Viabilizar a implantação de 03 unidades de atendimento em fisioterapia nas regiões norte, sul e oeste do município	Viabilizar recursos financeiros
Elaborar um Programa Integrado de Educação Permanente	Criar 01 Comissão de Educação Permanente	Nomear servidores efetivos para a Comissão

	Elaborar 01 programação anual de cursos e capacitações	Incentivar os profissionais para participação em cursos e capacitações municipais, estaduais e federal, de acordo com a disponibilidade financeira
		Organizar, padronizar e disponibilizar materiais de caráter legal, informativo e educativo da saúde
	Promover anualmente, a participação dos profissionais da ESF, no mínimo, em 01 evento de atualização em atenção primária (seminário, congresso e/ou outros)	Garantir dotação orçamentária e recursos financeiros
Aprimorar a política de contratação de pessoal compatível com o novo modelo assistencial	Atualizar 100% do Plano de Carreira, Cargos e Salários para profissionais da Saúde	Nomear uma Comissão responsável pela proposta
		Apresentar o projeto à Administração Municipal para a possível efetivação
Fortalecer a intersetorialidade e integralidade da atenção	Realizar mensalmente 1(uma) reunião entre a gestão, gerentes, supervisores, encarregados e referências técnicas para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações dos serviços de saúde	Programar as reuniões mensais
		Traçar um mapa para acompanhamento e monitoramento das deliberações de cada reunião
Estudar a viabilidade de aderir a Gestão Plena do Sistema de Saúde	Estudar a possibilidade de assumir a gestão de 100% dos serviços de média e alta complexidade	Elaborar estudos para avaliar a mudança do modelo de gestão municipal
		Realizar visitas em municípios mineiros que assumiram a Gestão

		Plena nos últimos 8 anos.
Inovar a gestão da saúde através da informatização do processo de trabalho, de forma a modernizar, normatizar, padronizar e sistematizar os dados, melhorando assim a comunicação e a disponibilização das informações	Informatizar e interligar em rede 100% dos serviços de Saúde	Atualizar o Projeto de Informatização
		Garantir dotação orçamentária e recursos financeiros necessários
		Realizar processo licitatório para aquisição de equipamentos e materiais permanentes necessários
		Preparar todos os pontos com rede lógica e infraestrutura necessária
		Realizar processo licitatório para implantação e locação de software específico para o SUS ou participação em processo junto ao Governo Federal, de acordo com as normativas.
Melhorar e ampliar a comunicação e informação no sistema municipal de saúde	Criar 01 caderno de serviços de saúde	Designar responsáveis para elaboração do Caderno
		Publicizar o caderno
		Organizar e formatar as informações
		Capacitar os servidores (recepcionistas)
Ampliar a captação de recursos para melhoria das ações e serviços da Secretaria Municipal de Saúde	Designar 01 servidor para elaboração de projetos da saúde	Promover capacitação e disponibilizar meios para desenvolvimento do trabalho

		Realizar estudo de viabilidade
Garantir sede administrativa adequada com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde	Construir, reformar ou adaptar 01 imóvel de propriedade do Município, com o fito de sediar diversos Setores da Secretaria Municipal de Saúde	Elaborar projeto arquitetônico
		Garantir dotação orçamentária e recursos financeiros necessários
		Realizar Processo Licitatório
Padronizar os processos de trabalho administrativos da Secretaria de Saúde	Nomear 1 comissão para compor o grupo condutor de elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrões (POP's)	Levantar todos os processos de trabalho que necessitem de uma padronização
		Buscar uma forma participativa para colher informações que auxiliarão na elaboração dos POP's
Elaborar o Mapa Estratégico da Saúde, com o propósito de disseminar em toda a Rede de Saúde os objetivos que esta persegue, conscientizando que para atingi-los é preciso alocar recursos que possibilitem alcançá-los ou realizá-los.	Construir de forma participativa 1 Mapa Estratégico e seu respectivo Mapa de Negócio, definindo a Missão, Visão e Valores da Secretaria de Saúde de Ubá	Nomear um responsável para conduzir o processo
		Formalizar os Mapas Estratégico e de Negócio
		Apresentar os Mapas Estratégicos e de Negócio à Gestão Municipal para avaliação e aprovação.

