



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Saúde Pública

O Sistema Único de Saúde – SUS – é uma rede hierarquizada, composta de várias unidades interligadas, segundo os níveis de complexidade – baixa, média e alta – e organizada por região. Sua direção é única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização para os Municípios. Dessa forma, a assistência de baixa complexidade, também chamada de atenção básica ou primária, deve ser prestada por todo Município, que é o principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde e, por conseguinte, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Já as microrregiões sanitárias, compostas por vários Municípios contíguos, oferecem a assistência de média complexidade, e as macrorregiões, compostas por algumas microrregiões, prestam serviços de média e alta complexidade.

Tendo-se em vista que nenhuma região dispõe da totalidade de recursos (financeiros e humanos) necessários para solucionar todos os problemas de saúde da sua população, a organização dessa rede de assistência é fundamental para garantir a integralidade da atenção, e implica a definição dos locais de referência e contrarreferência à atenção especializada. O sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo que objetiva adequar a capacidade do serviço de saúde à demanda da população. Por meio desse sistema é possível encaminhar o paciente de um Município aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar de outra localidade. Esse fluxo de usuários é previamente definido na Programação Pactuada e Integrada – PPI –, que sistematiza a pactuação entre os Municípios para que o mais equipado e com maior oferta de serviços de média e alta complexidade possa atender à demanda daqueles com menos recursos e serviços. Cabe à Secretaria de Estado de Saúde coordenar a PPI, controlar a efetivação das pactuações e dar o suporte técnico e financeiro em caso de defasagens ou demandas não previstas com as quais arquem os Municípios.

As instâncias de negociação do SUS são a Comissão Intergestores Tripartite – CIT –, composta pelos gestores municipais, estaduais e federal, e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB –, composta pelos gestores municipais e estadual. Nelas são definidas as composições dos sistemas municipais de saúde e pactuadas as programações entre gestores.

O sistema público de saúde é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados e do Distrito Federal, bem como dos Municípios, além de outras fontes. O financiamento é, portanto, tripartite, e os Estados e Municípios

devem aplicar recursos em ações e serviços de saúde como contrapartida para o repasse de recursos federais. Tais repasses ocorrem “fundo a fundo”, isto é, as transferências são realizadas diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou para o Fundo Estadual de Saúde, de forma regular e automática¹. Essa é uma das principais formas de transferência de recursos federais para financiar ações e serviços de saúde. Há, ainda, outros recursos destinados a financiar metas específicas do Ministério da Saúde, que são repassados mediante adesão dos gestores e aprovação de projeto.

As políticas públicas de saúde em Minas Gerais são executadas no âmbito do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – 2008-2011 por meio da Área de Resultados Vida Saudável, especialmente nos programas: “Saúde integrada – logística e apoio às redes de atenção”, “Regionalização – redes de atenção à saúde”, “Saneamento básico: mais saúde para todos”, “Saúde em casa” e “Vida no vale – Copanor”. As principais fontes orçamentárias desses programas são o Fundo Estadual de Saúde e os repasses federais oriundos do Ministério da Saúde.

Legislação básica:

Lei Federal nº 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Lei Federal nº 8.142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e a necessidade de criação dos conselhos de saúde e dos fundos de saúde para o recebimento dos recursos destinados ao setor. Determina a realização das conferências de saúde a cada quatro anos.

Norma Operacional Básica, de 6/11/1996 – NOB/96 –, do Ministério da Saúde, publicada com o objetivo de promover o pleno exercício da gestão municipal da rede de serviços locais de saúde, além de redefinir as responsabilidades dos Estados e da União.

Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS –, de 27/2/2002, do Ministério da Saúde, que amplia as responsabilidades dos Municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da

¹ O Pacto pela Saúde, editado em 2006, reorganizou em cinco grandes blocos as transferências federais que financiam o Sistema Único de Saúde: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS.

capacidade de gestão do SUS; e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios.

Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000, que modificou o artigo 198 da Constituição Federal para estabelecer que União, Estados e Municípios devem aplicar recursos mínimos em ações e serviços de saúde. O percentual a ser aplicado anualmente é de 12% da receita corrente líquida nos Estados e de 15% nos Municípios.

Portaria GM nº 399, do Ministério da Saúde, de 22/2/2006, que divulga o Pacto pela Saúde/Consolidação do SUS e faz adequações no sistema de financiamento do SUS.

Para organizar a prestação de serviços da saúde de acordo com os princípios do SUS, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, que tem, entre seus objetivos, o de garantir o acesso da população no sistema de saúde em seus diversos níveis de atenção: baixa, média e alta complexidade.

No PDR são delimitados espaços regionais no território do Estado, em que municípios circunvizinhos são vinculados a um Município polo com capacidade de atender a população dos locais em que não há equipamentos ou profissionais qualificados para atender a casos de média e alta complexidades. No modelo de regionalização, o espaço do Município deve atender a demanda de serviços básicos de atenção à saúde; o espaço microrregional dispõe, além da atenção básica, de tecnologias de média complexidade; e o espaço macrorregional oferta procedimentos que requerem alta complexidade tecnológica, isto é, alto grau de especialização, além de serviços de baixa e média complexidade. Para transferir pacientes de uma localidade a outra, foi criado o Sistema Estadual de Transporte em Saúde – Sets –, que integra os Municípios das microrregiões do Estado, visando garantir o acesso aos serviços de saúde por meio de um transporte eficiente e humanizado. O sistema organiza-se em rede descentralizada e integrada que leva em conta as necessidades do cidadão, a realidade social e a oferta de serviços em cada região. Em Minas Gerais existem, atualmente, 76 microrregiões e 13 macrorregiões de saúde, conforme o mapa a seguir.

Importância do SUS na redução da pobreza e das desigualdades regionais

O Brasil está entre os países de maior desigualdade social e, conseqüentemente, apresenta grandes iniquidades no campo da atenção à saúde. Promover a saúde da população implica necessariamente atuar para a redução da pobreza e das desigualdades regionais, uma vez que as condições de trabalho, de habitação, os modos de viver, o acesso a bens e serviços essenciais, à educação, ao lazer e à cultura são determinantes e condicionantes da saúde de indivíduos e coletividades. Assim, os cuidados com a saúde da população devem obedecer a três princípios: intersectorialidade, que consiste na atuação coordenada de diversos setores e órgãos da estrutura estatal; participação de toda a sociedade para desenvolver modos de viver saudáveis; e equidade, respeito à igualdade de direitos de todos os cidadãos.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. De acordo com a Constituição, a atenção à saúde é um direito radicalmente vinculado à existência de políticas econômicas e sociais que deverão assegurar outros direitos fundamentais como, por exemplo, moradia, alimentação, educação e lazer. Assim, cabe ao Estado não só assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também promover a qualidade de vida e reduzir a ocorrência de situações de risco à saúde. A Lei nº 8.080, de 19/9/1990, ratifica essa concepção: o cuidado com a saúde da população pressupõe o controle de seus fatores condicionantes e determinantes, ou seja, além de garantir o acesso aos serviços de saúde, a exames e medicamentos, é preciso considerar os modos de viver da população.

A atuação do SUS na promoção da saúde deve conferir, portanto, visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas no País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, propiciem a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. A política de saúde pode e deve privilegiar as regiões mais carentes para a alocação de recursos e priorizá-las no caso de implantação de programas.

Para que a política de saúde possa contribuir com a superação da pobreza e a redução das desigualdades, é fundamental garantir o acesso às ações e serviços de saúde de todos os níveis em todas as regiões do Estado. Além de assegurar as ações de

promoção e prevenção da saúde nas áreas de maior vulnerabilidade social, é preciso garantir o acesso a exames diagnósticos, a tratamento especializado nos casos necessários e a medicamentos para tratar com rapidez o usuário do sistema, principalmente aquele que já se encontra em situação de risco social que geralmente implica risco à saúde.

