



# Plano Municipal de Saúde

2014-2017  
Barbacena-MG



## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014 - 2017



**S**aúde nos Bairros é uma ação finalística que visa potencializar os programas federais (Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, Melhor em Casa, De Volta para Casa, Saúde na Escola, Olhar Brasil, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Consultório na Rua, Residências Terapêuticas, Qualifica UBS) e os Programas da Esfera Estadual (Saúde em Casa, Viva Vida, Hiperdia, Farmácia de Minas, PROHOSP, Mães de Minas) e os Programas Municipais garantindo financiamento tripartite de forma integrada, pautados no conceito de rede para que o cidadão tenha saúde, tenha acesso aos serviços de saúde e tenha todas as orientações, estímulos e conscientização para mudar o seu estilo de vida.

---

# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBACENA

---

---

VIGÊNCIA DO PLANO

2014/2017

---

- ✓ Governo do Município de BARBACENA – MG
- ✓ Administração 2013/2016
- ✓ Órgão: Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena
- ✓ Fundo Municipal de Saúde de Barbacena
- ✓ CNPJ: 14.675.553/0001-59
- ✓ Endereço: Rua João Moreira Vidigal, s/n 3º andar - Bairro Caminho Novo - Barbacena - MG -CEP 36.204-162
- ✓ Telefone: 032 3339-2149
- ✓ Telefax: 032 3339-2149
- ✓ Código do IBGE: 310560
- ✓ Superintendência Regional de Saúde de Barbacena – MG
- ✓ Região de Saúde: Barbacena
- ✓ Região Ampliada: Centro Sul do Estado de Minas Gerais
- ✓ Data de criação do Município: 14/08/1791
- ✓ População atual: 132.980 (Estimativa IBGE 2013)
- ✓ Extensão Territorial: 788,001 Km<sup>2</sup>
- ✓ E-mail Site: [www.barbacena.mg.gov.br](http://www.barbacena.mg.gov.br)

# IDENTIFICAÇÃO

# ROL DOS RESPONSÁVEIS

PREFEITO MUNICIPAL DE BARBACENA  
Antônio Carlos Doorgal de Andrada

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Dr. José Orleans da Costa

ASSESSORIAS ESPECIAIS  
Julio César de Aguiar  
Sílvia Costa Pinto Ribeiro de Araujo  
Eunice de Almeida Souza

ASSESSORIAS TÉCNICAS  
Júnior Mateus Dias  
Luciano Braga de Souza

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Carmem Lúcia Werneck

COORDENADORA ADMINISTRATIVA FINANCEIRA DO FUNDO  
MUNICIPAL DE SAÚDE  
Polyana Resende Monteiro

SUBSECRETÁRIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA  
Celine Maria Pinto Abdalla Barreto

SUBSECRETÁRIA DE PROMOÇÃO E AÇÕES EM SAÚDE  
Queila Cristina da Silva Machado de Souza

SUBSECRETÁRIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL  
Elizabeth Rodrigues Pereira

DIRETOR DO CENTRO AMBULATORIAL DR. AGOSTINHO PAOLUCCI  
William Franklin da Costa

COORDENADORA DE OUVIDORIA EM SAÚDE  
Maria Angélica Viana

COORDENADORA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Leila Miranda de Souza Carvalho

COORDENADORA DE APOIO AO GABINETE SESAP  
Imalúcia Maria da Silva

COORDENADORA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
Juliana Tiemi Nakagaki de Castro Ludgero

COORDENADOR DE GESTÃO DE CONTRATOS  
Kiyoshi Takahashi

# ROL DOS RESPONSÁVEIS

COORDENADOR DE AÇÃO ESTRATÉGICA

Leonardo Henrique Pereira de Souza

COORDENADORA DO LABORATÓRIO MUNICIPAL

Marcela Fonseca Campos Souza

COORDENADORA DO SIMACRA

Maria Conceição D'Albuquerque Souza Barbosa

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Elizabeth Maria Vasconcelos Grecco

COORDENADORA DE LOGÍSTICA DAS UNIDADES DE SAÚDE

Solange de Oliveira Brunelli

COORDENADORA DA SAÚDE MENTAL

Flávia Denise Barbosa Vasques

CONTROLADOR INTERNO

José César Almeida de Araújo

GERENTE DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Ana Paula da Silva Augusto

GERENTE DE APOIO INSTITUCIONAL

Carlos Alberto Mota Couto

GERENTE DE LOGÍSTICA

Carlos Geraldo das Neves

GERENTE DE AUDITORIA EM SAÚDE

Darlene Regiane Condé de Miranda

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Daynna Miranda Rettori

GERENTE DE TESOURARIA

Elisângela de Fátima Campos Franco Martins

GERENTE ADMINISTRATIVO DA DIRETORIA DO CENTRO  
AMBULATORIAL DR. AGOSTINHO PAOLUCCI

Fernando Ferreira Martins

GERENTE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

Francielly do Carmo Monteiro

GERENTE DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Luciano Geraldo Rocha Lopes

# ROL DOS RESPONSÁVEIS

GERENTE DE EMPENHOS DA COORDENADORIA ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Márcio Túlio do Carmo

GERENTE DO CENTRO DE REABILITAÇÃO

Maria Auxiliadora Ribeiro

GERENTE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Natália Ferreira Candian

GERENTE DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

Olívia Passos Nogueira

GERENTE DE CONSULTORIA ADMINISTRATIVA

Rafael Bastos Pereira

GERENTE DE MONITORAMENTO DE OBRAS

Rodrigo Salvador Ferreira

GERÊNCIA DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

Ângelo Dias Feres

GERENTE DO PROGRAMA VIVA A VIDA

Marco Aurélio Bernardes de Carvalho

GERENTE DO COMPLEXO REGULADOR

Cláudio Peixoto de Araújo

GERENTE DA SAÚDE BUCAL

Eloah Jay Mar Ferreira

GERENTE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Enoque Alves de Siqueira

GERENTE DE CONTABILIDADE

Érica Suelen Nascimento

GERENTE DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO JUVENIL

Leandra Mara de Vilhena Melo Vidal

GERENTE DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Rosana Márcia de Oliveira

CHEFE DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Matheus Amaral Belo Cantarutti

CHEFE DE SERVIÇOS DE GOVERNANÇA REGIONAL  
Milene Fernandes Santana Dias

CHEFE DO SERVIÇO DE ARQUIVO E GUARDA DE DOCUMENTOS DA SAÚDE  
Rosângela Maria Goulart Custódio

CHEFE DO SERVIÇO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO  
Ana Paula Santos

## EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

---

COORDENAÇÃO  
Elizabeth Rodrigues Pereira

APOIO  
Emanuelle Ferreira Mota  
Matheus Amaral Belo Cantarutti

ARTE/CAPA  
Miguel Arcanjo Junno

ROL DOS RESPONSÁVEIS

## BASE LEGAL

---

Este documento tem como base o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde - PLANEJASUS.

Inicialmente, cabe lembrar que o planejamento e instrumentos resultantes de seu processo são objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação querem comorequisitos para fins de repasse financeiro.

A Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (inciso XVIII do Art. 16). A referida Lei dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento.

No primeiro artigo desse Capítulo III, é estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS, que “será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (Art. 36). Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. O cumprimento dessa orientação legal é um desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País, o que dificulta a adoção de um modelo único aplicável a todas as instâncias.

Nos parágrafos 1º e 2º do Art. 36, são definidos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes. O primeiro parágrafo estabelece que “os planos de saúde serão à base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”. Já o segundo veta a “transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde”, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. No Art. 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, “em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”.

A Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define, no seu Art. 4º, os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixando que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do Art. 33 da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990” (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade do Ministério da Saúde programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria).

A Lei nº. 3.690, de 30/01/2002, dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.

DECRETO 7508/2011 - Que regulamentou a lei 8080/1990 - e apresenta uma nova lógica de organização instituindo: **Região de Saúde** - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e

infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde** - acordo de colaboração firmada entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde; **Portas de Entrada** - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS; **Comissões Inter gestores** - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS; **Mapa da Saúde** - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; **Rede de Atenção à Saúde** - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; **Serviços Especiais de Acesso Aberto** - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e **Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica** - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

**Lei Complementar 141/2012** que regulamenta a Emenda Constitucional 29/2000, define o que são gastos em saúde e orienta a transparência e a forma de prestação de contas dos recursos da saúde.

É importante destacar igualmente as Portarias editadas pelo Ministério da Saúde de Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto e de Nº. 699, de 30 de março, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos compreendem o planejamento, a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação social, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS – Planeja SUS – é objeto do item 4 do anexo da Portaria Nº. 399, estando nele contidos o seu conceito, princípios básicos e objetivos principais. Destaque-se, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

- I. A “adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS”;
- II. A “integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo”;
- III. A “institucionalização e o fortalecimento do Planejasus, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS”;
- IV. A “revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes”;
- V. A “cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS”.

No item 3 do capítulo relativo à responsabilidade sanitária, estão estabelecidos os compromissos de cada esfera no que concerne aos instrumentos básicos de planejamento. Destacam-se como responsabilidades comuns aos entes federados:

- I. “formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”;
- II. “formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações Inter setoriais voltadas para a promoção da saúde”;
- III. “elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”.

Nesse contexto, é importante destacar as seguintes portarias:

- I. Portaria GM/MS Nº 2.751, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde.
- II. Portaria GM/MS Nº 2327, de 06 de outubro de 2009, que define o incentivo financeiro para o ano de 2009 destinado à implementação do Sistema de Planejamento do SUS.
- III. Portaria GM/MS Nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.
- IV. Portaria GM/MS Nº. 1.885, de 9 de setembro de 2008, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.
- V. Portaria GM/MS Nº. 1.510, de 25 de junho de 2007, que desvincula o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde.
- VI. Portaria GM/MS Nº. 376, de 16 de fevereiro de 2007, que institui o incentivo financeiro para o PlanejaSUS.
- VII. Portaria GM/MS Nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS.
- VIII. Portaria GM/MS Nº. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o PlanejaSUS.

Têm como base ainda o Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2012/2015, o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais 2006-2009 e suas revisões.

