

FÓRUM
DEMOCRÁTICO PARA
O DESENVOLVIMENTO
DE MINAS GERAIS

15 a 24 de fevereiro de 2011



Belo Horizonte – 2011



ASSEMBLEIA DE MINAS
O Poder do Cidadão

Mesa da Assembleia

Deputado Dinis Pinheiro

Presidente

Deputado José Henrique

1º-vice-presidente

Deputado Inácio Franco

2º-vice-presidente

Deputado Paulo Guedes

3º-vice-presidente

Deputado Dilzon Melo

1º-secretário

Deputado Alencar da Silveira Jr.

2º-secretário

Deputado Jayro Lessa

3º-secretário

SECRETARIA

Eduardo Vieira Moreira

Diretor-Geral

José Geraldo de Oliveira Prado

Secretário-Geral da Mesa

Texto elaborado pela Assembleia Legislativa de Minas Gerais para subsidiar os debates no Fórum Democrático para o Desenvolvimento de Minas Gerais

F745s Fórum Democrático para o Desenvolvimento de Minas Gerais : Saúde [2011 : Belo Horizonte, MG].
Saúde / Fórum Democrático para o Desenvolvimento de Minas Gerais; Texto elaborado pela Assembleia Legislativa de Minas Gerais. – Belo Horizonte : Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2011. 31p.

Texto elaborado para subsidiar os debates no Fórum Democrático para o Desenvolvimento de Minas Gerais

1. Saúde pública – Minas Gerais. I. Título. II. Minas Gerais. Assembleia Legislativa.

CDU: 614(815.1)



A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios. O serviço de saúde organiza-se em rede, que é hierarquizada, isto é, compõe-se de várias unidades interligadas, segundo os níveis de complexidade – baixa, média e alta. Na rede, a assistência à saúde é organizada por regiões. 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 realização direta da maioria das ações e programas. Já as microrregiões sanitárias, compostas de vários municípios contíguos, oferecem a assistência de média complexidade, e as macrorregiões, compostas de 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 tem por objetivo 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 pelo gestor estadual (secretário estadual de Saúde), de forma a garantir a atenção integral a todo cidadão. Dessa forma, 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 é coordenada pelo gestor estadual, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Cabe a ele também acompanhar e 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.

Os fóruns de negociação compostos dos gestores municipais, estaduais e federal – da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) –, dos gestores municipais e estadual – e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – são as instâncias nas quais se organiza a rede de saúde. Nelas são definidas as composições dos sistemas municipais de saúde e são pactuadas as programações entre gestores.

O financiamento do sistema público de saúde é feito 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 Estadual de Saúde, de forma regular e auto-





mática¹. 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 8.080, de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Lei Federal 8.142, de 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.

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; e Gestão do SUS.

Norma Operacional Básica 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 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 capacidade de gestão do SUS; e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Emenda Constitucional 29, de 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 399, do Ministério da Saúde, de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde/Consolidação do SUS e faz adequações no sistema de financiamento do SUS.

Regionalização

Para organizar a prestação de serviços de saúde de acordo com os princípios do SUS, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tem, entre seus objetivos, garantir o acesso da população ao sistema de saúde em seus diversos níveis de atenção – baixa, média e alta complexidade.

Foram definidos espaços regionais no território do Estado, formados por um conjunto de municípios circunvizinhos, normalmente ligados a um município-polo que tem capacidade de receber 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 ser capaz de absorver a demanda de serviços básicos de atenção

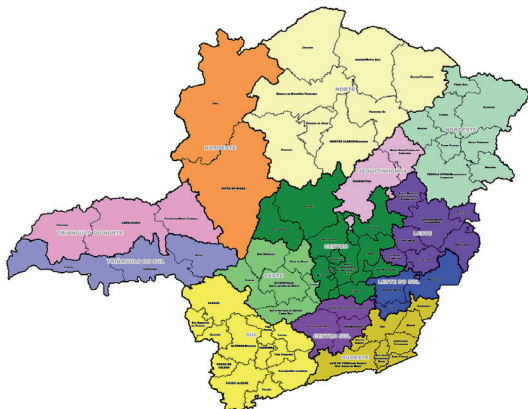




à saúde. O espaço microrregional dispõe, além da atenção básica, de tecnologias de média complexidade; e o espaço macrorregional oferta procedimentos que requerem alta complexidade tecnológica, isto é, alto grau de especialização, além de serviços de baixa e média complexidade. Em Minas Gerais, existem atualmente 76 microrregiões e 13 macrorregiões de saúde.