Atenção Básica

Também chamada de atenção primária ou de baixa complexidade, a atenção básica é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, e é organizada de forma a prestar atendimento o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham.

A organização da atenção básica parte de um conceito ampliado de saúde, que considera os diversos aspectos que determinam o processo saúde-doença no País, como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, má qualidade do ar e da água.

Diante das vulnerabilidades sociais, a atenção à saúde da família, conhecida como Programa Saúde da Família – PSF –, foi considerada pelo Ministério da Saúde estratégia prioritária para a organização da atenção básica no âmbito do SUS. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esses últimos são o elo entre a comunidade e a equipe, que se responsabiliza pela atenção básica de uma área delimitada, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. As ações das equipes abrangem promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e os profissionais podem executá-las no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf – e no domicílio dos usuários, quando necessário.

Ressalte-se que a atenção básica está entre as responsabilidades do órgão gestor municipal (Secretaria Municipal de Saúde), cabendo a ele a contratação dos profissionais e a instalação das unidades de saúde para que as equipes possam desenvolver seus trabalhos.

No que se refere ao fortalecimento e qualificação da atenção primária à saúde e de prevenção, diversas ações já são desenvolvidas no Estado no Programa 049 – Saúde em Casa – do PPAG. Em linhas gerais, as Ações 1116 – Ampliação da Cobertura Populacional do PSF; 1127 – Financiamento de Reforma, Construção e Equipamento das

Unidades Básicas de Saúde do PSF; e 4334 – Apoio Profissional à Atenção Primária à Saúde visam universalizar a oferta da atenção básica para a população dependente do SUS, bem como melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária, com ênfase na promoção, prevenção e assistência à saúde da família.

É a atenção básica eficiente, com o bom acompanhamento da Saúde da Família, que garante a construção de uma rede qualificada de atenção à saúde, para assegurar em todas as regiões do Estado o acesso às diversas linhas de cuidados e serviços.

Ampliar a atenção básica qualificada nas regiões mais carentes é fundamental para promover a saúde e garantir que todos os cidadãos possam se tornar usuários do SUS.

Os indicadores a seguir ilustram como as questões culturais, sociais, econômicas e ambientais podem interferir na saúde.

O quadro mostra o percentual dos óbitos por doença diarreica aguda em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Reflete as condições socioeconômicas e de saneamento, bem como as ações de atenção à saúde da criança, principalmente a utilização de procedimentos básicos como a terapia de reidratação.

Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade

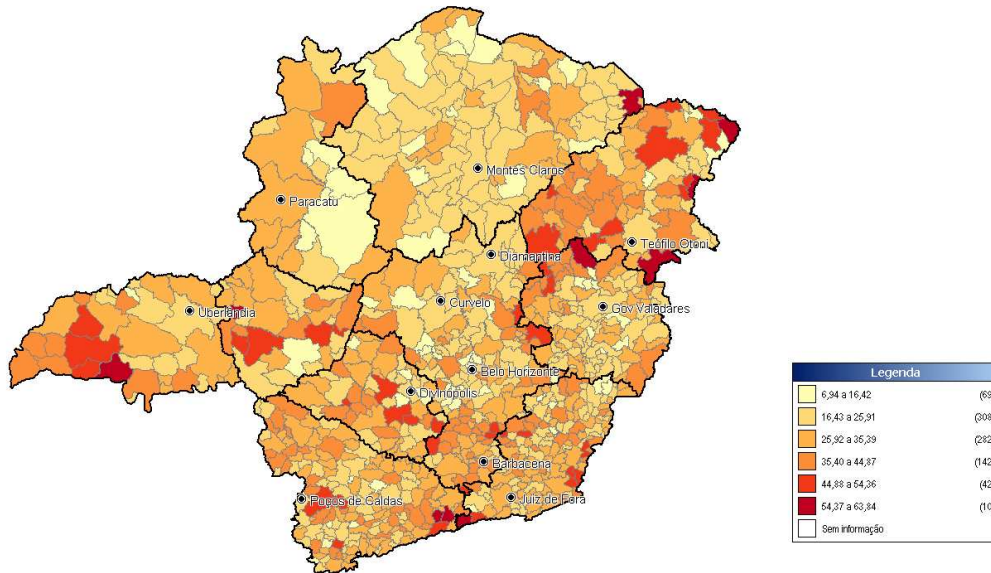
Proporção de óbitos (%) por Região e Ano				
Região	2005	2006	2007	Total
Região Norte	6,2	4,9	4,2	5,1
Região Nordeste	6,5	6,5	5	6
Região Sudeste	1,7	1,8	1,3	1,6
Região Sul	1,7	1,5	1,1	1,4
Região Centro-Oeste	3,5	3,5	2,9	3,3
Total	4,1	3,9	3,1	3,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponível em < http://tabnet.datasus.gov.br/csv/A093032187_32_77_51.csv >

O mapa a seguir indica o percentual de pessoas internadas em condições que uma eficiente atenção primária à saúde dispensaria a internação.

Internações Hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial

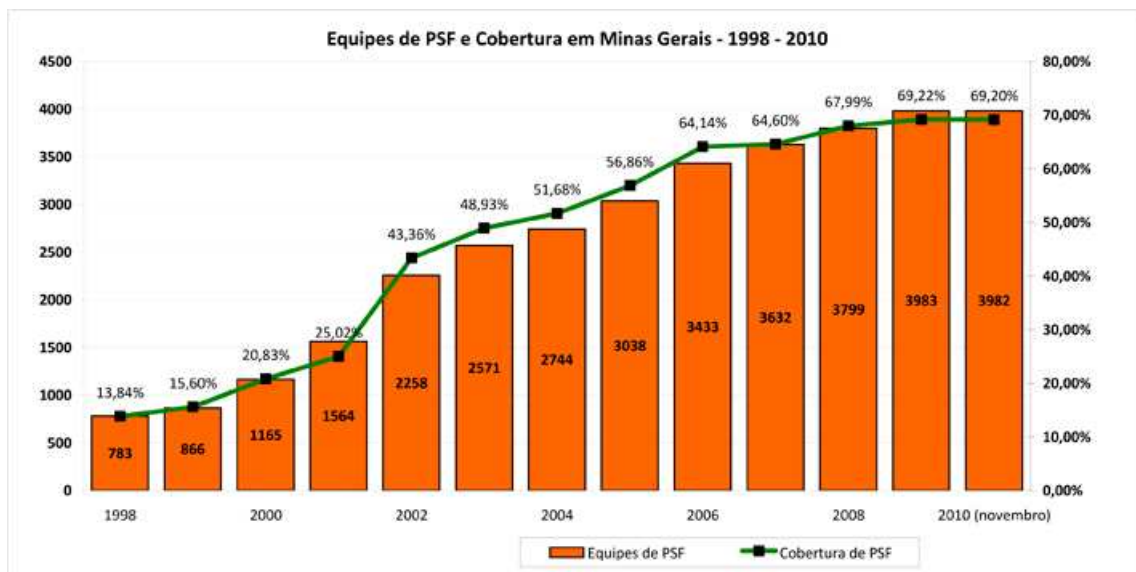
Proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial (%)
 Todos os municípios de Minas Gerais - Ano de referência: 2007



Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social, disponível em

<<http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/82-servicos-cepp/956-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs>>

População em Minas Gerais coberta pelo PSF



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, disponível em
< http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa >

Promoção da Saúde (vigilância alimentar e nutricional e cultivo de hábitos de vida saudável)

A promoção da saúde insere-se na atenção básica. A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS –, aprovada pela Portaria nº 687 GM, de 30/3/2006, do Ministério da Saúde, afirma que, para a promoção da saúde, é imprescindível intervir sobre problemas como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água. As ações públicas em saúde não devem, portanto, se limitar a criar meios para a cura e reabilitação dos doentes, mas privilegiar medidas preventivas e de promoção de saúde, transformando os fatores da vida cotidiana que colocam as coletividades e os indivíduos em situação de vulnerabilidade.