FONTE: Instrumentos básicos Sistema de Planejamento do SUS - MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Uma construção coletiva* Secretaria-Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Brasília - DF 2009 Série B. Textos Básicos de Saúde Série Cadernos de Planejamento, v. 2 2ª

## SIGLAS

---

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SVS: Serviço de Vigilância em Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SIS-PCDCh: Programa de Controle da Doença de Chagas

EAPV: Sistema de Informação de Evento Adverso Pós Vacinação

GAL: Gerenciador de Ambiente Laboratorial

SI-PNI/API: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

PCFAD: Programa de Controle da Dengue e Febre Amarela

SIM: Sistema de Informação Mortalidade

SIME/CIEVS-MG: Sistema de Informação e Monitoramento de Emergências

SISÁGUA: Sistema de Vigilância da Qualidade da Água

NEA: Núcleo de Emergências Ambientais

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIR: Comissão Intergestores Regional

CIRA: Comissão Intergestores Regional Ampliada

CIT: Comissão Intergestora Tripartite

COSEMS/MG: Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos

SISPACTO: Sistema de Monitoramento do Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa

SEPLAN: Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA: Lei Orçamentária Anual

SES-MG: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SUS: Sistema Único de Saúde

FEAP: Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica

FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas

CHPB: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

IMAIP: Instituto e Maternidade Isabel Cristina – Policlínica

HGB: Hospital Geral de Barbacena “Jorge Vaz”

NOB-SUS: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

CISRU: Consorcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência

POF: Pesquisa de Orçamento Familiar

IDEB: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

RIPSA: Rede Interagencial de Informações para a Saúde

CID: Classificação Internacional de Doenças

PSA: Antígeno Prostático Específico

CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

SESAP: Secretaria de Saúde Pública

SUPLAS: Subsecretaria de Planejamento e Regulação Assistencial

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUGEST: Subsecretarias de Gestão Estratégica

SUPRAS: Subsecretaria de Ações e Promoções de Saúde

DEMASP: Departamento Municipal de Saúde Pública

# SIGILLAS

## SUMÁRIO

---

GOVERNO DE BARBACENA.....	2
<b>PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBACENA .....</b>	<b>3</b>
Vigência do Plano .....	3
2014/2017 .....	3
EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE .....	8
BASE LEGAL.....	9
SIGLAS .....	12
RESULTADOS EXIGEM ESFORÇOS, PACIÊNCIA E CONSTÂNCIA. ....	20
INTRODUÇÃO.....	21
Parecer da Unidade Setorial de Controle Interno .....	23
Parecer da Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão .....	25
MISSÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP .....	27
Assegurar a formulação e gestão das políticas públicas em saúde e a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do cidadão barbacenense e da região ampliada Centro Sul do Estado de Minas Gerais. ....	27
VISÃO .....	27
VALORES .....	27
OBJETIVOS.....	28
GERAL.....	28
ESPECÍFICOS .....	28
DIAGNÓSTICO .....	29
CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	29
Identidade histórica .....	29
Marcos Históricos de Barbacena.....	33
Inconfidência Mineira .....	33
Criação da vila .....	34
"Muito Nobre e Leal Vila" .....	34
Revolta dos liberais de 1842 .....	34
O fim do século XIX.....	34
O fórum judicial e o entrocamento da Oeste.....	35
Duas revoluções.....	35
Histórico da Saúde .....	35
LOCALIZAÇÃO .....	38
Plano Diretor de Regionalização .....	38
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS .....	40

POPULAÇÃO TOTAL: .....	40
IDH .....	41
Proporção da População residente alfabetizada por faixa etária .....	41
Resultados obtidos frente ÀS metas do Milênio segundo ODM .....	42
ACABAR COM A FOME E A MISÉRIA .....	42
Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas - 1999-2012. ....	43
COMBATER A AIDS, MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS. ....	44
EDUCAÇÃO BÁSICA DE QUALIDADE PARA TODOS.....	45
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA (IDEB) - 2009/2011 .....	46
IGUALDADE ENTRE SEXOS E VALORIZAÇÃO DA MULHER .....	46
Proporção de assentos ocupados por mulheres na Câmara de Vereadores - 2000 / 2004 / 2008 / 2012 ..	47
MELHORAR A SAÚDE DAS GESTANTES.....	48
Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – 2011.....	49
Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes – 2011.....	49
QUALIDADE DE VIDA E RESPEITO AO MEIO AMBIENTE .....	50
Percentual de moradores com acesso a água ligada à rede e esgoto sanitário adequado - 1991-2010 ...	50
Proporção de moradores segundo a condição de ocupação - 1991/2010.....	51
REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL .....	51
Percentual de crianças menores de um ano com vacinação em dia - 2000-2012 .....	52
TODO MUNDO TRABALHANDO PELO DESENVOLVIMENTO .....	53
Saúde do Homem .....	53
População de Barbacena .....	54
Dez Principais Grupos de Causas (CID10) de Mortalidade do Sexo Masculino no período de 2002 a 2011 .....	56
Lesões autoprovocadas voluntariamente.....	60
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS .....	64
Nascimentos por local de ocorrência: .....	64
Nascimentos por Sexo:.....	64
Nascimentos por tipo de parto: .....	64
Nascidos Vivos por idade da mãe:.....	65
Nascidos Vivos por peso ao nascer: .....	65
Nascidos Vivos por idade gestacional: .....	66
Nascidos Vivos por e anomalias:.....	66
Nascidos e número de consultas de Pré-Natal:.....	67
Taxa de Mortalidade Infantil:.....	67
Taxa de Mortalidade Infantil por sexo: .....	68
Cobertura 1ª Consulta odontológica: .....	68
Visitas domiciliares: .....	69
Imunológico de 2000 a 2013 - Cobertura vacinal: .....	70
Imunológico de 2000 a 2013 - Doses aplicadas: .....	71

INDICADORES ASSISTENCIAIS: .....	72
INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR LOCAL DE OCORRÊNCIA E CLÍNICA: .....	72
VALOR TOTAL EM REIAS POR ESPECIALIDADE E ANO: .....	72
Internações Hospitalares do SUS - por local de internação .....	73
Internações por Ano processamento e Caráter atendimento: .....	73
Internações Hospitalares do SUS - por local de internação .....	73
Internações por Ano processamento e Complexidade: .....	73
Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação.....	73
Internações por Estabelecimento e Ano processamento:.....	73
Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação .....	74
Valor médio AIH por Estabelecimento e Ano processamento: .....	74
Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação .....	74
Média permanência por Estabelecimento e Ano processamento: .....	74
Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação .....	74
Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento: .....	74
Casos confirmados de Tuberculose por faixa Etária e Ano Tratamento: .....	75
HANSENÍASE - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net .....	76
Casos confirmados por Faixa Etária e Ano Diagnóstico:.....	76
Casos de AIDS identificados.....	76
Frequência por Ano Notificação e Faixa. Etária(SINAN): .....	76
Mortalidade .....	77
Óbitos por Grupo CID-10 e Ano do Óbito: .....	77
REDE ASSISTENCIAL .....	80
CNES - Estabelecimentos por Tipo .....	80
Quantidade por Tipo de Prestador e Ano/mês competência.....	80
Quantidade por Tipo de Prestador: .....	80
LEITOS EXISTENTES:.....	81
INDICADORES FINANCEIROS CONFORME DADOS DO SIOPS .....	82
ANÁLISE ESTRATÉGICA .....	85
GESTÃO: .....	85
SITUAÇÃO ATUAL .....	85
Gestão dos RECURSOS HUMANOS .....	90
Salários por cargo/função: .....	90
Demonstrativo do gasto com pessoal desde 2000.....	92
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE .....	92
Conselho municipal de saúde.....	93
COMPOSIÇÃO DO CONSELHO .....	93
SEGMENTO USUÁRIOS:.....	93
SEGMENTO TRABALHADORES DA SAÚDE .....	93

SEGMENTO PRESTADORES DE SERVIÇOS:.....	94
SEGMENTO GOVERNO:.....	94
TRANSPORTE SANITÁRIO.....	95
Tabela I - Frota de veículos por tipologia do veículo:.....	95
Tabela II - Frota por tempo de uso/ano de fabricação dos veículos.....	96
Gasto em 2013 - por tipo de serviço prestado:.....	97
(de janeiro a julho de 2013).....	97
Gastos com serviços de transporte terceirizados por programa/ação.....	97
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS.....	98
ASPECTOS GERAIS:.....	98
CONTROLE INTERNO.....	98
ASSESSORIA JURÍDICA.....	98
CENÁRIO.....	98
ATENÇÃO BÁSICA.....	99
DESENHO PROPOSTO.....	104
REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	104
01 UNIDADE MISTA EM CORREIA DE ALMEIDA - 01 ESF.....	105
04 UNIDADES RURAIS (SENHORA DAS DORES, PINHEIRO GROSSO, TORRES E PADRE BRITO) - UMA ESF EM CADA.....	105
06 UBS TIPO I COM UMA EQUIPE (GUIDO ROMAM, SAO PEDRO - SANTO ANTONIO , 09 DE MARÇO, JOÃO PAULO E MONTE MÁRIO).....	105
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	106
PROGRAMA MELHOR EMCASA.....	106
CONSULTÓRIO NA RUA.....	106
ÓRTESE E PRÓTESE.....	107
ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO INTEGRAL AO USUÁRIO	107
É PRINCÍPIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A UNIVERSALIDADE, ACESSIBILIDADE, VÍNCULO, CONTINUIDADE DO CUIDADO, A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, A RESPONSABILIZAÇÃO, HUMANIZAÇÃO, EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	109
ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	109
ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	109
ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA MULHER.....	110
ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:.....	110
ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO HOMEM.....	110
ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO IDOSO.....	112
BLOCO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....	112
SITUAÇÃO ATUAL.....	112
Valores Financeiros programados no teto MAC:.....	114
REDE ASSISTENCIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....	117
Problemas prioritários.....	117
Diretriz.....	118

Estratégias de Enfrentamento.....	118
SITUAÇÃO DESEJADA.....	118
REDE ASSISTENCIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE .....	119
CENTRO AMBULATORIAL DR. AGOSTINHO PAOLUCCI - DCAP E LABORATÓRIO MUNICIPAL.....	119
NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÊS E ESTIMATIVA DE AMPLIAÇÃO .....	127
O DESENHO DA REDE ASSISTENCIAL EM BARBACENA .....	127
SANTA CASA DE MIDERICÓRDIA DE BARBACENA .....	129
CEBAMS - HOSPITAL IBIAPABA.....	129
IMAIP - INSTITUTO MATERNIDADE DE ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA - POLICLÍNICA DE BARBACENA .....	129
REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	130
REDE CEGONHA.....	136
REDE DE SAÚDE MENTAL.....	141
Problemas prioritários .....	142
Diretriz.....	142
Estratégias de Enfrentamento .....	142
Rede de cuidado para a pessoa com deficiência .....	143
Rede de saúde bucal.....	143
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	143
SITUAÇÃO ATUAL.....	143
Missão.....	144
Visão .....	144
Valores .....	144
SITUAÇÃO DESEJADA.....	145
Investimento em Assistência Farmacêutica no município de Barbacena .....	146
Infraestrutura e recursos humanos das farmácias (e dispensários) nas Unidades Básicas de Saúde ..	146
Papel da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde .....	147
FINANCIAMENTO .....	148
Recursos Financeiros Disponíveis:.....	148
ORGANIZAÇÃO .....	148
Rede de atenção à saúde: .....	148
Interfaces:.....	149
METAS: .....	149
Descrição das atividades a serem desempenhadas .....	150
Organizar as unidades de Assistência Farmacêutica .....	150
Componente Especializado.....	151
Programa para atendimento à população carente .....	152
Programa de Suplementação Alimentar .....	153
Medicamentos de uso ambulatorial .....	154
Medicamentos para atendimento de Urgência e Emergência nas UBS's .....	154

Medicamentos para uso em procedimentos no Centro Ambulatorial Agostinho Paulloci .....	154
Medicamentos para a Saúde Mental (CAPS e Residências Terapêuticas) .....	155
Medicamentos para atendimentos ao programa Melhor em Casa .....	155
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	159
SITUAÇÃO ATUAL .....	159
SITUAÇÃO DESEJADA .....	162
Recursos Humanos NECESSÁRIOS A MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA .....	162
VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	163
DIRETRIZES DA 8ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBACENA .....	164
PRIMEIRA DIRETRIZ - COMO ORGANIZAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BARBACENA? .....	164
SEGUNDA DIRETRIZ - REDE ASSISTENCIAL E SUA INTERFACE COM ATENÇÃO BÁSICA .....	167
TERCEIRA DIRETRIZ - CIDADÃO E O SEU PAPEL NO AUTOCUIDADO E NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	169
QUARTA DIRETRIZ - O ORÇAMENTO COMO FERRAMENTA DE ESCOLHA DA ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS .....	170
QUINTA DIRETRIZ - O SISTEMA MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGENCIA E SUA INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	171
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES: .....	172
ATENÇÃO BÁSICA .....	173
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE .....	181
VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	186
GESTÃO .....	190
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	192
CONCLUSÃO: .....	193

## RESULTADOS EXIGEM ESFORÇOS, PACIÊNCIA E CONSTÂNCIA.

---

Suspeito de promessas miraculosas e soluções instantâneas.

Duvido de fórmulas simples para conquista de felicidade.