Tendo-se em vista que nenhuma região dispõe da totalidade de recursos necessários para solucionar todos os problemas de saúde da sua população, o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (Sets) tem o objetivo de integrar os municípios das microrregiões do Estado, visando garantir o acesso aos serviços de saúde por meio de 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.

Divisão Assistencial de Minas Gerais – PDR



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr>

Microrregiões com Sets implantado



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 / Bocaiúva	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





Macrorregião	Microrregião	Ano de implantação
NORTE DE MINAS	Micro Francisco Sá	2008
JEQUITINHONHA	Micro Diamantina	2008
JEQUITINHONHA	Micro Minas Novas / Capelinha / Turmalina	
NORTE DE MINAS	Micro Pirapora	2008
NORTE DE MINAS	Micro Coração de Jesus	
LESTE DO SUL	Micro Viçosa	2008
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
TRIÂNGULO DO NORTE	Micro Ituiutaba	2009
TRIÂNGULO 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

Macrorregião	Microrregião	Ano de implantação
CENTRO-OESTE	Micro Pará de Minas	2010
TRIÂNGULO 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

Atenção básica

Também chamada de atenção primária ou de baixa complexidade, a atenção básica constitui-se no 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. É, também, o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A atenção à saúde da família, conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), foi adotada pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no âmbito do SUS. Cada equipe é composta de um conjunto de profissionais, como médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estes 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, 2,4 mil pessoas e, no máximo, 4,5 mil. As ações das equipes abrangem





promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e os profissionais podem executá-las na Unidade de Saúde da Família e nos domicílios dos usuários, quando necessário.

Ressalte-se que a atenção básica está entre as responsabilidades do gestor municipal (secretário 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.

Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade				
Proporção de óbitos (%) por Região e Ano				
Região: Região Norte, Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul, Região Centro-Oeste				
Período: 2005-2007				
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_??_51.csv >

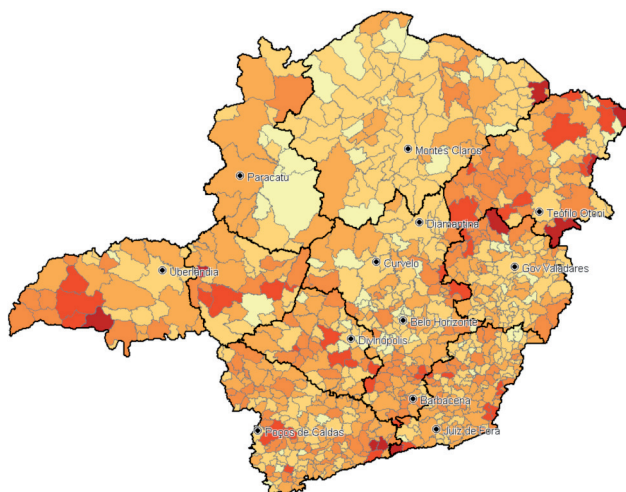
Nota: Percentual dos óbitos por doença diarreica aguda em relação ao total de óbitos de menores de 5 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Mede a participação relativa dos óbitos atribuídos à doença diarreica aguda na mortalidade de menores de 5 anos de idade. 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.

Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

Proporção de internações hospitalares por condição sensíveis
à atenção ambulatorial (%)

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



6,94 a 16,42	69
16,43 a 25,91	308
25,92 a 35,39	282
35,40 a 44,87	142
44,88 a 54,36	42
54,37 a 63,84	10