A PNPS tem como principais objetivos específicos: incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive do poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras); estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde; valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis; contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais; prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; estimular a adoção de modos de viver não violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; valorizar e ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governo, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Os eixos norteadores da PNPS são: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável.

Cabe ao gestor estadual pactuar com os gestores municipais e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS; criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde nas Secretarias de Saúde estaduais; articular o apoio à implantação e supervisão das ações de promoção da saúde nos Municípios; estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação da política; implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais e regionais; promover articulação intersetorial para a efetivação da política; elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde.

No que se refere à vigilância alimentar e nutricional, a crescente oferta de alimentos industrializados, o acesso facilitado à alimentação de baixo custo e muito calórica e a redução no consumo de alimentos saudáveis, como cereais integrais, legumes, frutas e verduras, representam mudanças preocupantes nos hábitos da população brasileira. A diminuição de atividades físicas associada a isso vem afetando o perfil nutricional dos cidadãos, resultando no aumento de doenças crônicas.

Uma alimentação saudável deve ser acessível, variada e segura quanto aos aspectos sanitários; deve considerar as práticas alimentares culturais e valorizar o consumo de alimentos regionais saudáveis. Além disso, deve ser adequada às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida.

A promoção da alimentação saudável é uma das linhas de atuação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde – MS –, que está inserida na PNPS, e tem como objetivo apoiar os Estados e Municípios brasileiros no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, tais como anemia, hipovitaminose A, distúrbios por deficiência de iodo – DDIs –, desnutrição, obesidade, diabetes, hipertensão, câncer, entre outras. As ações da área têm como prioridade o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e

elevado valor nutritivo, bem como padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e velhice.

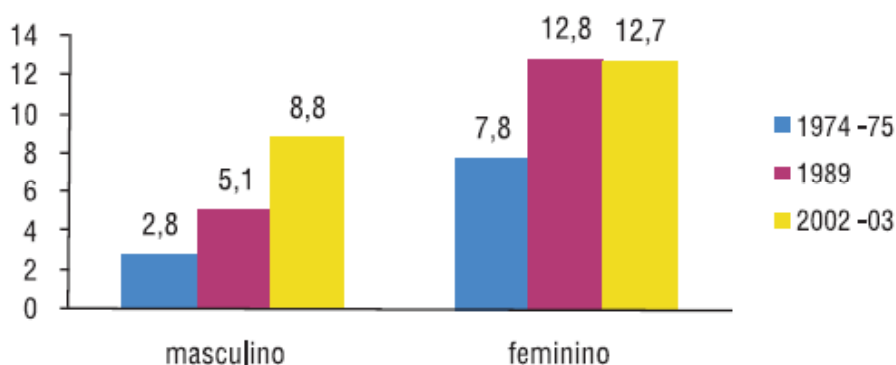
Para o alcance do propósito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, são definidas como diretrizes: o estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; a garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços no campo alimentar; o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Para o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, propõe-se a ampliação e o aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan –, do Ministério da Saúde, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o País. O Sisvan é um sistema de informações que tem como objetivo principal disponibilizar continuamente dados sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Essas informações podem ser utilizadas para subsidiar o planejamento, a formulação de políticas e o gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional.

Em relação à alimentação, no âmbito estadual a Ação 4359 – Acompanhamento nutricional da população – do Programa 049 – Saúde em casa – do PPAG tem por finalidades: prestar acompanhamento nutricional à população, fundamentalmente crianças, adolescentes, gestantes e idosos; garantir a atualização permanente do banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan –, incentivando a contratação de profissionais da área de vigilância nutricional nas equipes de saúde da família e promovendo a qualificação dessas equipes para esse fim; e realizar diagnóstico e avaliação do funcionamento do Sisvan no Estado.

A seguir, alguns dados estatísticos sobre a obesidade no Brasil e hábitos alimentares dos brasileiros.

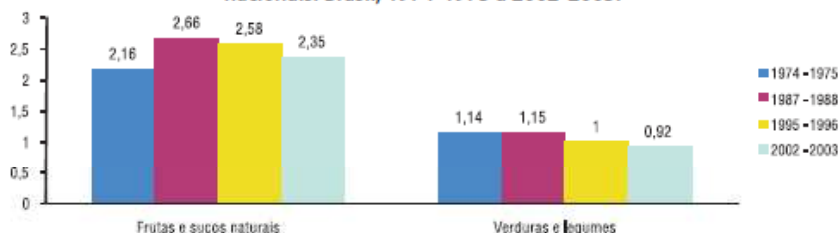
Tendência secular da obesidade em adultos no Brasil, segundo sexo. Brasil, 1975-2003.



Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índice de Preços, Estudo Nacional da Despesa Familiar 1974-1975 e Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição 1987-1988 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.

Painel de Indicadores do SUS nº 6 - Promoção da Saúde – Ministério da Saúde, 2009

Evolução da participação relativa (%) de frutas, sucos naturais, verduras e legumes no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, segundo inquéritos nacionais. Brasil, 1974-1975 a 2002-2003.



Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índice de Preços, Estudo Nacional da Despesa Familiar 1974-1975 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003.

Painel de Indicadores do SUS nº 6 - Promoção da Saúde – Ministério da Saúde, 2009

No que se refere à prática regular de atividades físicas, estimativas de 2004 da Organização Mundial de Saúde mostram que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. A inatividade física destaca-se no conjunto de fatores de risco que tem relação direta com essas estatísticas. Em 2008, apenas 15% da população adulta era fisicamente ativa no tempo livre; as mulheres foram identificadas como o público menos ativo e detectou-se que a inatividade física aumenta com a idade. Cabe ao SUS, portanto,

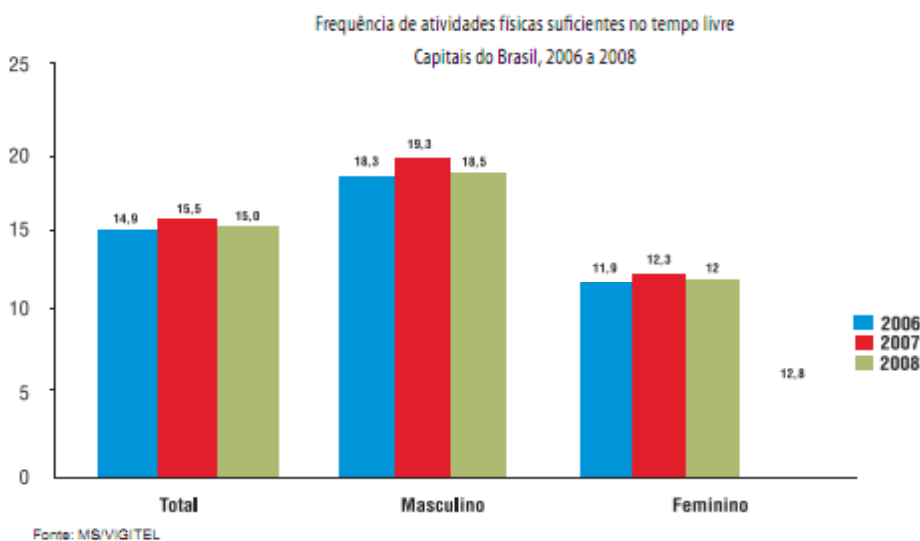
propiciar condições favoráveis à atividade física e estimular número cada vez maior de pessoas a adquirirem o hábito de se exercitarem.