Fraqueza, fadiga e ferrugem costumam a ceder depois que se instalam no corpo, na mente e no espírito.

Somente força, fôlego e flexibilidade podem produzir mudança.

Otimismo só é útil onde existe ação planejada.

Pensamento positivo só funciona à custa de muito trabalho.

Sem objetivos e prazos definidos, esperança é pura ilusão.

Acredito em fatos, não em intenções.

Acredito em atitudes, não em discursos.

Acredito em posturas éticas, não em regras de moral.

Acredito em fazer acontecer, não em esperar que aconteça.

Acredito em criatividade, não em obstáculos.

O que importa são as tentativas e não os acertos.

Às vezes que a gente se levanta contam muito mais do que as que a gente cai.

O prazer de continuar buscando é infinitamente maior do que o sucesso de alcançar.

Toda transformação começa sempre caótica e desconfortável.

Os caminhos conhecidos são seguros e fáceis, mas só conduzem aos lugares onde já estamos e não desejamos ficar.

O caminho do novo é cheio de riscos, surpresas e cansaço, mas sempre premia os que o escolhem com a chance de descobrirem e experimentarem a Vida que imaginaram viver.

Autor: Geraldo Eustáquio de Souza

RESULTADOS EXIGEM ESFORÇOS,  
PACIÊNCIA E CONSTÂNCIA

## INTRODUÇÃO

---

Este Plano Municipal de Saúde está sendo elaborado a partir de um profundo olhar para o sistema local de saúde e de uma escuta afetiva realizada a partir da realização da 8ª Conferência Municipal de Saúde, onde por meio da realização de 10 pré-conferências realizadas nos distritos sanitários, com os trabalhadores e prestadores de serviços, e da própria Conferência foi possível compreender a dimensão deste setor na organização do Município.

Muitos são os anseios da população que deseja de fato o que já foi garantido por direito, mas que por múltiplas questões ainda não são efetivamente possíveis.

Muitas são as potencialidades deste sistema, mas imensos são os desafios que precisam ser superados com um planejamento ascendente, articulado, transparente e que seja garantidor de mudanças nas formas de fazer saúde pública neste território.

No período de 2011 a 2013, o Município contou com um Plano Municipal de Saúde tecnicamente bem elaborado, que atendia na sua plenitude as diretrizes do sistema nacional de planejamento, contudo, o mesmo não traduziu mudanças no cotidiano do trabalho da saúde pública, não melhorou a vida das pessoas, não permitiu um bom desempenho nos indicadores de pactuação (SISPACTO), onde em 2012 o resultado global foi um alcance de apenas 47% das metas programadas.

Para a atual gestão administrativa, a saúde é a maior prioridade, é necessário redesenhar esta rede assistencial, promover a sua articulação, aprimorar o sistema de informação, garantir transparência, redefinir os processos de trabalho, mas, sobretudo, garantir uma estrutura muito mais factível com a necessidade do próprio sistema.

Pretendemos aderir às redes temáticas do Ministério da Saúde, principalmente a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência garantindo o financiamento necessário ao custeio da rede hospitalar.

Ampliaremos o Hospital Geral de Barbacena garantindo a suficiência de leitos, hoje os leitos estão desconcentrados nos municípios que enfrentam a dificuldade da resolubilidade, mas precisamos estruturar esta oferta, concentrando em Barbacena a rede assistencial efetivamente necessária ao território da região ampliada.

Nos últimos doze anos, segundo dados do SIOPS, o perfil de investimentos na saúde ficou em média em 1% do total dos gastos da saúde, o que nos dá a dimensão da estrutura existente na rede de serviços.

Minas Gerais tem como meta tornar-se o melhor estado do Brasil para se viver até o ano de 2023, Barbacena deseja por meio de um planejamento consistente que o barbacenense resgate o orgulho de morar nesta cidade, garantindo todos os seus direitos básicos, de forma especial o direito à saúde, já que este é um dos projetos estratégicos do atual governo, denominado SAÚDE NOS BAIROS, que pretende melhorar a qualidade da saúde pública neste território.

Mas Barbacena tem uma missão que vai além do cuidar de si mesma, por termos a condição de polo assistencial de região ampliada com 50 municípios adstritos e população de 728.069 habitantes e polo da região de Barbacena com 15 municípios adstritos e uma população 228.618 habitantes concentram os serviços de alta complexidade e também a grande maioria dos serviços de média do território, razão pela qual este plano também estará trabalhando esta dimensão, qual seja, Barbacena e suas responsabilidades com o território da Região Centro Sul.

Em 2013, participamos de forma inédita da elaboração do plano plurianual, de forma integrada com a SEPLAN (Secretaria de Planejamento), da mesma forma participamos da elaboração da LDO e LOA o que nos permitiu um olhar diferente e um destaque, pois o orçamento da saúde corresponderá em 2014 a aproximadamente 47% do orçamento global do município.

Desta forma queremos que este plano seja o mais participativo possível e que seja um documento público capaz de melhorar a vida das pessoas, de garantir acesso em tempo oportuno, queremos que todos sejam bem atendidos em qualquer ponto de atenção com segurança, equidade, respeito, escuta e prontidão para buscar a solução para cada caso.

**“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”**

▪ (Arthur Schopenhauer)

José Orleans da Costa  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do SUS Barbacena

## PARECER DA UNIDADE SETORIAL DE CONTROLE INTERNO

---

Esta Unidade Setorial de Controle Interno, vinculada à Controladoria Geral do Município de Barbacena e em atuação junto à Secretaria de Saúde Pública de Barbacena – SESAP, por seu Agente Público ora representado por força da Portaria nº 16.171, de 02 de abril de 2014, ao ser instado a manifestar-se sobre o recém-elaborado Plano Municipal de Saúde do município de Barbacena para o quadriênio 2014/2017 inteirou-se de todas as matérias produzidas no arquivo ativo transmitido pela Comissão legalmente constituída, e ponderou preliminarmente para os levantamentos conjunturais históricos imprescindíveis e com observância a uma periodicidade bem contemporânea para salvaguardar critérios avaliativos geralmente aceitos nas circunstâncias. O valioso material encontra-se em fase de encaminhamento ao Conselho Municipal de Saúde que no exercício de sua soberania cuidará da apreciação final e competente aprovação para validação dos atos de gestão propostos.

Permita primeiramente comentar avaliações macro sistêmicas sobre o importante segmento saúde, observada na quase totalidade dos municípios brasileiros e suas fragilidades traduzidas na avaliação geral concebida pela Egrégia Corte de Contas da União e bem assim pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais.

Tem-se que as ações e os serviços de saúde devem ser universal e igualitário dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo sistema único, que tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

A União atua como coordenadora e financiadora das políticas de saúde, prestando cooperação técnica e financeira a estados e municípios. Os gastos da função Saúde, sempre tão bem ilustrados, evidenciam a crescente descentralização dos serviços de saúde, o que faz aumentar a responsabilidade dos municípios partícipes no atendimento à população.

A execução orçamentária da função saúde por modalidade de aplicação, apesar do crescimento significativo da descentralização de recursos, diversas avaliações, do TCU principalmente, revela que o Ministério da Saúde (MS) não tem exercido com adequabilidade sua função de coordenar e fiscalizar as políticas públicas, pois não dispõe de instrumentos que lhe forneçam informações precisas, pontuais sobre a realidade da saúde no contexto Brasil.

Inspeções e auditorias realizadas até então, colocam de forma bem transparente vários problemas sistêmicos, que ocorrem em diversos estados e municípios, das diferentes regiões do país.

A falta ou precariedade do planejamento está entre os problemas mais graves, uma vez que possui reflexos diretos sobre a eficiência e efetividade na aplicação dos recursos. Também se observa uma presença reduzida dos governos estaduais na coordenação de seus respectivos municípios, apesar de a legislação preconizar uma gestão tripartite.

Assim, os Planos de Saúde Municipais na maioria das vezes não fazem referência a planos anteriores.

Mesmo nos municípios em que havia plano, este não se constituía num verdadeiro instrumento de gestão.

Nessa avaliação macro dinâmica, ainda há muito a se avançar em termos de melhoria da gestão no SUS.

Estados e municípios têm assumido uma série de responsabilidades no planejamento e execução de políticas públicas de saúde, todavia, as auditorias demonstraram que ainda são graves os problemas relacionados com a eficiência do gasto público.

Dessa forma além da busca pelo aumento dos recursos aplicados na saúde, deve-se priorizar a melhoria na gestão como forma de reduzir desperdícios.

Ante tais fatalidades e perfilhando sempre o escorregado caminho do que dispõe a IN TCEMG nº 12/2013, tem-se a considerar os seguintes aspectos:

1. que o material compartilhado e apresentado pelas Subsecretarias, Coordenadorias, Gerências e Assessorias Especiais são da mais alta qualidade quanto a forma e conteúdo específico,

procurando corresponder plenamente a Missão Institucional da SESAP que é a de “Assegurar a formulação e gestão das políticas públicas em saúde e a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do cidadão barbacenense e da região ampliada Centro Sul do Estado de Minas Gerais.”

2. os projetos e atividades elencados dentre as metas traçadas para se alcançar os objetivos finalísticos maiores que estão contidos na peça vestibular da apresentação do Plano, são de inquestionável importância para otimizar os atendimentos à população nesse setor.

Foram também alavancados objetivos específicos que sem dúvida alguma contribuirão no todo com o objetivo geral pretendido.

Vê-se também que o documento está suportado por referências legais: Leis, Decretos e regulamentos que dão consistência ao planejamento concebido.

As ilustrações com gráficos dos mais variados, segmentos de reta, histogramas de polígonos de frequência, setor circular, etc... traduzem facilidades na identificação visual precisa, rápida para conhecer as projeções daquilo que se propõe e dos resultados esperados.

A mais valia de todas as peças dessa importante engrenagem, no entanto, fica a depender necessariamente:

3. de um competente *Relatório de Gestão*, que clarificasse passo a passo os níveis de execução alcançados ao final de cada ano, para as fases das metas propostas, de tal modo a possibilitar a mensuração da eficiência e eficácia dos resultados.
4. De objetividade e clareza nos apontamentos decorrentes dessas propostas, quanto a identificação da unidade de medida, quantificação proporcional a cada fase e concomitante projeção de custos.

Em assim procedendo, estarão cumprindo e fazendo cumprir fielmente tudo o que nele contém guardando conformidade com a base legal referendada.

Ressalva-se nesse ínterim como preocupação desta Unidade Setorial de Controle, que a SESAP não incorra nos cometimentos de inconsistências como a que se deu nas avaliações decorrentes do Plano apresentado pela gestão responsável no quadriênio 2010/2013, que muito embora tenha elaborado um material considerado àquela ocasião como tecnicamente satisfatório, entretanto, não traduziu mudanças no cotidiano do trabalho da saúde, não melhorou a vida das pessoas e não permitiu um adequado desempenho nos indicadores de pactuação e segundo descrição na carta de abertura, alcançou apenas 47% (quarenta e sete por cento) das metas programadas.

Por derradeiro, evoca-se o princípio ditado pela Carta Magna mais precisamente no artigo 74 e imbuído do respeito à missão institucional dos Controles que é o de “Zelar pela boa e regular aplicação dos recursos públicos”, esta Unidade coloca-se como parceira do Comitê Técnico para acompanhar mês a mês a realização das etapas cronogramadas e sugerir medidas assertivas para a construção dos objetivos gerais da instituição SESAP.

É o parecer, subcensura, a que se junta.