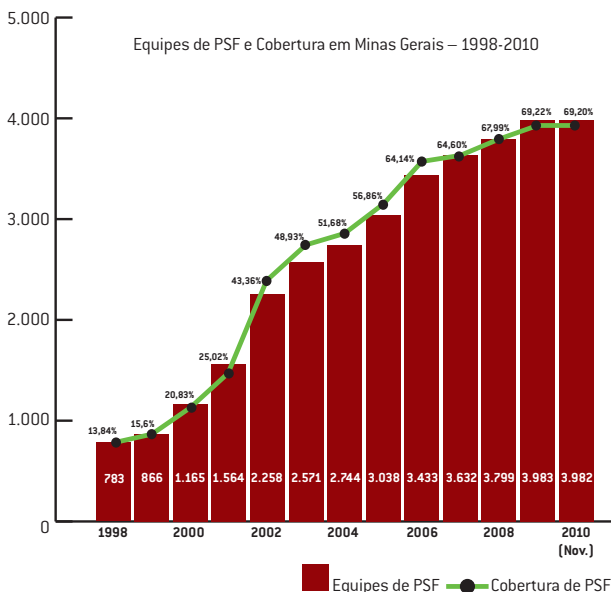
Fonte: Segunda edição do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), disponível em <<http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/82-servicos-cepp/956-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs>>

Nota: Esse indicador capta a proporção de internações desnecessárias ou que poderiam ser evitadas na presença de uma eficiente atenção primária à saúde.





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 >

Atenção de média e alta complexidade

Conforme definido pelas diretrizes organizacionais do SUS, a atenção à saúde de média complexidade é composta de 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 tem

seu foco centrado naquelas doenças que necessitam de maior investimento diagnóstico, terapêutico e de produção de conhecimento.

Essa lógica de organização dos serviços de 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, na medida em 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. Nesse sentido, 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.





**Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - Minas Gerais
Período: nov/2009 a nov/2010 – Referência: macrorregião de saúde**

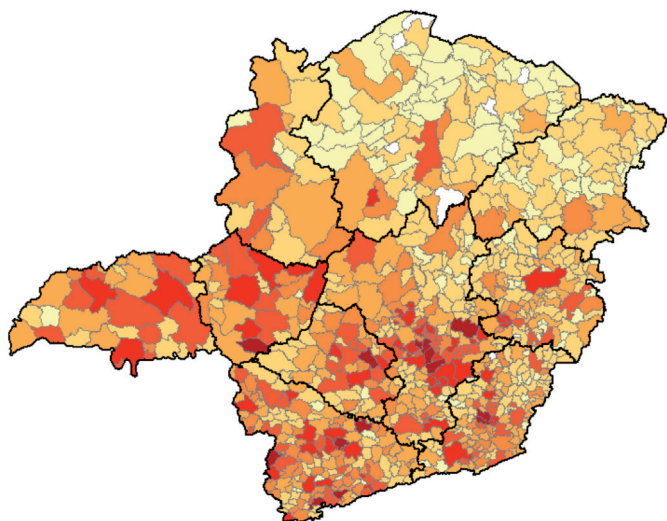
Especialidade	Centro Sul	Centro Jequitinhonha	Leste	Leste do Sul	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Triâng. Norte	Triâng. Sul	Total
Clinica cirúrgica	142859	10573	4794	22967	12847	8812	7014	27070	16721	39688	52029	23342	382279
Obstetrícia	64511	7827	3266	17312	5808	11696	6077	25637	10101	14536	25344	10624	208329
Clinica médica	113378	21277	10452	35891	16481	24936	13051	36283	28180	59529	72978	26712	476557
Cuidados prolongados [crônicos]	495	0	0	0	0	0	0	0	10	335	6	0	973
Psiquiatria	5001	594	0	295	0	0	0	1011	761	7260	4309	1870	22328
Pneumologia sanitária (fisiologia)	640	1	0	45	1	0	0	76	10	183	36	2	1006
Pediatria	37799	4238	2501	7695	3927	6831	2114	9879	4143	11672	13020	6869	4033
Reabilitação	3122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3122
Clinica cirúrgica – hospital-dia	2320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2320
Aids – hospital-dia	343	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	343
Intercorrência pós-transplante – hospital-dia	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	7
Saúde mental – hospital-dia	0	283	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	634
Total	370468	44793	21013	84205	39064	52275	28256	99963	59926	133203	167722	69419	42312
													1212619

Situação da base de dados nacional em 1/1/2011, sujeita a novas atualizações. Fonte: Datasus

Nota: Visa mensurar o número de internações na rede SUS, de acordo com a especialidade médica e com a referência macrorregional, no período de novembro/2009 a novembro/2010.