No âmbito do PPAG, o Programa 149 – Incentivo ao Desporto foi criado para estimular a prática de esportes e de atividades físicas regulares voltadas para a manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Nele se encontram as Ações 4330 – Promoção do desporto de participação –, 4047 – Incentivo a projetos esportivos – e 4166 – Campos de luz. Além dessas ações, no Programa 027 – Minas olímpica –, a Ação 1214 – Ampliação e reestruturação de espaços esportivos e de atividades físicas – tem como finalidade financiar a reforma e construção de instalações esportivas e de lazer e a aquisição de toda infraestrutura necessária para a modernização de espaços públicos com o objetivo de estimular a prática de atividade física e esporte.

A seguir, alguns indicadores sobre os efeitos da prática de atividade física na saúde e sobre a frequência da prática de atividades físicas no Brasil.



Painel de Indicadores do SUS nº 6 - Promoção da Saúde – Ministério da Saúde, 2009



Painel de Indicadores do SUS nº 6 - Promoção da Saúde - Ministério da Saúde, 2009

Atenção de Média e Alta Complexidade

Conforme definido pelas diretrizes organizacionais do SUS, a atenção à saúde de média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

O nível de alta complexidade do sistema, por sua vez, diz respeito aos hospitais de grande porte onde se concentram recursos, humanos e materiais, de maior especialização; esse nível da atenção cuida daquelas doenças que necessitam de maior investimento diagnóstico, terapêutico e de produção de conhecimento.

A classificação dos serviços em média e alta complexidade resulta em algum grau de economia de escala, uma vez que esses serviços não estão disponíveis em todos os Municípios, mas, sim, distribuídos em referências micro ou macrorregionais. Assim, uma vez que a distribuição geográfica dos serviços de saúde influencia o seu acesso, a organização da rede urbana desses serviços torna-se fator relevante, embora não suficiente, na busca da equidade na sua utilização. O planejamento de redes funcionais de assistência e a coordenação dos fluxos intermunicipais de pacientes para atendimento são meios de facilitar o acesso dessa população aos serviços de assistência à saúde.

A “Rede Regional de Atenção às Urgências e Emergências” é um projeto que visa organizar e integrar as ações de saúde desenvolvidas nessa área, a fim de reduzir, no Estado, as mortes e sequelas evitáveis. A rede foi baseada no PDR e tem como centro de comunicação a rede de atenção básica.

Cumpre-nos destacar que no PPAG 2008-2011 existem ações destinadas a garantir a oferta de cuidados de média e alta complexidade. Entre elas podemos citar: Ação 4308 – Fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do Sistema Único de Saúde – Pro-Hosp, do Programa 044 – Regionalização – redes de atenção à saúde; Ações 4003 – Complexo de urgência e emergência, 4004 – Complexo de especialidades, e 4006 – Complexo de hospitais gerais, ambas do Programa 107 – Atendimento hospitalar, ambulatorial e emergencial –, desenvolvido pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig.

Em relação à Rede de Urgência e Emergência, existe uma ação específica para implantar e manter essa rede, que é a Ação 4638 – Rede de urgência e emergência, também do Programa 044 – Regionalização - redes de atenção à saúde.

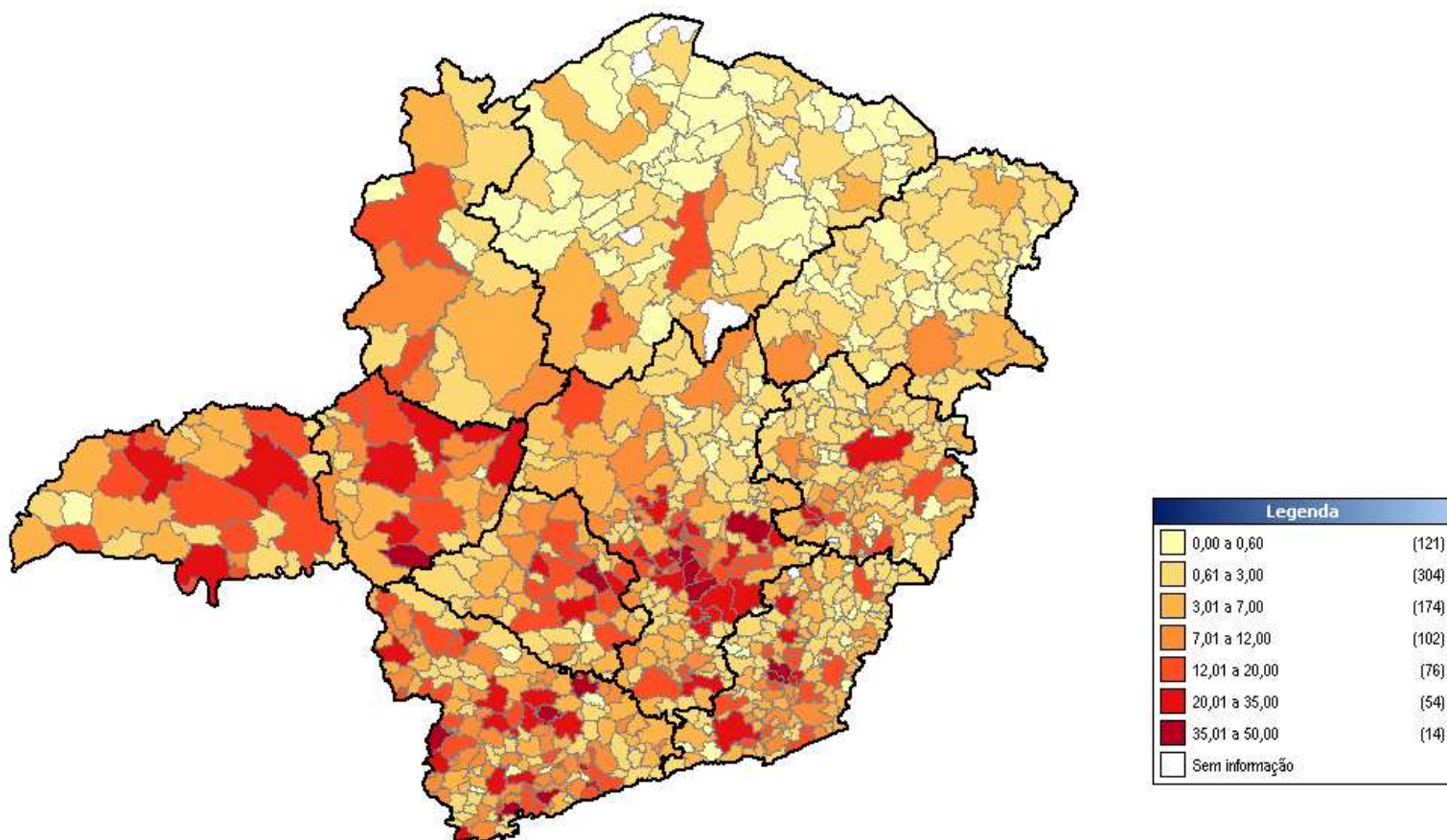
A política de atenção hospitalar de média e alta complexidade pode contribuir para a superação da pobreza e a redução das desigualdades regionais na medida em que der prioridade a questões como a mortalidade infantil e materna; o acesso aos serviços de saúde em todas as regiões; a mudança no perfil demográfico, com o aumento do número de idosos; e a ocorrência das doenças crônicas de maior impacto epidemiológico. Para tanto, priorizar a implementação das redes de atenção específicas (materno-infantil; urgência e emergência; atenção ao idoso; e atenção aos hipertensos e diabéticos) seria de fundamental importância, sobretudo nas regiões que dispõem de poucos serviços e recursos tecnológicos, a fim de formar a rede hospitalar socialmente necessária.