José Cesar Almeida de Araújo  
Controlador Interno  
Secretaria Municipal de Saúde

## PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

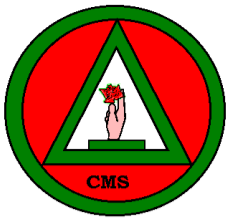
---

Cumprimentando cordialmente, a Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão – SEPLAN, após detida análise sobre a proposta orçamentária do Plano Municipal de Saúde - PMS, apresenta as seguintes considerações:

- O cenário atual é de forte comprometimento dos recursos do Tesouro Municipal vinculados à saúde (Fonte 102) com despesas de pessoal e encargos sociais, de forma que os investimentos projetados no PMS nesta fonte dependem necessariamente de redução do gasto da folha de pagamento e de outras despesas de custeio, e/ou de um aumento na Receita arrecadada pelo Município;
- Com relação às Fontes Vinculadas da Saúde (148, 149 e 150) comprometidas sobremaneira com o quadro de pessoal e manutenção de programas de saúde, os investimentos deverão ficar condicionados ao incremento de transferências financeiras;
- Quanto à Fonte 123 (Transferências de Convênios Vinculados à Saúde) verifica-se que saldo orçamentário para cobrir os programas e ações previstos no PMS precisará de complementação além do previsto para o Plano Plurianual. Uma vez assinados nossos convênios os mesmos serão suplementados ao orçamento;
- No caso da Fonte 152 (Transferências de Recursos do SUS para Gestão do SUS) o saldo orçamentário para cobrir os programas e ações previstas no PMS precisará de complementação além do previsto para o Plano Plurianual;
- Finalmente, quanto às demais Fontes (151, 153, 154 e 155), as mesmas encontram-se com projeção de investimentos e manutenção de programas dentro dos limites orçamentários propostos no Plano Plurianual 2014-2017.

Avaliando-se as observações, é possível determinar que o PPA 2014-2017 apresenta uma projeção de receitas e despesas para o período, construído durante o exercício de 2013. É possível afirmar que certamente as receitas oscilarão de forma positiva ou negativa durante este período, o que gerará acertos anuais no PPA e nas Leis Orçamentárias Anuais deste período. Os investimentos previstos no Plano Municipal de Saúde, por consequência, serão aportados e revistos, positiva ou negativamente, de acordo com o comportamento da receita e das despesas de custeio do Fundo Municipal de Saúde. Sob esta prima, a Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão concorda com as metas estipuladas para o Plano Municipal de Saúde, entendendo sempre que os investimentos previstos deverão ser replanejados periodicamente de acordo com a realidade de cada momento.

Diego Sie Carreiro Lima  
Secretário Municipal de Planejamento e Gestão



## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBACENA

---

RESOLUÇÃO Nº. 363 de 07 de julho de 2014 – ATA Nº. 458

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde, em sua 458ª Reunião ordinária, realizada em sete de julho de 2014, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.142 de 28/12/1990, pela Lei Municipal nº 4518 de 27/11/2013 e pela Resolução nº 453 do CNS de 10/05/12.

Considerando os debates ocorridos no Conselho Municipal de Saúde em reunião realizada no dia 07/07/14 conforme lavrado em ata nº. 458.

RESOLVE:

APROVAR POR UNANIMIDADE O PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE 2014 A 2017.

Barbacena, 02 de julho de 2014.

Carmem Lúcia Werneck

Presidente do CMS

## MISSÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP

Assegurar a formulação e gestão das políticas públicas em saúde e a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do cidadão barbacenense e da região ampliada Centro Sul do Estado de Minas Gerais.

---

### VISÃO

---

Um sistema de saúde integral e integrado, onde as famílias barbacenenses contem com acesso de qualidade aos serviços de saúde, com uma maior expectativa de vida, menor incidência de doenças e incapacidades, convivendo num ambiente saudável, desenvolvendo o autocuidado, exercendo o controle social em condições de bem estar amparadas por uma rede de proteção social, tendo como base, uma atenção primária universalizada que determine a organização dos níveis de atenção secundária e terciária.

### VALORES

---

- ✓ Equidade
  - ✓ Transparência
  - ✓ Informação
  - ✓ Ética
  - ✓ Universalidade
  - ✓ Integralidade
  - ✓ Controle social
- 

MISSÃO

---

## OBJETIVOS

---

### GERAL

---

Realizar um planejamento integrado, participativo, exequível, compatível com o Plano Plurianual do Governo Municipal para o período de 2014 a 2017, alinhado ao macro objetivo da SES-MG e do MS, mas que seja norteador de mudanças e que garanta melhoria nos níveis de acesso, promoção da saúde, prevenção das doenças, otimização dos recursos existentes e que corrobore para a melhoria dos indicadores de saúde da população do Município de Barbacena e de toda a região ampliada de saúde.

### ESPECÍFICOS

---

1. Elaborar um diagnóstico situacional que permita compreender a dimensão do sistema, suas potencialidades, seus principais desafios;
2. Elaborar um planejamento estratégico a partir dos anseios revelados pela participação popular na 8ª. Conferência Municipal de Saúde de Barbacena realizadas nos dias 06 e 07 de dezembro de 2013.
3. Garantir os princípios norteadores do SUS na execução da Política local de saúde;
4. Integrar-se ao planejamento global do Município, promovendo de forma especial a intersetorialidade;
5. Contribuir com a Política Estadual e Nacional do SUS por meio de um planejamento ascendente para fortalecimento do SUS;
6. Otimizar os gastos em Saúde, definindo os resultados esperados.
7. Potencializar o controle social por meio de um planejamento simples e factível que permita o monitoramento e avaliação necessária ao processo de planejamento.

## DIAGNÓSTICO

---

### CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

---

#### IDENTIDADE HISTÓRICA

---

Barbacena teve origem em pequeno aldeamento de índios Puris, formado por Jesuítas junto às cabeceiras do Rio das Mortes, no sítio denominado Borda do Campo pelas primeiras bandeiras que penetraram no território das Minas Gerais. Os indígenas, pertencentes à nação Tupi, habitavam a Zona do Campo, desde a Mantiqueira, e tinham por vizinhos, a leste, os Coroados, e, ao norte, os Carijós. Tendo vindo ao sul, espalharam-se pelas regiões de Queluz e Congonhas do Campo. Os últimos representantes desses aborígenes desapareceram em meados do século XVIII.

Os primeiros povoadores da região foram paulistas e portugueses, procedentes, na maioria, de Taubaté. Transpondo a Mantiqueira pela garganta do Embau, hoje Cruzeiro, desbravaram os sertões e estabeleceram-se no território. Dedicaram-se de início a mineração e, em seguida, quando já se encontrava aberto o Caminho Novo, também chamado "das partes de São Paulo" ou do Rio Grande, a lavoura e a criação de gado. Essa empresa foi iniciada pelo Capitão Garcia Rodrigues Paes Leme, em 1698, e terminada com o auxílio de seu cunhado, o Coronel Domingos Rodrigues da Fonseca Leme, então já estabelecido na Fazenda da Borda do Campo. Como recompensa, receberam ambos vários títulos, privilégios e diversas sesmarias ao longo do Caminho Novo, por eles aberto.

Como cobrador das entradas e provedor dos quintos, o Coronel Domingos Rodrigues da Fonseca Leme estabeleceu nas terras de suas sesmarias o Registro da Borda do Campo, depois chamado "Velho" e, mais tarde, do "Padre Manoel Rodrigues". Vendida a fazenda, em 1724, a Matias Domingos e a Francisco da Costa, retirou-se o Coronel Fonseca Leme para São Paulo, onde faleceu em 1738.

A primitiva Freguesia de Nossa Senhora da Piedade da Borda do Campo foi criada em 1725, pelo 4º Bispo do Rio de Janeiro, Frei Antônio de Guadalupe. Foi seu 1º Vigário o Padre Luís Pereira da Silva e teve por sede provisória, até 1730, a Capela da Borda. Daí a sede da Freguesia foi transferida para a chamada Igreja Nova, atual Matriz de Barbacena. A conclusão da Matriz data de 1764. Terminadas, porém, as primeiras obras, foram entregues ao culto a 27-11-1748. Em torno da Matriz foi-se formando, desde o início da construção, o antigo arraial da Igreja Nova. Por sua vantajosa posição comercial entre o Caminho Novo e o Velho, que ligavam Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso ao Rio de Janeiro, o povoado prosperou. Em 14-08-1791 foi elevado à categoria de Vila pelo Governador da Capitania, Visconde de Barbacena, daí a denominação, desmembrando seu território dos termos das Vilas de São José e São João Del Rei.

No começo de sua verdadeira e gloriosa história, Barbacena vê-se forçada a festejar a condenação dos Inconfidentes, e ainda expor, nas vizinhanças da Igreja do Rosário e à margem da antiga Estrada Real do Rio para Vila Rica, o braço direito de Tiradentes.

A reação de Barbacena contra o Governo da Província vem pela permanência de D. Pedro em nossa Pátria. Em representação ao Príncipe Regente D. Pedro a 11-02-1822, a Vila de Barbacena se propõe para Capital, sede da Monarquia Portuguesa, então em crise, oferecendo-se os barbacenenses para lutar em defesa do Príncipe. Faz jus, por essa atitude, ao título de "Nobre e Muito Leal", que mais tarde lhe é conferido pelo 1º Imperador, por Alvará de 17-03-1823.

Em 1833, converte-se em bastião de resistência à insurreição de Ouro Preto. É ali, em casa do Padre Manuel Rodrigues da Costa, no Registro Velho, que se articula o movimento de 10-06-1842.

Mais tarde, participa vivamente das campanhas da Abolição e da República, tornando conhecidas e respeitadas as culturas de seus eminentes filhos e suas tradições, tendências liberais e progressistas.

**Gentílico:** barbacenense

### **Formação Administrativa**

Distrito criado com a denominação de Barbacena pelo Alvará de 16-01-1752.

Elevado à categoria de Vila com a denominação de Barbacena, em 14-08-1791. A instalação se deu em 03-09-1791.

Pelo Alvará de 24-02-1823, a Vila teve o título de "Nobre e Muito Leal Vila de Barbacena".

Elevada à condição de Cidade com a denominação de Barbacena, pela Lei Provincial nº 163, de 09-03-1840.

Barbacena concentrava uma extensa área territorial, de onde se emanciparam ao longo de sua história 58 Municípios.

Pela Lei Provincial nº 1723, de 10-10-1870 e por Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, é criado o Distrito de Nossa Senhora dos Remédios e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 1830, de 10-10-1871 e por Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, é criado o Distrito de Desterro do Melo e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 1887, de 15-07-1872, é criado o Distrito de Santana da Ressaca e anexado ao Município de Barbacena.

Em 1874, é criado o Distrito de Ribeirão de Alberto Dias confirmada pela Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 2149, de 30-10-1875, e por Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891 é criado o Distrito de Quilombo e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 2325, de 12-07-1876, o Distrito de Santana da Ressaca passou a denominar-se Santana do Carandaí.

Pela Lei Provincial nº 2701, de 30-11-1880, e pela Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, é criado o Distrito de Santo Antônio da Ibertioga e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 2712, de 30-11-1880 e por Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, é criado o Distrito de Santana do Livramento e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 2799, de 30-10-1881, é criado o Distrito de Borda do Campo e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 2906, de 26-09-1882, Barbacena adquiriu do Município de Lima Duarte o e Distrito de Santa Rita do Ibitipoca.

Pela Lei Provincial nº 2955, de 07-10-1882, o Distrito de Borba do Campo passou a denominar-se São Sebastião dos Torres.

Pela Lei Provincial nº 3272, de 30-10-1884, e por Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, é criado o Distrito de São Domingos e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Provincial nº 3798, de 16-08-1889 e por Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, é criado o Distrito de Santa Bárbara do Tugúrio e anexado ao Município de Barbacena.

Pelo Decreto nº 318, de 09-01-1891, o Distrito de São Domingos tomou o nome de São Domingos do Monte Alegre.