Proporção da população coberta por sistemas de saúde suplementar [%]

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



0,00 a 0,60	121
0,61 a 3,00	304
3,01 a 7,00	174
7,01 a 12,00	102
12,01 a 20,00	76
20,01 a 50,00	54
35,01 a 50,00	14

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social

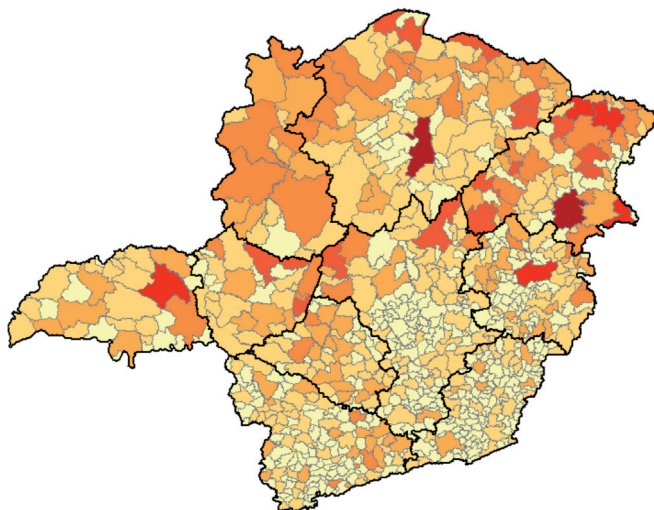
Nota: A cobertura da população por plano de saúde privado subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médica, especialmente quanto às condições de oferta de serviços e alocação de recursos no SUS e ao aperfeiçoamento da legislação que regulamenta os planos e seguros privados de saúde.





Distância média percorrida para internação de média complexidade de pacientes do SUS encaminhados para outros municípios (Km)

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



9,41 a 68,05	69	243,99 a 302,62	15
68,06 a 126,69	253	302,63 a 361,26	5
126,70 a 185,33	85	361,27 a 419,90	2
185,34 a 243,98	43		

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social

Nota: Esse indicador visa caracterizar as condições de acesso aos serviços de internação hospitalar em Minas Gerais, tratando de considerar o fluxo de pacientes que buscam a obtenção de procedimentos de média complexidade, para os quais se esperaria o atendimento o mais próximo possível do local de sua residência. Isso porque, diferentemente das internações de alta complexidade, que requerem concentração de tecnologia visando economias de escala e de escopo, e, portanto, realizadas por serviços de abrangência macrorregional, as internações de média complexidade que correspondem à atenção secundária à saúde devem ser ofertadas no espaço microrregional.

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, 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 Ministério da Saúde. Como exemplo, podemos citar nesse componente os remédios para febre, analgésicos, anti-inflamatórios, antialérgicos, antibióticos, antifúngicos, antiparasitários, antissépticos, anti-hipertensivos, contraceptivos, insulinas e antidiabéticos orais, entre outros.

O Componente Especializado garante o tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, conforme definido em protocolos clínicos do Ministério da Saúde. Anteriormente 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 nesse componente os remédios para artrite reumatóide, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, osteoporose, hepatite crônica, imunodeficiência, transplantados, anemias graves, esquizofrenia e doença renal, entre outras patologias. Os medicamentos para as doenças contempladas nesse componen-





te 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 como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde, como tuberculose, hanseníase, DST/Aids, endemias focais (doença de Chagas, meningites, influenza, esquistossomose, malária, entre outras), subnutrição e tabagismo. Nesse caso, o Ministério da Saúde 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.

Despesa familiar autorreferida com saúde como proporção da renda familiar

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

Fonte: IBGE/Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003

Nota: Esta tabela indica o percentual da renda gasto com medicamentos em cada classe de rendimento, conforme informado pelas pessoas pesquisadas na amostragem.