A seguir, apresentamos alguns indicadores do acesso ao atendimento médico-hospitalar no Estado.

No primeiro mapa, apresentamos a proporção da população coberta por plano de saúde privado. Esse dado subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médica, especialmente quanto às condições de oferta de serviços e alocação de recursos no SUS. Nas regiões onde não há cobertura por plano de saúde privado, quase toda a população é dependente do SUS.

Proporção da população coberta por sistemas de saúde suplementar (%)

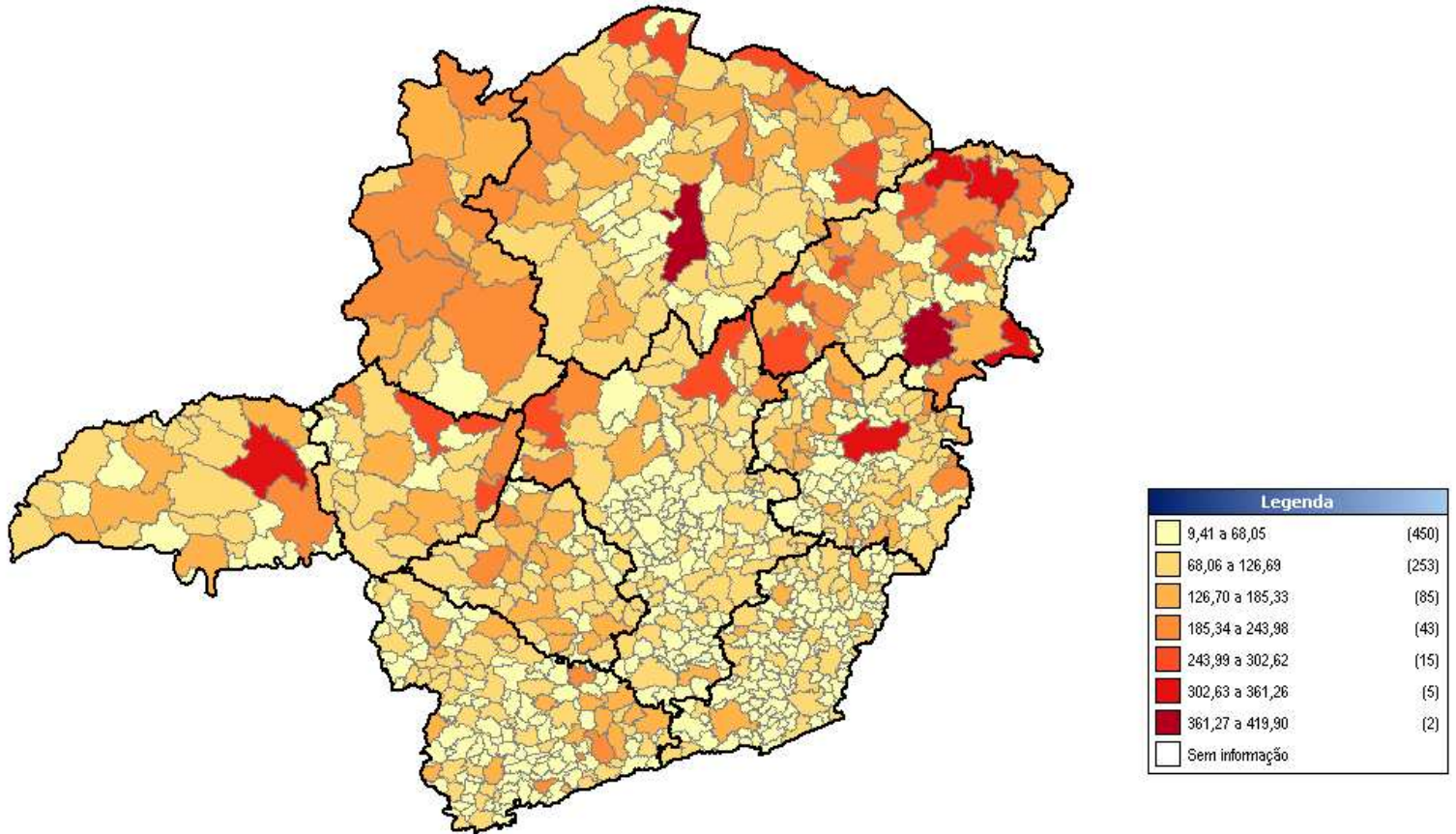
Todos os municípios de Minas Gerais - Ano de referência: 2007



Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social, disponível em <<http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/82-servicos-cepp/956-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs>>

No próximo mapa, são mostradas as condições de acesso aos serviços de internação hospitalar em Minas Gerais, considerando o fluxo de pacientes que necessitam de procedimentos de média complexidade, para os quais se esperaria o atendimento o mais próximo possível do local de sua residência. Diferentemente das internações de alta complexidade, que requerem concentração de tecnologia visando à economia de escala e de escopo, e, portanto, são realizadas por serviços de abrangência macrorregional, as internações de média complexidade, que correspondem à atenção secundária à saúde, devem ser ofertadas no espaço microrregional.

Distância média percorrida para internação hospitalar de média complexidade de pacientes do SUS encaminhados para outros municípios (km)
Todos os municípios de Minas Gerais - Ano de referência: 2007



Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social, disponível em >><http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/82-servicos-cepp/956-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs>

No mapa e no quadro a seguir, apresentamos as microrregiões do Estado em que o Sistema Estadual de Transporte em Saúde já está implantado.

Microrregiões contempladas



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, disponível em
http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/sistema-estadual-de-transporte-sanitario

Macrorregião	Microrregião	Ano de implantação
SUDESTE	Micro Juiz de Fora	2005
SUDESTE	Micro Santos Dumont	
CENTRO SUL	Micro São João Del Rei	2006
NORTE DE MINAS	Micro Montes Claros / Bocaiuva	2006
NORTE DE MINAS	Micro Janaúba	2007
LESTE	Micro Mantena	2007
LESTE DO SUL	Micro Ponte Nova	2007
SUDESTE	Micro Bicas	2007
CENTRO OESTE	Micro Campo Belo - Santo Antônio do Amparo	2007
NORDESTE	Micro Águas Formosas	2007
NORTE DE MINAS	Micro Brasília de Minas	2008
NORTE DE MINAS	Micro Januária	2008
NORTE DE MINAS	Micro Manga	
NORDESTE	Micro Araçuaí	2008
NORDESTE	Micro Itaobim	
NORTE DE MINAS	Micro Salinas / Taiobeiras	2008
NORTE DE MINAS	Micro Francisco Sá	2008
JEQUITINHONHA	Micro Diamantina	2008
JEQUITINHONHA	Micro Minas Novas / Capelinha / Turmalina	2008
NORTE DE MINAS	Micro Pirapora	
NORTE DE MINAS	Micro Coração de Jesus	2008
LESTE DO SUL	Micro Viçosa	
SUL	Micro Alfenas - Machado	2009
SUL	Micro Guaxupé	
SUL	Micro Pouso Alegre	2009
SUL	Micro São Lourenço / Caxambu	2009
SUL	Micro Itajubá	2009
SUL	Micro Lavras	2009
TRIANGULO DO NORTE	Micro Ituiutaba	2009
TRIANGULO DO NORTE	Micro Patrocínio	2009
NOROESTE	Micro Patos de Minas	2009
CENTRO OESTE	Micro Bom Despacho	2009
CENTRO OESTE	Micro Divinópolis / Santo Antônio do Monte	2009
CENTRO	Micro Curvelo	2009
CENTRO	Micro Itabira	2009
CENTRO	Micro Betim	2009
NORDESTE	Micro Almenara	2009
LESTE DO SUL	Micro Manhuaçu	2009
LESTE	Micro Ipatinga	2009
CENTRO	Micro Sete Lagoas	2009
NORDESTE	Micro Teófilo Otoni	2009
SUDESTE	Micro Muriaé	2009
SUL	Micro Poços de Caldas	2009
CENTRO OESTE	Micro Para de Minas	2010
TRIANGULO DO NORTE	Micro Uberlândia	2010
SUDESTE	Micro Carangola	2010
LESTE	Micro Coronel Fabriciano	2010
NORDESTE	Micro Pedra Azul	2010
NORDESTE	Micro Padre Paraíso	2010
NORDESTE	Micro Nanuque	
Total de microrregiões com SETs implantado	50	

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica é organizada em três componentes no SUS: o da assistência farmacêutica básica, o especializado e o dos medicamentos estratégicos.