Pela Lei Estadual nº 2, de 14-09-1891, é criado o Distrito de Curral Novo e anexado ao Município de Barbacena.

Pela Lei Resolução nº 50, de 19-09-1895, o Distrito de Ribeirão de Alberto Dias passou a denominar-se São José da Ressaquinha.

Pela Lei Municipal nº 52, de 21-09-1895, o Distrito de Curral Novo passou a chamar-se Bias Fortes.

Pelo Decreto Municipal nº 148, de 20-05-1896, o Distrito de Quilombo passou a denominar-se União.

Em Divisão Administrativa referente ao ano de 1911, o Município é constituído de 14 Distritos: Barbacena, Bias Fortes, Campolide, Santana do Carandaí ex-Santana da Ressaca, Desterro do Melo, Ibertioga ex-Santo Antônio da Ibertioga, Pedro Teixeira, Remédios ex-Nossa Senhora dos Remédios, Ressaquinha, Santana do Livramento, Santa Bárbara do Tugúrio, Santa Rita do Ibitipoca, São Domingos do Monte Alegre, São Sebastião dos Torres, ex-Borda do Campo e União.

Pela Lei Estadual nº 556, de 30-08-1911, é criado o Distrito de Campolide ex-povoado de José Pinto, em terras desmembradas do Distrito de Santa Rita do Ibitipoca e anexado ao Município de Barbacena. Pela mesma Lei é criado o Distrito de Pedro Teixeira e anexado ao Município de Barbacena.

Pela lei nº 663, de 18-09-1915, é criado o Distrito de Ilhéus, criado com terras desmembradas dos Distritos de Santo Antônio da Ibertioga e Barbacena e anexado ao Município de Barbacena.

Nos quadros de apuração do Recenseamento Geral de 01-IX-1920, o Município é constituído de 16 Distritos: Barbacena, Bias Fortes, Campolide, Carandaí, Desterro do Melo, Ilhéus, Livramento ex-Santana do Livramento, Pedro Teixeira, Nossa Senhora dos Remédios, Ressaquinha, Santa Rita do Ibitipoca, Santa Bárbara do Tugúrio, Santo Antônio da Ibertioga, São Domingos do Monte Alegre e São Sebastião dos Torres.

A Lei Estadual nº 843, de 07-09-1923, desmembra do Município de Barbacena o Distrito de Santana do Carandaí. Elevado à categoria de Município com a denominação Carandaí. A mesma Lei de nº 843 altera a denominação dos Distritos de: Ilhéus; para Padre Brito; Nossa Senhora dos Remédios para Remédios. O mesmo instrumento legal transfere do Município de Barbacena os Distritos de Pedro Teixeira para ser

anexado ao Município de Lima Duarte, São Domingos do Monte Alegre para Alto Rio Doce respectivamente.

Em Divisão Administrativa referente ao ano de 1933, o Município é constituído de 13 Distritos: Barbacena, Bias Forte, Campolide, Desterro do Melo, Padre Brito, Remédios, Ressaquinha, Santana do Livramento, Santa Bárbara do Tugúrio, Santa Rita do Ibitipoca, Santo Antônio da Ibertioga, São Sebastião dos Torres e União.

Pelo Decreto-Lei Estadual nº 88, de 30-03-1938, o Distrito de Campolide passou a chamar-se Saldanha.

Em Divisões Territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, o Município é constituído de 13 Distritos: Barbacena, Bias Fortes, Desterro do Melo, Padre Brito, Remédios, Ressaquinha, Saldanha ex-Campolide, Santa Bárbara do Tugúrio, Santa Rita do Ibitipoca, Santana do Livramento ex-Livramento, Santo Antônio da Ibertioga, São Sebastião dos Torres e União.

O Decreto-Lei nº 148, de 17-12-1938, desmembra do Município de Barbacena os Distritos de União, Campolide ex-Saldanha e Ibitipoca ex-Santa Rita do Ibitipoca, para formar o novo Município com a denominação de Bias Fortes ex-União, pela mesma Lei o Distrito de Santa Bárbara do Tugúrio passou a chamar-se Tugúrio, Santana do Livramento a denominar-se Livramento, Santo Antônio da Ibertioga tomou o nome Ibertioga, Bias Forte a chamar-se Sítio e o Distrito de São Sebastião dos Torres a denominar-se Torres.

No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o Município é constituído de 10 Distritos: Barbacena, Desterro do Melo, Ibertioga ex-Santo Antônio da Ibertioga, Livramento ex-Livramento, Padre Brito, Remédios, Ressaquinha, Torres ex-São Sebastião dos Torres, Sítio ex-Bias Fortes, Tugúrio ex-Santa Bárbara do Tugúrio.

Pelo Decreto-Lei Estadual nº 1058, de 31-12-1943, o Distrito de Remédios passou a denominar-se Angoritaba, Livramento a chamar-se Oliveira Fortes e Torres tomou a denominação de Correia de Almeida.

No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o Município é constituído de 10 Distritos: Barbacena, Angoritaba ex-Remédios, Desterro do Melo, Ibertioga, Oliveira Fortes ex-Livramento, Padre Brito, Ressaquinha, Correia de Almeida ex-Torres, Sítio ex-Bias Fortes e Tugúrio.

A Lei Estadual nº 336, de 27-12-1948, desmembra do Município de Barbacena o Distrito de Sítio, elevado à categoria de Município com a denominação Antônio Carlos, e ainda pela mesma Lei, é criado o Distrito de Paiva, com terra desmembrada do Distrito de Oliveira Forte e anexado ao Município de Barbacena.

Em Divisão Territorial datada de 01-VII-1950, o Município é constituído de 10 distritos: Barbacena, Angoritaba, Correia de Almeida, Desterro do Melo, Ibertioga, Oliveira Fortes, Paiva, Padre Brito, Ressaquinha, Tugúrio.

Pela Lei Estadual nº 1039, de 12-12-1953, desmembra do Município de Barbacena o Distrito de Angoritaba. Elevado á categoria de Município com a denominação de Senhora dos Remédios, pela mesma Lei, desmembra os Distritos Oliveira Fortes, Paiva e Ressaquinha, todos elevados à categoria de Município.

Em Divisão Territorial datada de 01-VII-1960, o Município é constituído de 6 Distritos: Barbacena, Correia de Almeida, Desterro do Melo, Ibertioga, Padre Brito, Tugúrio.

Pela Lei Estadual nº 2764, de 30-12-1962, desmembra do Município de Barbacena o Distrito de Desterro do Melo, Ibertioga e Tugúrio, todos elevados à categoria de município.

Alterações Toponímicas Distritais

Pela Lei Estadual nº 2764, de 30-12-1962, é criado o Distrito de Senhora das Dores e anexado ao Município de Barbacena.

Em Divisão Territorial datada de 31-XII-1963, o Município é constituído de 4 Distritos: Barbacena, Correia de Almeida, Padre Brito e Senhora das Dores. Assim permanecendo em Divisão Territorial datada de 1995.

Pela Lei Municipal nº 3365, de 08-11-1996, foram criados os Distrito de Colônia Rodrigo Silva, Costas da Mantiqueira, Faria, Galego, Mantiqueira do Palmital, Pinheiro Grosso, Ponte do Cosme, Ponte Chique do Martelo e São Sebastião dos Torres e anexados ao Município de Barbacena.

Em Divisão Territorial datada de 2003, o município é constituído de 13 Distritos: Barbacena, Colônia Rodrigo Silva, Correia de Almeida, Costas da Mantiqueira, Faria, Padre Brito, Galego, Mantiqueira do Palmital, Senhora das Dores, Pinheiro Grosso, Ponte do Cosme, Ponte Chique do Martelo, São Sebastião dos Torres. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

Também de Arraial ou freguesia da Borda do Campo ou ainda de Arraial da Igreja Nova do Campolide e o templo entregue ao culto pelo Pe. Antônio Pereira Henriques, então vigário, autorizado pelo primeiro bispo de Mariana Dom Frei Manoel da Cruz, por provisão de 15 de novembro de 1748. As obras, entretanto, prosseguiriam até 1764, ano de sua conclusão.

Como pode ser observado de Barbacena foram desmembrados vários municípios, ao longo dos séculos XVIII e XIX, municípios estes que hoje pertencem a Região de Barbacena.

## MARCOS HISTÓRICOS DE BARBACENA

---

### INCONFIDÊNCIA MINEIRA

---

Pertenciam ao arraial e depois Vila de Barbacena cinco dos inconfidentes:

- Domingos Vidal Barbosa Lage, irmão do brigadeiro José Vidal; obteve comutação da pena de morte, foi exilado para a Ilha de S. Tiago do Cabo Verde, onde faleceu oito meses após a sua chegada, no Convento de S. Francisco da Cidade de Ribeira Grande.
- Coronel Francisco Antônio de Oliveira Lopes morreu no degredo, em Bié na África.
- Padre José Lopes de Oliveira, falecido no cárcere na fortaleza de São Julião da Barra, em Lisboa.
- Padre Manuel Rodrigues da Costa, proprietário da Fazenda e Capela do Registro Velho, depois de preso e degredado para Portugal retornou ao Brasil e tomou parte ativa nos acontecimentos do "Fico", da Independência, foi eleito para as Cortes em 1820 e participante da Revolução Liberal de 1842.
- José Aires Gomes, Coronel de milícias, um dos subscritores da petição ao Visconde de Barbacena para a criação da Vila, proprietário da Fazenda da Borda do Campo, onde hospedou Tiradentes e foi local de "conventículos" da Inconfidência, morreu no exílio no presídio de Inhambane em Moçambique.

Após a morte de Tiradentes, a vila de Barbacena recebeu um dos seus braços, que teria sido erguido numa "picota" no adro da Igreja de Nossa Senhora do Rosário em cujo adro teria sido sepultado. A bandeira e as armas e brasão da cidade, que contém um braço estendido, memorizam este fato.

---

---

---

## CRIAÇÃO DA VILA

---

- Em 14 de agosto de 1791, foi criada a Vila de Barbacena e erigido o respectivo pelourinho e Câmara pelo Visconde de Barbacena, D. Luís Antônio Furtado de Mendonça, então governador e capitão-general da capitania, que deu à vila o seu próprio título (originalmente, de Barbacena, em Portugal).
- A vila teve como sede o antigo Arraial da Igreja Nova de Campolide, compreendendo, ainda, os territórios dos arraiais e freguesias de Nossa Senhora da Conceição do Engenho do Matto e de Nossa Senhora da Glória do Simão Pereira. Foi desmembrada dos territórios das Vilas de "Sam João de El Rey" e de "Sam Joze de El Rey", confrontando com as vilas de Mariana, Queluz (atual Conselheiro Lafaiete), "Sam João de El Rey" e "Sam Joze de El Rey" (atual cidade de Tiradentes).

---

## "MUITO NOBRE E LEAL VILA"

---

Barbacena, por meio de sua câmara, foi a primeira vila de Minas Gerais a enviar representação a D. Pedro I, então regente, em favor do "Fico" (9 de janeiro de 1822), em 11 de fevereiro de 1822, dirigiu-se a Câmara de Barbacena ao príncipe regente numa representação em que se propunha para ser a sede da Monarquia portuguesa e se ofereciam os barbacenenses para descer "em massa" ao Rio de Janeiro para tomar armas em defesa do Príncipe. Estes atos lhe valeram o título de "muito nobre e leal vila", conferido por decreto, de 24 de fevereiro de 1823 e Alvará de 17 de março do mesmo ano.

---

## REVOLTA DOS LIBERAIS DE 1842

---

Barbacena foi elevada a cidade pela Lei Provincial nº. 163, de 9 de março de 1840.