Gastos com medicamentos dos municípios mineiros segundo estratificação populacional							
Classes Popacionais	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	

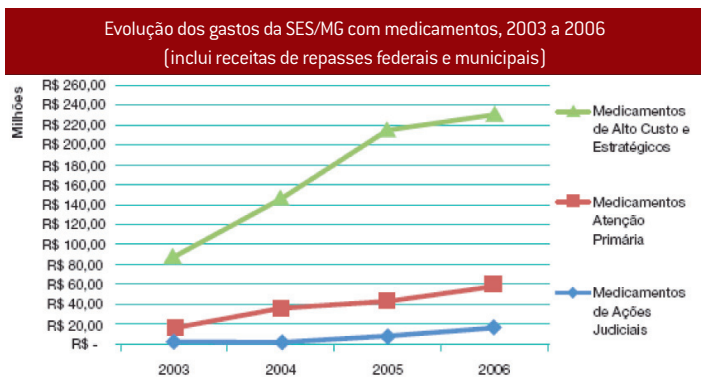
Gastos com medicamentos dos municípios mineiros segundo estratificação populacional							
Classes Popacionais	Municípios		População		Despesas Medicamentos		
	n	(%)	n	(%)	(R\$)	(%)	
A 0 – 20.000	563	78,0	4.289.188	24,8	45.538.961,56	33,2	
B 20.001 – 50.000	101	14,0	2.903.629	16,8	19.070.250,82	13,9	
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 Classes 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 de Minas Gerais (SES/MG) - 2008.

Nota: Esta tabela mostra o total do gasto com medicamentos em Minas Gerais e o percentual gasto pelos municípios conforme sua faixa populacional.

http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/rfm/02%20Farmacia_de_Minas_050608.pdf





Fonte: Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) - 2008

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 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 reinserção social dos usuários. O atendimento especializado em saúde mental é

prestado pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que são de três tipos: Caps I, Caps II e Caps III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Esses centros são responsáveis pela organização da demanda da rede de saúde mental, pela regulação da porta de entrada da rede assistencial, bem como pela supervisão e capacitação das equipes de atenção básica no âmbito de seu território. 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. Já os casos de intoxicação aguda e 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.

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
Norte	15.359.603	39	22	2
Acre	691.132	0	1	0
Amapá	629.609	0	0	0
Amazonas	3.393.369	1	3	1
Pará	7.431.020	20	11	1
Rondônia	5.503.928	10	5	0
Roraima	421.499	1	0	0
Tocantins	1.292.051	7	2	0





Nordeste	53.591.197	334	120	13
Alagoas	3.156.108	36	6	0
Bahia	14.637.364	109	30	3
Ceará	8.547.809	43	27	3
Maranhão	6.367.138	36	13	1
Paraíba	3.769.977	36	9	2
Pernambuco	8.810.256	19	17	1
Piauí	3.145.325	23	5	0
Rio Gde. do Norte	3.137.541	12	10	0
Sergipe	2.019.679	20	3	3
Centro-Oeste	13.895.375	43	24	1
Distrito Federal	2.606.885	1	2	0
Goiás	5.926.300	9	14	0
Mato Grosso	3.001.692	25	2	0
Mato Grosso do Sul	2.360.498	8	6	1
Sudeste	80.915.332	169	165	27
Espírito Santo	3.487.199	7	8	0
Minas Gerais	20.033.665	74	44	8
Rio de Janeiro	16.010.429	33	38	0
São Paulo	41.384.039	55	75	19
UF	POPULAÇÃO	CAPS I	CAPS II	CAPS III
Sul	27.719.118	140	75	3
Paraná	10.686.247	34	26	2
Rio Gde. do Sul	10.914.128	63	36	0
Santa Catarina	6.118.743	43	13	1
TOTAL	191.480.630	725	406	46

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

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	CAPS I	CAPS ad	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 hab
Norte 3					
	Acre	0	1	2	0,29
	Amapá	1	2	3	0,48
	Amazonas	0	0	5	0,15
	Pará	2	5	39	0,40
	Rondônia	0	1	16	0,73
	Roraima	0	1	2	0,36
	Tocantins	0	1	10	0,50
Nordeste 34					
	Alagoas	1	2	45	0,86
	Bahia	7	14	163	0,75
	Ceará	6	17	96	0,89
	Maranhão	3	6	59	0,65
	Paraíba	7	8	62	1,19
	Pernambuco	6	10	53	0,50
	Piauí	1	4	33	0,68
	Rio Gde. do Norte	2	5	29	0,73
	Sergipe	1	4	31	1,11
Centro-Oeste 5					
	Distrito Federal	1	2	6	0,21
	Goiás	2	4	29	0,41
	Mato Grosso	1	5	33	0,68
	Mato Grosso do Sul	1	4	20	0,70
Sudeste 53					
	Espírito Santo	1	3	19	0,44
	Minas Gerais	11	18	155	0,61
	Rio de Janeiro	13	16	100	0,52
	São Paulo	28	59	236	0,53
Sul 27					
	Paraná	7	20	89	0,68
	Rio Gde. do Sul	14	22	135	0,95
	Santa Catarina	6	8	71	0,82
TOTAL 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 CAPS ad 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)