A assistência farmacêutica na atenção básica é financiada pelo Ministério da Saúde – MS –, Estados e Municípios. Os medicamentos desse componente são destinados ao tratamento de doenças de maior incidência e aos programas de saúde inseridos na rede de cuidados da atenção primária à saúde, conforme definido na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME –, que é atualizada periodicamente pelo MS. Como exemplo, podemos citar neste componente os remédios para febre, analgésicos, anti-inflamatórios, antialérgicos, antibióticos, antifúngicos, antiparasitários, antissépticos, anti-hipertensivos, insulinas e antidiabéticos orais, contraceptivos, entre outros.

O Componente Especializado garante o tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, conforme definido em protocolos clínicos do MS, e anteriormente era chamado de Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É destinado a agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico, e em geral são medicamentos de alto custo para doenças mais raras. Incluem-se neste componente os remédios para artrite reumatóide, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, osteoporose, hepatite crônica, imunodeficiência, transplantados, anemias graves, esquizofrenia, doença renal, entre outras patologias. Os medicamentos deste componente estão divididos em três grupos com características, formas de financiamento e aquisição distintas.

Por fim, os medicamentos estratégicos destinam-se aos portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública, consideradas de caráter estratégico pelo MS como, por exemplo, tuberculose, hanseníase, DST/aids, endemias focais (doença de Chagas, meningites, influenza, esquistossomose, malária, entre outras), subnutrição, tabagismo. Nesse caso, o MS estabelece os protocolos de tratamento, faz a aquisição dos medicamentos e distribui para os Estados. As Secretarias Estaduais de Saúde armazenam e distribuem às Regionais ou Municípios.

Cumpre-nos destacar que no PPAG 2008-2011 existem ações destinadas a garantir o abastecimento regular dos medicamentos para a população. São as Ações 4299 – Distribuição de medicamentos básicos – e 4302 – Distribuição de medicamentos de alto custo –, que fazem parte do Programa 175 – Assistência farmacêutica.

A política de assistência farmacêutica tem grande impacto na redução da pobreza e das desigualdades na medida em que a população que dela mais necessita é a que tem

menos recursos para a compra de medicamentos. É necessário garantir o fornecimento gratuito dos medicamentos necessários para todos os mineiros, principalmente para os que residem em locais de difícil acesso e que não dispõem de recursos para adquiri-los de outra forma.

A seguir, alguns indicadores referentes à utilização de medicamentos farmacêuticos pela população. A tabela indica o percentual da renda gasto com medicamentos em cada classe de rendimento, conforme informado pelas pessoas pesquisadas na amostragem.

Proporção (%) da renda familiar utilizada com saúde (medicamentos), por classes de rendimento monetário e não monetário mensal familiar, segundo Região e UF.

Brasil, 2003

Região e UF	Até 400	Mais de 400 a 600	Mais de 600 a 1.000	Mais de 1.000 a 1 200	Mais de 1 200 a 1 600	Mais de 1 600 a 2.000	Mais de 4.000 a 6.000	Mais de 6.000	Total
Região Sudeste	6,74	4,58	3,53	3,03	2,66	2,83	1,77	1,11	2,03
Minas Gerais	6,19	5,95	3,35	2,98	2,99	3,2	1,88	1,08	2,31
Espírito Santo	6,52	4,37	3,89	4,05	3,13	2,73	1,64	1,21	1,39
Rio de Janeiro	9,06	3,71	3,57	3,17	2,69	2,51	2,39	1,26	2,14
São Paulo	5,72	4,06	3,55	2,91	2,48	2,79	1,54	1,02	1,86

Fonte: IBGE/Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003
Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2009/e0901_03m.htm

Na próxima tabela, apresentamos os gastos com medicamentos dos Municípios mineiros segundo a estratificação populacional.

Classes Populacionais	Municípios		População		Despesas Medicamentos		
	n	(%)	n	(%)	(R\$)	(%)	
A1	0-2.000	15	2,66	24.237	0,14	870.019,41	0,63
A2	2.001-4.000	117	20,78	367.197	2,13	8.226.646,72	6,00
A3	4.001-6.000	133	23,62	657.562	3,81	8.099.478,81	5,91
A4	6.001-8.000	91	16,16	621.613	3,60	6.268.348,55	4,57
A5	8.001-10.000	62	11,01	557.201	3,23	5.279.694,01	3,85
A6	10.001-12.000	40	7,10	436.041	2,52	3.494.995,23	2,55
A7	12.001-14.000	35	6,22	455.773	2,64	3.917.412,20	2,86
A8	14.001-16.000	27	4,80	403.453	2,34	3.176.323,72	2,32
A9	16.001-18.000	23	4,09	389.100	2,25	2.785.425,96	2,03
A10	18.001-20.000	20	3,55	377.011	2,18	3.420.616,96	2,49
TOTAIS CLASSE A		563	-	4.289.188	24,84	45.538.961,56	33,21

TABELA 2

Gastos com medicamentos dos municípios mineiros segundo estratificação populacional.

Fonte: SIOPS (2008)

A tabela a seguir mostra o total do gasto com medicamentos em Minas Gerais e o percentual gasto pelos Municípios conforme sua faixa populacional.

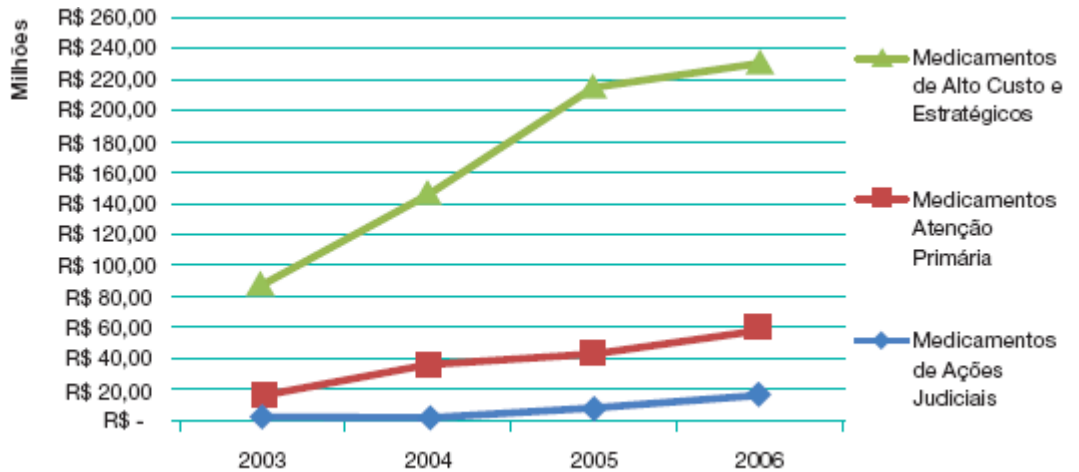
Classes Populacionais		Municípios		População		Despesas Medicamentos	
		n	(%)	n	(%)	(R\$)	(%)
A	0-20.000	563	78,0	4.289.188	24,8	45.538.961,56	33,2
B	20.001-50.000	101	14,0	2.903.629	16,8	19.070.250,82	13,9
C	50.001-100.000	35	4,8	2.523.420	14,6	17.042.136,98	12,4
D	100.001-200.000	12	1,7	1.437.719	8,3	9.156.225,64	6,7
E	200.001-1.000.000	10	1,4	3.715.382	21,5	31.637.921,70	23,1
F	1.000.001-11.000.000	1	0,1	2.399.920	13,9	14.691.832,45	10,7
TOTAIS CLASSE A		722	100,00	17.269.258	100,00	137.137.329,15	100,00

Fonte: Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica – Secretaria de Estado de Saúde – 2008. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/rfm/02%20Farmacia_de_Minis_050608.pdf>

A seguir, apresentamos a evolução dos gastos da Secretaria de Estado de Saúde com medicamentos de 2003 a 2006.