Em 10 de junho de 1842, a cidade aderiu à Revolução Liberal. Instada pela Guarda Nacional e o povo, a Câmara Municipal declarou a cidade sede do governo da província e deu posse a José Feliciano Pinto Coelho da Cunha, depois Barão de Cocais, como "presidente interino da Província". Depois deste episódio, ficaram presos vários dos revolucionários na "Cadeia Velha", dentre eles o Conde de Prados, político do Império.

Dentre os barbacenenses que atuaram no movimento, além do Conde de Prados Camilo Ferreira Armond, participaram o Cel. Marcelino Ferreira Armond, 1º Barão de Pitangui, os irmãos João Gualberto, Pedro Teixeira e Antônio Teixeira de Carvalho e o vigário Joaquim Camilo de Brito.

---

## O FIM DO SÉCULO XIX

---

Por ocasião da Guerra do Paraguai, a cidade forneceu 152 voluntários e 77 guardas nacionais para o esforço de guerra. Em 1889, Barbacena hospedou o Imperador D. Pedro II em sua última viagem a Minas Gerais e, em 1893, sediou a sessão extraordinária do Congresso Mineiro que deliberou sobre a mudança da capital do estado de Ouro Preto para Belo Horizonte.

No fim do século XIX, atendendo a uma política do Império, o município recebeu um grande número de imigrantes italianos. A primeira leva era composta por agricultores, a maioria veio do norte da Itália. Em 15 de abril de 1888, o Governo Imperial inaugurou uma colônia de imigrantes nos arredores de Barbacena. O local foi denominado "Colônia Rodrigo Silva", homenageando o então ministro da Agricultura. Assim como em todo o País, à época, o fluxo imigratório na cidade colaborou para o crescimento, a diversificação das atividades comerciais e agrícolas e o desenvolvimento de indústrias, como sericicultura, cerâmica, marcenaria e construção civil.

---

## O FÓRUM JUDICIAL E O ENTROCAMENTO DA OESTE

---

Em 30 de junho de 1923 foram inaugurados simultaneamente o entroncamento da "antiga linha da Oeste" (Estrada de Ferro Oeste de Minas) ligando a cidade a São João Del Rei e o edifício do foro judicial, que mais tarde recebeu o nome de "Mendes Pimentel", foi construído durante o governo Arthur Bernardes e inaugurado na gestão Raul Soares. Na ocasião serviu de instalação para os cartórios do 1º e 2º ofícios, escrivania de paz, coletoria estadual e tribunal do júri.

As inaugurações foram feitas pelo Ministro da Viação Francisco Sá, pelo secretário do Interior Melo Viana e pelo Secretário da Agricultura Daniel de Carvalho com a presença do Arcebispo da Arquidiocese de Mariana, dom Helvécio Gomes de Oliveira e do padre Sinfrônio de Castro e dos deputados Bias Fortes e José Bonifácio.

O edital de concorrência da obra do fórum foi publicado em 25 de fevereiro de 1922 no órgão oficial do Estado, a edificação se deu em terreno adquirido pela Câmara Municipal alguns anos antes na esquina da antiga rua da "Boa Morte" e estava orçada em 77: 652\$800 ("contos de réis"). Em 1930 o prédio serviu de sede para o Comando Revolucionário em Barbacena.

---

## DUAS REVOLUÇÕES

---

A cidade teve participação ativa na Revolução de 1930 e na Revolução de 1932. Localizada estrategicamente às margens da estrada que levava à Capital, Rio de Janeiro, a cidade foi sede do "Quartel-General da 4ª Região Militar Revolucionária", em 1930. O avanço dos revolucionários de Barbacena sobre Juiz de Fora e a tomada desta praça, com a rendição e adesão das tropas legalistas, tornou livre o acesso dos mineiros à capital da República. Esse fato foi decisivo para a deposição de Washington Luís e a vitória da Revolução. A cidade participou, ainda, dos combates contra os revoltosos paulistas de 1932, fornecendo dois batalhões provisórios.

**Fonte:** IBGE CIDADES

---

## HISTÓRICO DA SAÚDE

---

Barbacena sempre se destacou na área da saúde, ainda no Brasil Colônia já se tornara importante pela salubridade do seu clima.

Sua rede assistencial se inicia com a Santa Casa de Misericórdia de Barbacena que foi fundada pela Confraria ou Irmandade de Santo Antônio, organizada em 20 de julho de 1852, e inaugurada a 1º de Janeiro de 1858. Em 1852, o Almanaque Municipal de Barbacena publicou nota sobre o hospital: "... Situado no extremo norte da cidade, este hospital, uma das mais sólidas construções que aqui temos, é um grande e alto sobrado, de 33 metros de frente, todo feito em pedra, tendo em seu interior uma área ajardinada, e no qual está unida uma bonita e rica capela, consagrada a Santo Antônio. Além disso, o hospital tem uma bem montada farmácia, onde com receitas da casa, são aviadas gratuitamente aos pobres da cidade, e dispõe também de um arsenal cirúrgico de muito valor e de tudo mais que deve ter uma instituição dessa ordem." Em Seis de maio de 1888, a Mesa Administrativa da Santa Casa de Barbacena celebrou contrato com as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo para a sua administração. Entre 1949 a 1952, na provedoria do Ministro Antônio Carlos Lafaiete de Andrada, foram realizadas grandes obras na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, dentre elas estão pavilhão com maternidade, refeitório, cozinha, lavanderia elétrica, sala de

costura, aquisição de aparelho de anestesia gasosa, novos instrumentos para a sala de operação entre outros.

Em 1903 é criado o primeiro hospital psiquiátrico de Minas como Assistência aos Alienados do Estado de Minas Gerais, onde antes funcionava um Sanatório particular para tratamento de tuberculose, o qual havia falido e estava desativado. Instalado então, nas dependências do antigo Sanatório de Barbacena, o “hospício”, segundo registros históricos, está situado nas terras da antiga “Fazenda da Caveira” cujo proprietário era Joaquim Silvério dos Reis, conhecido na história mineira como o delator do movimento dos Inconfidentes.

Segundo historiadores, outro motivo teria levado o hospital para a cidade. Quando da escolha da nova capital mineira, Barbacena foi levantada como uma das opções, entretanto, foi preterida por não possuir recursos hídricos satisfatórios e optou-se por Belo Horizonte; como prêmio de consolação, Barbacena ganhou o Hospital dos Alienados.

Assim, entrava em funcionamento o Hospício de Barbacena, depois, Hospital Colônia de Barbacena. Sua capacidade inicial era de 200 (duzentos) leitos. Nesta época, o Hospital era constituído de um Centro Hortigranjeiro além das oficinas, olaria e carpintaria. Durante os primeiros 30 anos de funcionamento, o Hospital Colônia foi uma Instituição respeitável oferecendo atendimento humanitário a seus pacientes mesmo dispondo de métodos pouco eficientes em termos de tratamento. Tendo em vista os bons resultados obtidos, o Hospital Colônia, passou a ser um ponto de convergência para todos os pacientes que as comunidades pretendiam curar ou isolar, ou seja, havia uma grande demanda de doentes mentais, sífilíticos, tuberculosos e marginalizados. Com este aumento de pacientes, o Hospital passou por uma mudança radical: os leitos eram insuficientes e a escassez de recursos financeiros, materiais e principalmente humanos, tornaram-se graves problemas. O tratamento dispensado aos pacientes passou a ser desumano e degradante, atingindo elevadas taxas de mortalidade. O Hospital tornou-se mero depósito de doentes, entreposto de comércio de cadáveres. Barbacena ganhou o estigma de “Cidade dos Loucos”, e o problema foi se arrastando sem soluções a curto prazo. O hospital passa a ser chamado de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, uma Unidade da antiga Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica – FEAP, a qual começa a pertencer a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, fundada pela Lei Estadual 7.088 de 03/10/77, resultado da união de 03 (três) Fundações Estaduais de Assistência à Saúde, entre elas a FEAP. Em 1979, um grupo de psiquiatras e profissionais ligados à Saúde Mental, iniciando a luta para reverter o modelo, organizaram o III Congresso Mineiro de Psiquiatria e trouxeram Franco Basaglia, psiquiatra italiano, com uma postura marcadamente antimanicomial. O médico italiano fez uma visita ao Hospital e ficou escandalizado com o que encontrou, considerando o Hospício de Barbacena “Um Campo de Concentração Nazista”. Ainda em 1979, o jornalista Hiram Firmino começou a publicar no jornal Estado de Minas uma série de reportagens intitulada “Os Porões da Loucura”; e o cineasta Helvécio Ratton lançou “Em Nome da Razão”, um curta-metragem demonstrando a vida dentro do hospício. A partir destas denúncias que chocaram a opinião pública, as autoridades da área da saúde resolveram mudar este quadro contratando profissionais para a área assistencial e mandando um grupo de psiquiatras para Barbacena, que estiveram envolvidos no III Congresso Mineiro, a fim de elaborar um plano de reestruturação do hospital. O projeto foi elaborado e o hospital passou por um profundo processo de transformação e humanização, visando o resgate da cidadania dos usuários para a reintegração social. Representando ainda mais um avanço no processo de reestruturação do CHPB, foi inaugurado em 16 de Agosto de 1996, o Museu da Loucura. O Museu é uma atração não apenas para o meio acadêmico, mas para toda a comunidade. Isto porque, além de mostrar a história do antigo “manicômio”, através da exibição de equipamentos, fotografias, documentação de dados coletados e pesquisados em todo o Estado, enfoca a atual abordagem do tratamento psiquiátrico que vem sendo desenvolvida junto aos pacientes. Com isso proporciona abertura para as pessoas aceitarem melhor o portador de sofrimento psíquico e colaborarem no Projeto de reintegração do paciente na comunidade.

De 1903 a até o início da década de 1990, Barbacena conta com sete hospitais psiquiátricos e uma capacidade de oferta de 7.000 leitos psiquiátricos. Esse município de clima ameno de montanha, com temperaturas médias baixas para os padrões brasileiros, recebeu a alcunha de “Cidade dos Loucos” durante

longos anos. Esse título foi recebido em função dos sete hospitais psiquiátricos que abrigou. A justificativa técnica para a instalação de tantos manicômios no mesmo território deve-se à antiga crença, defendida por alguns médicos da época, de que o clima de montanha era salutar para os que carregavam doenças nervosas. Nesse clima, os loucos ficariam menos arredios e, supostamente, facilitariam o tratamento.

15 de julho de 1929 – inauguração do Hospital Psiquiátrico e Judiciário “Jorge Vaz”, classificado como hospital de custódia.

1943 – Fundação do Instituto de Maternidade e Assistência à Infância N. Senhora da Piedade (“Policlínica”), atualmente denominado IMAIP.

1947 – Barbacena contava com 27 médicos no Município.

1949 – Fundação da Casa de Saúde “São José”, criada por Agostinho Paolucci e Manoel Possas de Araújo, o primeiro hospital geral particular da cidade.

1949 – Início de funcionamento da Escola Preparatória Cadetes do Ar, com serviço de saúde próprio.

16 de fevereiro de 1952 – fundação da Associação Médica de Barbacena.

30 de abril 1967, – Inauguração do Hospital Ibiapaba S. A. Este estabelecimento se torna um hospital filantrópico a partir da década de 2000.

1969/1971 – Experiência do Plano Nacional de Saúde em Barbacena - Juntamente com outros dois Municípios Barbacena faz parte deste projeto piloto.

1971 – Início de funcionamento da Faculdade de Medicina de Barbacena.

1976 – inauguração do Centro Regional de Saúde, hoje denominado Superintendência Regional de Saúde.

1978 - Inicia-se o processo da reforma psiquiátrica, onde Barbacena se destaca pela mudança do modelo assistencial. Atualmente estão em funcionamento e credenciados pelo SUS, três hospitais e o número de leitos somam 398 (leitos disponíveis ao SUS - janeiro de 2014, fonte CNES).