		Disponibilizar, em local de fácil acesso à todos, a Missão, a Visão e os valores em toda Unidade Pública pertencente à Secretaria Municipal de Saúde.
Disponibilizar informações, de forma executiva e gerencial, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento.	Analisar 100% dos dados gerados pelos Sistemas de Informações em Saúde	Implantar a Sala de Situação em Saúde, centrada em um único espaço físico.
		Designar 1 servidor público municipal, efetivo, para Coordenar a Sala de Situação em Saúde
		Disponibilizar recursos necessários para sua efetivação

Tabela 137 – Controle Social

Diretriz	Fortalecer os mecanismos de Controle Social e fomentar a participação da população visando à discussão, construção, efetivação e fiscalização das políticas públicas de saúde no município	
Objetivos Estratégicos	Metas	Ação
Promover meios para a criação dos Conselhos Locais de Saúde	Implantar Conselhos Locais de Saúde em 100% das áreas urbanas e rurais de cobertura da Estratégia Saúde da Família	Identificar entidades e lideranças dentro das áreas adscritas. Realizar reuniões com as lideranças comunitárias em conjunto com as equipes da ESF

		Criar um protocolo padrão para implantação do Conselho Local.
		Definir, por meio de Resolução, a participação efetiva do Conselho Municipal de Saúde na implantação dos Conselhos Locais
		Garantir recursos necessários para implantação e funcionamento dos conselhos locais, a ser regulamentado por CMS.
Ampliar os conhecimentos da sociedade sobre as políticas públicas de saúde	Realizar anualmente 01 Seminário Municipal de Saúde direcionado às entidades de todos os segmentos, para ampliação de conhecimento das políticas públicas de saúde do município	Garantir recursos necessários, a ser definido por deliberação.
		Nomear uma comissão para organização e realização do evento
		Elaborar uma agenda para realização de reuniões prévias regionais
		Divulgar o evento nos meios de comunicação
		Elaborar e divulgar o Relatório Final nos meios de comunicação
Capacitar, qualificar e valorizar os Conselheiros Municipais de Saúde	Criar 01 programa de capacitação e qualificação de conselheiros municipais de saúde e suas respectivas entidades	Garantir insumos e materiais necessários
		Estabelecer um curso de 20 horas/ano como pré-requisito para

		permanência no Conselho Municipal de Saúde
		Nomear uma Comissão Especial Intersetorial para elaboração do Programa de Capacitação
		Definir critérios, por meio de Resolução, para selecionar a participação dos conselheiros nos cursos de capacitação
	Garantir a participação de conselheiros, 100% paritário, em capacitações a nível regional, estadual e nacional.	
	Criar 01 registro histórico para o SUS, valorizando os Conselheiros Municipais de Saúde e registrando suas atuações históricas no município de Ubá.	Registrar, editar e publicar um documentário de atuações dos Conselheiros Municipais de Saúde no SUS
Estimular e desenvolver a intersectorialidade dos Conselhos Municipais	Realizar anualmente 01 Fórum Permanente dos Conselhos Municipais	Nomear uma comissão intersectorial para organização
		Sensibilizar os gestores das outras áreas e seus respectivos Conselhos Municipais
Manter a estrutura e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	Garantir o funcionamento de 100% das atividades do Conselho Municipal de Saúde	Ampliar o horário de funcionamento do CMS de forma integral, de segunda a sexta-feira
		Garantir os serviços de manutenção predial
		Ampliar a jornada de trabalho da servidora municipal, exercendo a função de Secretária

		<p>Executiva do CMS</p> <p>Designar 2 estagiários para auxílio administrativo nos períodos da manhã e tarde</p> <p>Disciplinar de forma regimental as atribuições administrativas do Conselho Municipal de Saúde</p> <p>Acompanhar quadrimestralmente, por meio de prestação de contas, a execução financeira da dotação orçamentária do CMS.</p> <p>Atualizar o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde</p>
<p>Garantir a realização de Pré-Conferências, Conferências Municipais de Saúde e Conferências Temáticas</p>	<p>Realizar 100% das Conferências Municipais de Saúde, definidas em lei e/ou por meio de convocação</p>	<p>Realizar pré-conferências regionais, 6 meses de antecedência.</p> <p>Nomear Comissão Especial para organização, através de Resolução e Portaria.</p> <p>Garantir recursos necessários, a regulamentar por meio de Resolução</p> <p>Registrar, formatar e publicar os Relatórios Finais das Conferências.</p>