GRÁFICO 3
Evolução dos gastos da SES/MG com medicamentos, 2003 a 2006 (inclui receitas de repasses federais e municipais)

Fonte: SAF/SES-MG



Fonte: Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica – Secretaria de Estado de Saúde – 2008. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/rfm/02%20Farmacia_de_Minis_050608.pdf>

Tratamento da dependência química

A atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – segue o modelo de rede de atendimento ambulatorial e hospitalar. Assim, a assistência é prestada tanto pela atenção básica, que inclui as equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf –, quanto pela rede de saúde mental – hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial – Caps. Além desses serviços, há outras formas de assistência, como os Pontos de Acolhimento Transitórios, as Casas de Passagem e os Consultórios de Rua.

Na atenção básica, são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e tratamento dos principais problemas de saúde decorrentes do uso de drogas, além de atividades para a reinserção social dos usuários. Nos Municípios com menos de 20 mil habitantes, o ideal é que a atenção básica trate todos os casos relacionados ao uso indevido de drogas.

O atendimento especializado em saúde mental é prestado pelos Caps, que são de três tipos: Caps I, Caps II e Caps III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Oferecem atendimento ambulatorial em três modalidades: intensivo, destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento contínuo; semi-intensivo, para pacientes que precisam de acompanhamento frequente; e não intensivo, dirigido aos pacientes que não necessitam de atendimento frequente. Entre os Caps II há os Caps-ad, que prestam serviços de atenção psicossocial a pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e os Caps-i, serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Em Minas Gerais há cerca de 70 Caps I implantados. Até junho de 2010, havia no Estado cerca de 19 serviços de Caps-ad em funcionamento, sendo um deles o Centro Mineiro de Toxicomania – CMT – da Fhemig, e 19 serviços de Caps-i credenciados, segundo informações da Secretaria de Estado de Saúde – SES.

Os casos de intoxicação aguda e de síndrome de abstinência moderada a grave são atendidos nos hospitais gerais e nos serviços hospitalares de referência em álcool e drogas – SHRAD –, existentes nos Municípios com mais de 200 mil habitantes, com Caps-ad e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu – em funcionamento. Em Minas Gerais, até junho de 2010 não havia nenhum SHRAD credenciado, segundo informações da Coordenação Estadual de Saúde Mental da SES.

Em 2010 o governo federal editou o Decreto nº 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao “Crack” e Outras Drogas, com o objetivo de coordenar as ações federais de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário e combater o tráfico, em parceria com Estados, Municípios e sociedade civil.

O plano, composto de ações de aplicação imediata e ações estruturantes, fundamenta-se na articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

São ações imediatas constantes no plano: ampliação de leitos para tratamento de usuários de “crack” e outras drogas; ampliação da rede de assistência social voltada para a inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários em programas de reinserção social; ampliação das ações de prevenção, tratamento, assistência e reinserção social em regiões de grande vulnerabilidade à violência e ao uso de “crack” e outras drogas; o enfrentamento ao tráfico de drogas em todo o território nacional, principalmente nos Municípios localizados em região de fronteira; o fortalecimento e a articulação das polícias estaduais para atuarem nas áreas de maior vulnerabilidade ao consumo de “crack”; e a realização de uma campanha permanente de mobilização nacional para engajamento no plano.

As ações estruturantes, por sua vez, organizam-se em torno de cinco eixos: ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social e integração das ações de prevenção, tratamento e reinserção social; diagnóstico da situação do consumo do “crack” e suas consequências; campanha permanente de mobilização, informação e orientação; formação de recursos humanos e capacitação de profissionais e lideranças comunitárias; e criação de centro integrado de combate ao crime organizado, com ênfase no narcotráfico.

Em decorrência do Plano Integrado de Enfrentamento ao “Crack” e Outras Drogas, estão sendo implantados Centros Regionais de Referência em “Crack” e Outras Drogas – CRR –, que funcionarão em universidades federais de 19 Estados. Os referidos centros serão responsáveis por capacitar este ano cerca de 15 mil profissionais como médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários.

No que se refere à realização de parcerias entre Estado, Municípios e organizações não governamentais que atuam nas áreas de saúde, educação e reinserção social para o desenvolvimento de projetos de atenção ao usuário de álcool e outras

drogas, na área de resultados Defesa Social do PPAG 2008-2011 há o Programa 160 – Rede complementar de suporte social e atenção ao dependente químico –, que tem como objetivo ampliar e efetivar a melhoria das diversas ações e serviços de atenção ao usuário de álcool, tabaco e outras drogas, desenvolvidos por órgãos governamentais e não governamentais nas atividades de redução de demanda (prevenção, tratamento, reinserção social) e redução dos danos sociais e à saúde nos diversos Municípios do Estado.

Acrescente-se ainda que, na última revisão do PPAG 2008-2011 realizada nesta Casa, foi incluída no Programa 706 – Atenção à saúde –, por meio de emenda popular, a Ação 4107 – Apoio técnico e financeiro à ampliação dos Caps –, cuja finalidade é incentivar técnica e financeiramente os Municípios e os consórcios intermunicipais de saúde a implementarem Caps-i e Caps-ad.

A implantação dos Caps depende da iniciativa do Município que, após ter sua proposta aprovada pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde, passa a receber os recursos para o funcionamento dos centros. Entretanto, como as cidades mais pobres não conseguem arcar com as despesas necessárias para contratar profissionais e implantar o serviço, seria de fundamental importância destinar incentivo financeiro para a implementação de Caps, sobretudo nas regiões que dispõem de poucos serviços e recursos tecnológicos para atender aos usuários de álcool e outras drogas e que apresentam maior vulnerabilidade social.

Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – em 25 de junho de 2010

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab.
Norte	15.359.603	39	22	2	3	11	77	0,38
Acre	691.132	0	1	0	0	1	2	0,29
Amapá	626.609	0	0	0	1	2	3	0,48
Amazonas	3.393.369	1	3	1	0	0	5	0,15
Pará	7.431.020	20	11	1	2	5	39	0,40
Roraima	1.503.928	10	5	0	0	1	16	0,73
Roraima	421.499	1	0	0	0	1	2	0,36
Tocantins	1.292.051	7	2	0	0	1	10	0,50
Nordeste	53.591.197	334	120	13	34	70	526	0,77
Alegres	3.156.108	36	6	0	1	2	45	0,86
Bahia	14.637.364	109	30	3	7	14	163	0,75
Ceará	8.547.809	43	27	3	6	17	96	0,89
Maranhão	6.367.138	36	13	1	3	6	59	0,65
Pernambuco	3.769.977	36	9	2	7	8	62	1,19
Pernambuco	8.810.256	19	17	1	6	10	53	0,50
Piauí	3.145.325	23	5	0	1	4	33	0,68
Rio Grande do Norte	3.137.541	12	10	0	2	5	29	0,73
Sergipe	2.019.679	20	3	3	1	4	31	1,11
Centro-Oeste	13.895.375	43	24	1	5	15	88	0,48
Distrito Federal	2.606.885	1	2	0	1	2	6	0,21
Goiás	5.926.300	9	14	0	2	4	29	0,41
Mato Grosso	3.001.692	25	2	0	1	5	33	0,68
Mato Grosso do Sul	2.360.498	8	6	1	1	4	20	0,70
Sudeste	80.915.332	169	165	27	53	96	510	0,54
Espírito Santo	3.487.199	7	8	0	1	3	19	0,44
Minas Gerais	20.033.665	74	44	8	11	18	155	0,61
Rio de Janeiro	16.010.429	33	38	0	13	16	100	0,52
São Paulo	41.384.039	55	75	19	28	59	236	0,53
Sul	27.719.118	140	75	3	27	50	295	0,82
Paraná	10.686.247	34	26	2	7	20	89	0,68
Rio Grande do Sul	10.914.128	63	36	0	14	22	135	0,95
Santa Catarina	6.118.743	43	13	1	6	8	71	0,82
Brasil	191.480.630	725	406	46	122	242	1541	0,63