1995 - Barbacena habilita-se sob a forma de gestão semi-plena e assume nos termos da NOB-SUS 01/93 a responsabilidade pelo processo de gestão do SUS.

2006 – Outubro - Início do funcionamento do Hospital Regional de Barbacena da rede FHEMIG que significou a inserção de um Hospital Público para garantia do acesso a população local e regional.

2010 - 25/05/2010 - Constituído o CISRU que permitiu a gestão da rede de urgência e emergência no território regional, envolvendo os 50 municípios.

## LOCALIZAÇÃO

---



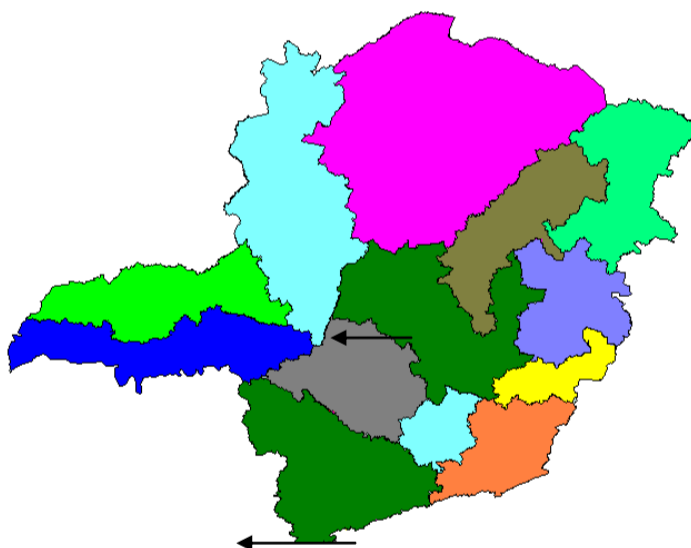
Localizado na Região Central do Estado de Minas Gerais, o Município de Barbacena pertence à Mesorregião: Campo das Vertentes - Microrregião: Barbacena, Área total: 759.186 Km<sup>2</sup>, Coordenadas da Sede: Latitude: 21° 13' 33" S Longitude: 43°, 46' 25" e seu território é cortado pela Serra da Mantiqueira e pelas nascentes do Rio das Mortes que é um afluente do Rio do Rio Grande.

Apresenta clima tropical de altitude sujeito a mudanças bruscas de temperaturas. A temperatura média anual é de 18°C, podendo chegar à máxima anual de 24,7°C. No inverno há ocorrência de geadas.

Barbacena encontra-se às margens da BR040, também denominada Rodovia Washington Luiz.

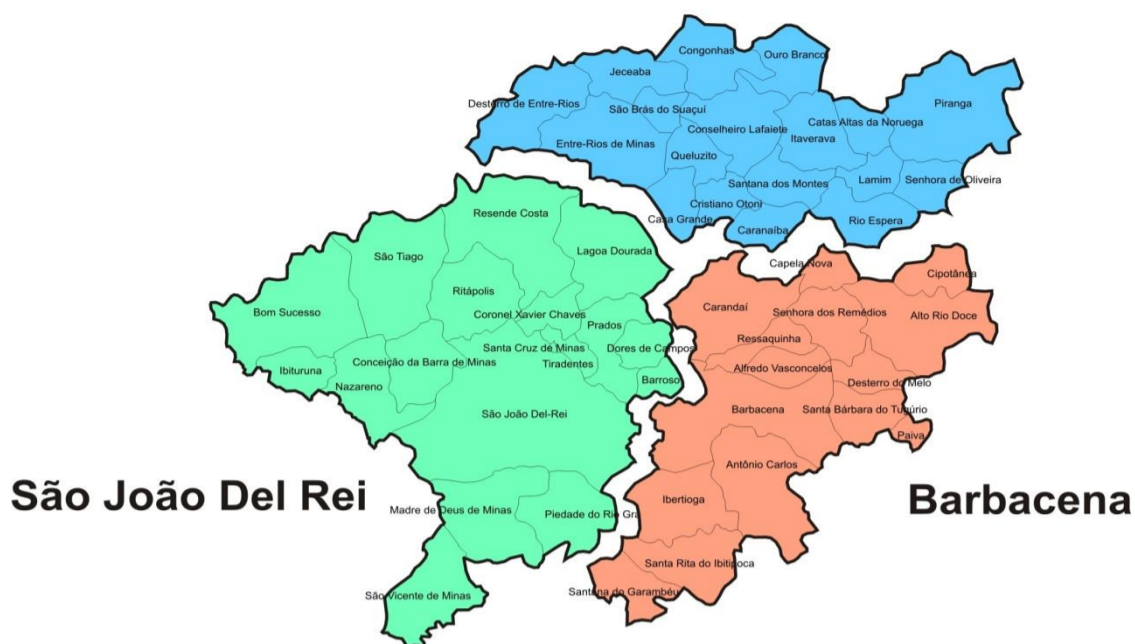
## PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

---



No contexto do território assistencial, Barbacena pertence à Região ampliada Centro Sul do Estado de Minas Gerais.

## Conselheiro Lafaiete



Esta Região é composta pelos seguintes Municípios:

**BARBACENA:**

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
310163	ALFREDO VASCONCELOS	5.306
310210	ALTO RIO DOCE	13.635
310290	ANTÔNIO CARLOS	11.652
310560	BARBACENA	132.980
311220	CAPELA NOVA	4.834
311320	CARANDAÍ	22.701
311630	CIPOTÃNEA	6.423
312150	DESTERRO DO MELO	2.979
312940	IBERTIOGA	5.351
314660	PAIVA	1.774
315440	RESSAQUINHA	4.557
315730	SANTA BÁRBARA DO TUGÚRIO	4.486
315940	SANTA RITA DO IBITIPOCA	3.687
315870	SANTANA DO GARAMBÉU	2.150
316620	SENHORA DOS REMÉDIOS	10.245

Fonte: IBGE

**CONSELHEIRO LAFAIETE / CONGONHAS:**

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
311490	CASA GRANDE	2.390
311540	CATAS ALTAS DA NORUEGA	3.221
311800	CONGONHAS	45.611
311830	CONSELHEIRO LAFAIETE	113.019
312040	CRISTIANO OTONI	5.416
312140	DESTERRO DE ENTRE RIOS	6.794
312390	ENTRE RIOS DE MINAS	13.749
313390	ITAVERAVA	6.423
313540	JECEABA	5.484
313790	LAMIM	3.598
314590	OURO BRANCO	32.571

315080	PIRANGA	17.511
315380	QUELUZITA	1.838
315520	RIO ESPERA	6.558
315910	SANTANA DOS MONTES	3.796
316090	SÃO BRÁS DO SUAÇUÍ	3.344
316600	SENHORA DE OLIVEIRA	6.052

Fonte: IBGE

SÃO JOÃO DEL REI:

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
310590	BARROSO	19.353
310800	BOM SUCESSO	17.502
311520	CONCEIÇÃO DA BARRA DE MINAS	4.112
311970	CORONEL XAVIER CHAVES	3.331
312300	DORES DE CAMPOS	9.158
313000	IBITURUNA	2.890
313740	LAGOA DOURADA	12.497
313910	MADRE DE DEUS DE MINAS	5.298
314450	NAZARENO	7.476
315030	PIEDADE DO RIO GRANDE	5.084
315270	PRADOS	7.948
315420	RESENDE COSTA	10.802
315610	RITÁPOLIS	5.179
315733	SANTA CRUZ DE MINAS	8.066
316250	SÃO JOÃO DEL REI	82.954
316500	SÃO TIAGO	10.691
316530	SÃO VICENTE DE MINAS	6.722
31688	TIRADENTES	6.630

Fonte: IBGE

## ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

### POPULAÇÃO TOTAL:

Tabela - População Residente em Barbacena - Minas Gerais - Período: 1980-2013

Ano	População residente	Ano	População residente
1980	86.391	1997	109.770
1981	87.437	1998	111.418
1982	88.715	1999	113.080
1983	89.996	2000	114.126
1984	91.275	2001	115.858
1985	92.549	2002	117.110
1986	93.812	2003	118.491
1987	95.056	2004	119.870
1988	96.275	2005	123.005
1989	97.462	2006	124.603
1990	98.621	2007	126.184
1991	99.954	2008	127.328
1992	101.379	2009	128.572
1993	101.842	2010	126.284
1994	102.992	2011	127.218
1995	104.117	2012	128.120
1996	107.810	2013	132.980

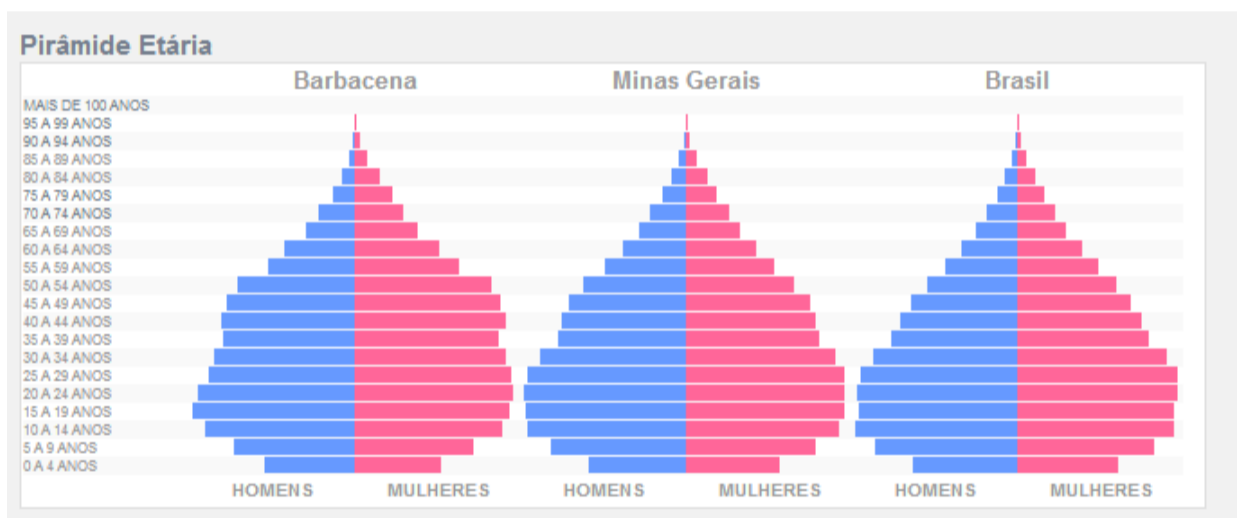
Fonte: TABNET/DATASUS/MS

## População residente por Faixa Etária e Sexo - Período:2012

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	712	691	1403
1 a 4 anos	2870	2756	5626
5 a 9 anos	3875	3850	7725
10 a 14 anos	4975	4936	9911
15 a 19 anos	5500	5205	10705
20 a 29 anos	10343	10802	21145
30 a 39 anos	9238	9982	19220
40 a 49 anos	9159	10441	19600
50 a 59 anos	7447	8832	16279
60 a 69 anos	4282	5264	9546
70 a 79 anos	2065	3060	5125
80 anos e mais	790	1692	2482
<b>Total</b>	<b>61256</b>	<b>67511</b>	<b>128767</b>

Fonte: IBGE/DATASUS

## IDH



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

## PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE ALFABETIZADA POR FAIXA ETÁRIA

Taxa de analfabetismo - Minas Gerais

Taxa de analfabetismo População alfabetizada População não alfabetizada

População de 15 anos ou mais por Faixa etária – Período de 2010

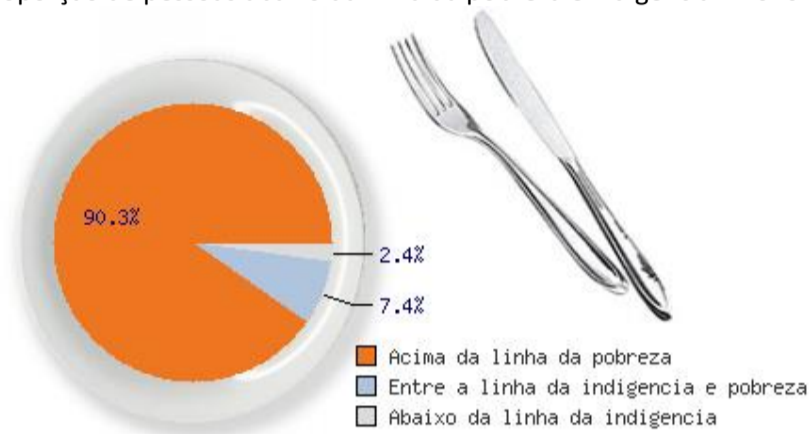
Faixa etária	Taxa de Analfabetismo	População alfabetizada	População não Alfabetizada	População De 15 anos ou mais
15 a 24 anos	0,9	21144	187	21331
25 a 39 anos	1,9	28714	556	29270
40 a 59 anos	5,3	31675	1760	33435
60 a 69 anos	14,2	7478	1233	8711
70 a 79 anos	16,8	3807	771	4578
80 anos e mais	23,4	1630	499	2129
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>94448</b>	<b>5006</b>	<b>99454</b>

Fonte: IBGE

# RESULTADOS OBTIDOS FRENTE ÀS METAS DO MILÊNIO SEGUNDO ODM

## ACABAR COM A FOME E A MISÉRIA

Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência – 2010.