Promover a melhoria e efetivação do sistema de registro e fluxo de informações geradas pela Ouvidoria Municipal de Saúde	Revisar 01 vez a cada ano a Resolução nº 01/2013 que dispõe sobre o sistema de registro e fluxo de informações geradas pela Ouvidoria	Submeter à Comissão de Ouvidoria e posteriormente, ao plenário do Conselho Municipal de Saúde para aprovação, sempre que houver alterações
		Manter a adesão ao sistema informatizado Ouvidor SUS ou à outro que venha substituí-lo
	Produzir e enviar 12 relatórios anuais ao Prefeito, Gestor Municipal e ao Conselho Municipal de Saúde	Apresentar o relatório detalhado até o 5º dia útil do mês subsequente
		Submeter à Comissão de Ouvidoria e posteriormente, ao plenário do Conselho Municipal de Saúde para aprovação.
Divulgar o serviço de Ouvidoria Municipal de Saúde para todos os segmentos do SUS	Realizar 01 reunião semestral com as lideranças comunitárias	Criar uma agenda
	Realizar 01 reunião semestral com os gerentes e supervisores da SMS e prestadores do SUS	Criar uma agenda
	Divulgar os serviços da Ouvidoria em 100% dos serviços vinculados ao SUS Municipal	Confeccionar banners para exposição nos eventos da Saúde
		Publicizar nas mídias próprias e locais, o serviço ofertado pela Ouvidoria

Capacitar, qualificar e valorizar Ouvidor Municipal de Saúde e seus servidores	Participar em 100% dos cursos de capacitação e qualificação relacionados à Ouvidoria	Garantir dotação orçamentária e recursos financeiros vinculados
Manter a estrutura e funcionamento da Ouvidoria Municipal de Saúde	Garantir o funcionamento de 100% das atividades da Ouvidoria Municipal de Saúde	Ampliar o horário de funcionamento da Ouvidoria Municipal, em conformidade com o Conselho Municipal de Saúde
		Garantir os serviços de manutenção predial
		Ampliar a jornada de trabalho das servidoras municipais, responsáveis pelo atendimento de usuários na Ouvidoria Municipal de Saúde
Realizar o monitoramento das ações contidas no Plano Municipal de Saúde	Monitorar 100% das ações contidas no Plano Municipal de Saúde 2018-2021	Oficializar a Comissão de Monitoramento
		Apresentar ao Plenário do CMS, trimestralmente, Relatórios da Comissão de Monitoramento
Monitorar, sempre que informado, sobre as demandas e/ou notificações judiciais	Monitorar 100% das demandas e/ou notificações judiciais	Oficializar a Comissão de Monitoramento
		Estabelecer junto à Secretaria de Saúde um fluxo para compartilhamento das demandas judiciais impetradas

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde é um importante instrumento de gestão visando o planejamento das ações de saúde para o período de 2018-2021. As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas tem se baseado na necessidade de ajustar as proposições do plano de governo com as determinações políticas existentes nas três esferas de governo, município, estado e governo federal, principalmente levando em consideração os limites orçamentários e financeiro. A construção do Plano Municipal de Saúde de maneira colaborativa e participativa, através de varias reuniões e oficinas, nos ajuda a delinear os modos que tornarão nossos propósitos aos longo destes quatro anos, alcançáveis.

Considerando que a política federal e estadual é dinâmica e estamos submetidos a constantes mudanças inclusive na forma do financiamento, o Plano Municipal de Saúde segue o mesmo dinamismo e necessidade de atualizações. Avaliações externas realizadas por órgão federal e estadual, ações civis publicas e laudos de vistorias de órgãos estaduais recebidas mostram um baixo índice de avaliação na atenção básica demonstrando o quanto de trabalho e empenho deverá ser realizado em vários setores da atenção à saúde.

Nosso principal objetivo é a melhoria de qualidade nas ações e serviços de saúde, no fortalecimento da rede de Atenção Primaria, reforço do controle e auditoria das ações, transparência de gestão e fortalecimento da participação social. Uma meta prioritária e um grande desafio é apoiar os servidores para proporcionar melhor acolhimento aos usuários externos, assim como melhoria na estrutura física e equipamentos das unidades de atenção á saúde do município.

Finalmente, a participação de todos os atores envolvidos no processo e constante interface com as outras áreas como governo, educação, desenvolvimento social, cultura, planejamento, finanças, procuradoria jurídica, ambiente e mobilidade urbana e administração são fundamentais para alcançar os resultados desejados.

(Dulcinea Thinassi Perini – Sec. Municipal de Saúde)