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008

Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Nota 2 - Parâmetros: Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_uf_junho.pdf>

Nos quadros a seguir, apresentamos dados a respeito da morbidade hospitalar, que significa o número de internações hospitalares financiadas pelo SUS. As tabelas trazem o número de internações no Estado para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, que incluem opiáceos, canabinóides, sedativos, hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, solventes voláteis e fumo.

Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas, por macrorregião de saúde e ano de processamento

Macrorregião de Saúde	2008	2009	2010	Total
Sul	549	372	342	1263
Centro Sul	141	194	162	497
Centro	1123	647	648	2418
Jequitinhonha	9	1	5	15
Oeste	192	114	126	432
Leste	76	28	20	124
Sudeste	1155	1315	895	3365
Norte	179	180	151	510
Noroeste	27	13	18	58
Leste do Sul	34	11	8	53
Nordeste	40	12	5	57
Triângulo do Sul	114	55	73	242
Triângulo do Norte	187	225	178	590
Total	3826	3167	2631	9624

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

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimg.def>>

**Internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, por
macrorregião de saúde e ano de processamento**

Macrorregião de Saúde	2008	2009	2010	Total
Sul	846	820	715	2381
Centro Sul	344	292	243	879
Centro	1078	980	942	3000
Jequitinhonha	5	13	58	76
Oeste	218	128	168	514
Leste	6	15	74	95
Sudeste	1315	1321	820	3456
Norte	228	295	219	742
Noroeste	12	15	26	53
Leste do Sul	3	11	30	44
Nordeste	4	10	19	33
Triângulo do Sul	440	424	373	1237
Triângulo do Norte	329	409	363	1101
Total	4828	4733	4050	13611

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimg.def>>

Iniciativas da Assembleia Legislativa de Minas Gerais

Instalação de comissões temporárias

O tema da saúde pública é tratado na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais na Comissão de Saúde, que realiza reuniões e audiências com convidados para debater e votar matérias relacionadas à área e voltadas ao interesse da população.

Além da Comissão de Saúde, algumas comissões temporárias foram instaladas para discutir temas de saúde: Comissão Parlamentar de Inquérito da Saúde, instalada em 5/7/2000; Comissão Especial para o Estudo da Atenção à Pessoa com Transtorno Mental, Deficiência Mental ou Autismo, instituída em 19/4/2007; e Comissão Extraordinária de Políticas Públicas de Enfrentamento à Aids, às DSTs, ao Alcoolismo, às Drogas e Entorpecentes, instalada em 27/3/2009.

Eventos

A ALMG realizou diversos eventos para discutir temas de saúde pública com impacto na vida da sociedade. Entre os mais relevantes, destacamos os seguintes: ciclo de debates “Qualidade de vida e políticas públicas para idosos”, em 27/5/2010; debate

público “HIV/Aids: prevenção, assistência e parcerias entre Estado e sociedade civil”, em 19/12/2009 e debate público “Uso indevido de drogas na Região Metropolitana de Belo Horizonte”, em 15/6/2009, ambos promovidos pela Comissão Extraordinária de Políticas Públicas de Enfrentamento à Aids, às DSTs, ao Alcoolismo, às Drogas e Entorpecentes; debate público “Residência médica: perspectivas de mudança”, em 7/4/2008; debate público “A situação dos hospitais do Estado de Minas Gerais: alternativas de gestão e participação municipal”, em 25/6/2007; debate público “Políticas públicas para a saúde da mulher”, em 28/5/2007; ciclo de debates “Alimentação escolar como estratégia de segurança alimentar e nutricional”, em 18 e 19/10/2007; ciclo de debates “Luta contra as drogas”, em 11/5/2006; fórum técnico “Obesidade: desafios e perspectivas”, em 6 e 7/7/2006; ciclo de debates “Política estadual de segurança alimentar e nutricional”, em 28/4/2005.

Além dos eventos citados, importa destacar que a partir de 2003 foram promovidas audiências públicas pelas Comissões de Participação Popular e de Fiscalização Financeira e Orçamentária para debater o projeto de lei de revisão do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG –, em que consta a área de resultado “Vida Saudável”. Durante a discussão, houve apresentação de propostas visando a ampliar o número de Caps e fortalecer a rede municipal de saúde. Houve também propostas para promover a saúde do idoso e a saúde materno-infantil, além de sugestões na área de transporte em saúde e acompanhamento nutricional da população.

Legislação

Destacamos as seguintes leis estaduais editadas nos últimos 20 anos na área da saúde:

- **Combate à dengue** – Lei nº 19.482, de 12/1/2011, que dispõe sobre medidas de controle da proliferação de mosquitos transmissores da dengue e dá outras providências.
- **Lei Antifumo** – Lei nº 18.552, de 4/12/2009, que altera a Lei 12.903, de 23/6/1998, que define medidas para combater o tabagismo no Estado e proíbe o uso do cigarro e similares nos locais que menciona.
- **Promoção da educação alimentar e nutricional** – Lei nº 18.372, de 4/9/2009, que acrescenta dispositivos à Lei nº 15.072, de 5/4/2004, que dispõe

sobre a promoção da educação alimentar e nutricional nas escolas públicas e privadas do sistema estadual de ensino.

- **Saúde auditiva** – Lei nº 16.280, de 20/7/2006, que institui a Política Estadual de Atenção à Saúde Auditiva.
- **Direitos dos usuários do SUS** – Lei nº 16.279, de 20/7/2006, que dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no Estado.
- **Teste do Ouvidinho** – Lei nº 14.312, de 19/6/2002, que dispõe sobre a realização, nos hospitais da rede pública estadual, do exame de emissões evocadas otoacústicas em recém-nascidos e dá outras providências.
- **Política Estadual de Medicamentos** – Lei nº 14.133, de 21/12/2001, que dispõe sobre a política estadual de medicamentos.
- **Código de Saúde** – Lei nº 13.317, de 24/9/1999, que contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais.
- **Fundo Estadual de Saúde** – Lei nº 11.983, de 1995, que institui o Fundo Estadual de Saúde (FES) e dá outras providências.
- **Lei Carlão** – Lei nº 11.802, de 18/1/1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.
- **Exame do Pezinho** – Lei nº 11.619, de 4/10/1994, que obriga o Estado a oferecer, gratuitamente, o exame do cariótipo e a triagem metabólica para diagnóstico da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito – exame do pezinho.
- **Violência contra a mulher** – Lei nº 15.218, de 7/7/2004, que cria a notificação compulsória de violência contra a mulher e a comissão de monitoramento da violência contra a mulher.
- **Política de Saneamento Básico** – Lei nº 11.720, de 28/12/1994, que dispõe sobre a Política Estadual de Saneamento Básico e dá outras providências.