Morbidade Hospitalar do SUS – por local de internação – Minas Gerais

Internações por macrorregião de saúde e ano de processamento

Lista Morbidade CID-10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas

Período: Jan/2008-Out/2010

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
Macrorregião de Saúde	2008	2009	2010	Total
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)

Morbidade Hospitalar do SUS – por local de internação - Minas Gerais

Internações por macrorregião de saúde e ano de processamento

Lista Morbidade CID-10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool

Período: Jan/2008-Out/2010

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)

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

Nota: Morbidade hospitalar 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. No conceito de outras substâncias psicoativas estão incluídos o uso de opiáceos, canabinóides, sedativos, hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, solventes voláteis e fumo.





INICIATIVAS DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS

Comissões

O tema da saúde pública é tratado na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais por meio da 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; Debates Públicos HIV/Aids: prevenção, assistência e parcerias entre Estado e sociedade civil, dia 19/12/2009, e Uso indevido de drogas na Região Metropolitana de Belo Horizonte, dia 15/6/2009, ambos promovidos pela Comissão Extraordinária de Políticas Públicas de Enfrentamento à Aids, às DSTs, ao Alcoolismo, às Drogas e En-

torpecentes; 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, dia 25/6/2007; Debate Público Políticas Públicas para a saúde da mulher, dia 28/5/2007; Ciclo de Debates Alimentação escolar como estratégia de segurança alimentar e nutricional, dias 18 e 19/10/2007; Ciclo de Debates Luta contra as Drogas, dia 11/5/2006; Fórum Técnico Obesidade: desafios e perspectivas, dias 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), que tem entre suas áreas de resultado uma relacionada à saúde pública, denominada “Vida Saudável”. Por meio desse processo, foram feitas várias intervenções importantes, como, por exemplo, propostas visando ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial (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

Dentre as leis estaduais editadas nos últimos 20 anos na área da saúde, destacamos as seguintes:

- » Combate à dengue – Lei 19.482, de 2011, que dispõe sobre medidas de controle da proliferação de mosquitos transmissores da dengue e dá outras providências.

- » Lei Antifumo – Lei 18.552, de 2009, que altera a Lei 12.903, de 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 18.372, de 2009, que acrescenta dispositivos à Lei 15.072, de 2004, que dispõe sobre a promoção da educação alimentar e nutricional nas escolas públicas e privadas do sistema estadual de ensino.

- » Saúde auditiva – Lei 16.280, de 2006, que institui a Política Estadual de Atenção à Saúde Auditiva.

- » Direitos dos usuários do SUS – Lei 16.279, de 2006, que dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no Estado.

- » Prevenção e tratamento do abuso de álcool e outras drogas – Lei 16.276, de 2006, que dispõe sobre a atuação do Estado na pre-

venção, no tratamento e na redução de danos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool e outras drogas e altera o art. 3º da Lei 12.296, de 1996.

- » Teste do Ouvidinho – Lei 14.312, de 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 14.133, de 2001, que dispõe sobre a política estadual de medicamentos.
- » Código de Saúde – Lei 13.317, de 1999, que contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais.
- » Fundo Estadual de Saúde – Lei 11.983, de 1995, que institui o Fundo Estadual de Saúde (FES) e dá outras providências.
- » Lei Carlão – Lei 11.802, de 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 11.619, de 1994, que obriga o Estado a oferecer, gratuitamente, o exame do cariótipo e a triagem meta-





bólica para diagnóstico da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito – exame do pezinho.

- » Violência contra a mulher – Lei 15.218, de 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 11.720, de 1994, que dispõe sobre a Política Estadual de Saneamento Básico e dá outras providências.