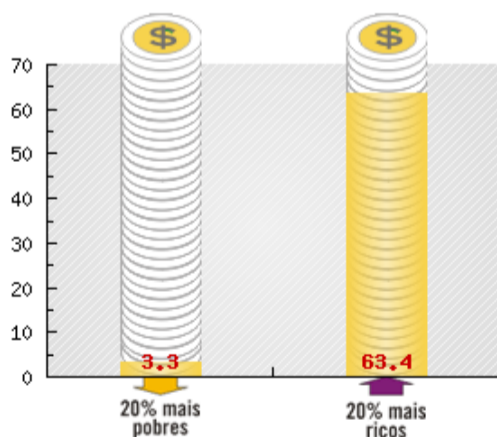
Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

Em Barbacena de 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 reduziu em 52,9%; para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 10,3%.

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

No Estado, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* de até R\$ 140,00 passou de 25,0%, em 2000, para 11,7% em 2010. Percentual da renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos da população – 2010.

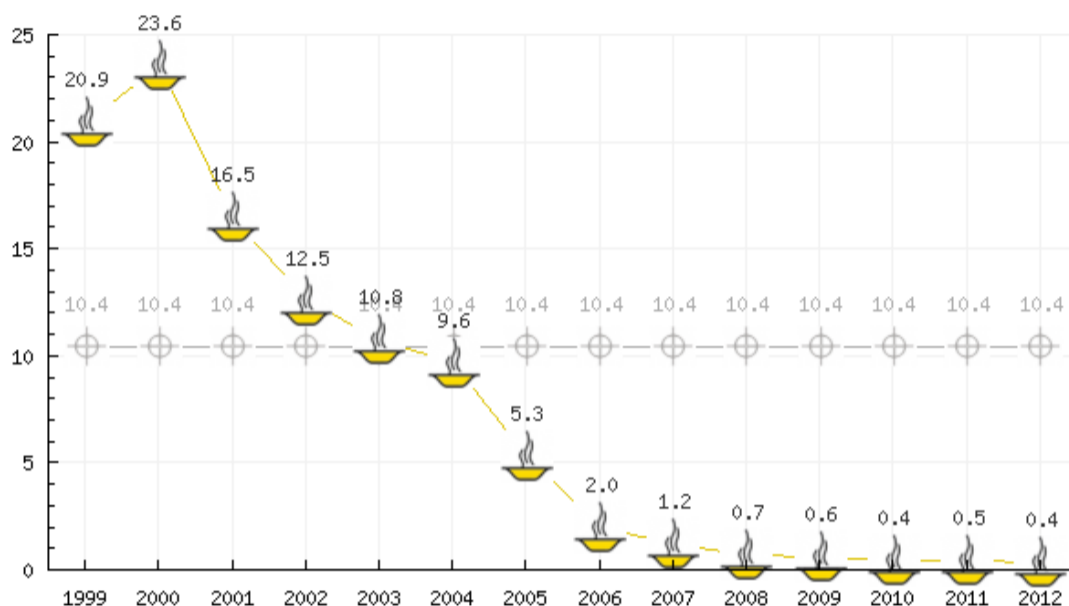


Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

A participação dos 20% mais pobres da população na renda passou de 3,2%, em 1991, para 3,3%, em 2010, diminuindo os níveis de desigualdade.

Em 2010, a participação dos 20% mais ricos era de 63,4%, ou 19 vezes superior à dos 20% mais pobres.

## PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DESNUTRIDAS - 1999-2012.



Fonte: SIAB - DATASUS

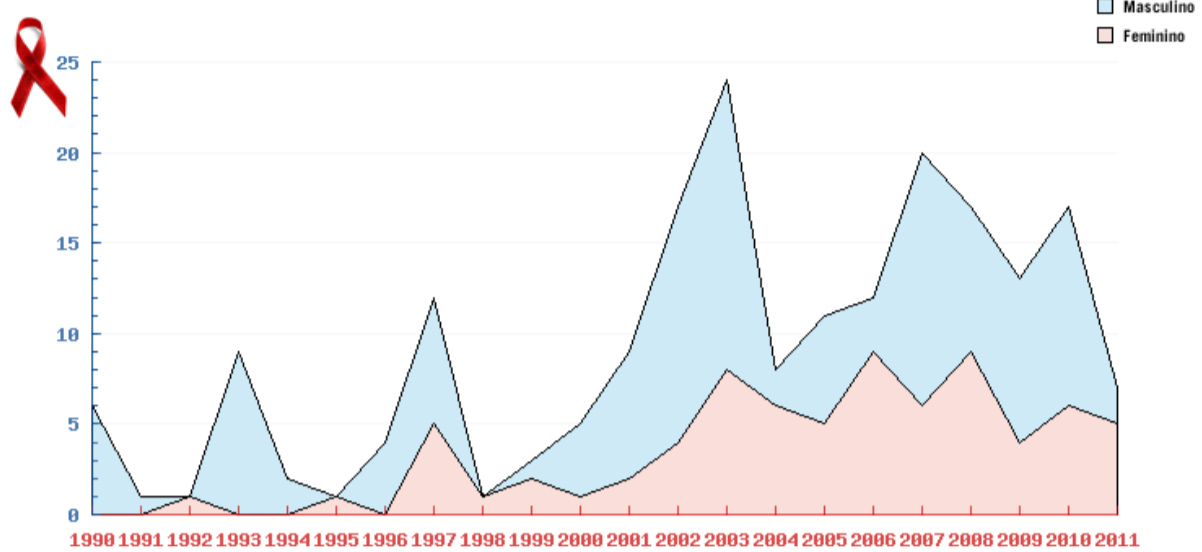
Em 2012, o número de crianças pesadas pelo Programa Saúde Familiar era de 16.168; destas, 0,4% estavam desnutridas.

No Estado, em 2007, 45,6% das crianças de 0 a 6 anos de idade viviam em famílias com rendimento per capita de até 1/2 salário mínimo.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008), 20,7% das famílias pesquisadas informaram que a quantidade de alimentos consumidos no domicílio às vezes não era suficiente, enquanto que 7,6% afirmaram que normalmente a quantidade de alimentos não era suficiente.

## COMBATER A AIDS, MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS.

Número de casos de AIDS registrado por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011.



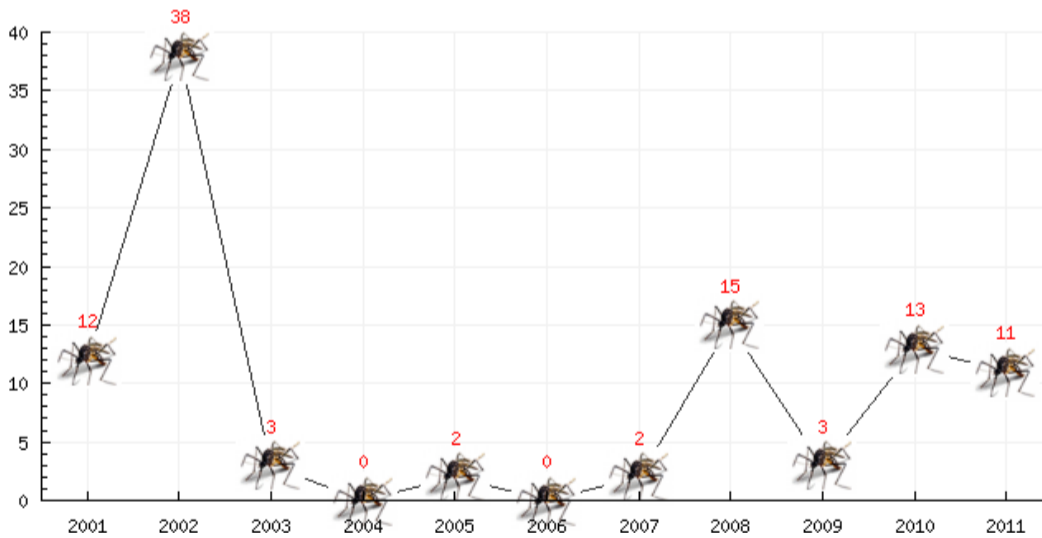
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O Município teve de 1987 a 2012, 209 casos de AIDS diagnosticados. (*Dados consolidados até 30/06/2012*).

No Estado, a taxa de incidência em 2011 era de 13,4 de casos e a mortalidade em 2011, 4,2 a cada 100 mil habitantes.

Em 2011, a proporção de mulheres infectadas foi de 34,4%, enquanto entre jovens de 15 a 24 anos foi de 8,6%.

Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011.



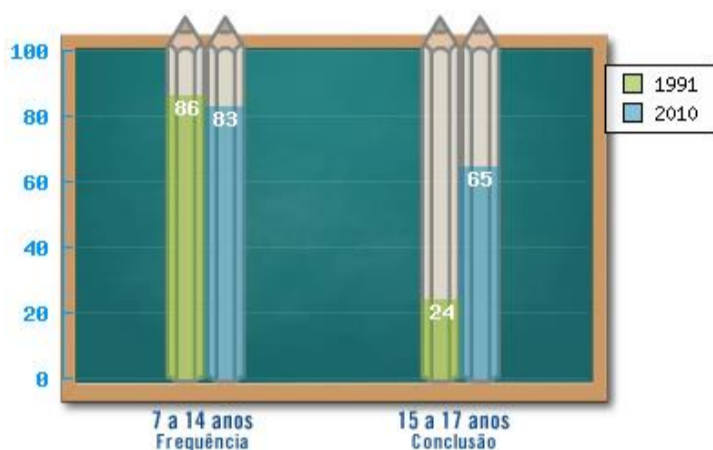
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Algumas doenças são transmitidas por insetos, chamados vetores, como espécies que transmitem malária, febre amarela, leishmaniose, dengue, dentre outras doenças.

No município, entre 2001 e 2011, houve 99 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais sete casos confirmados de malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, três casos confirmados de leishmaniose, 89 notificações de dengue.

## EDUCAÇÃO BÁSICA DE QUALIDADE PARA TODOS

Taxa de frequência e conclusão no ensino fundamental - 1991-2010.



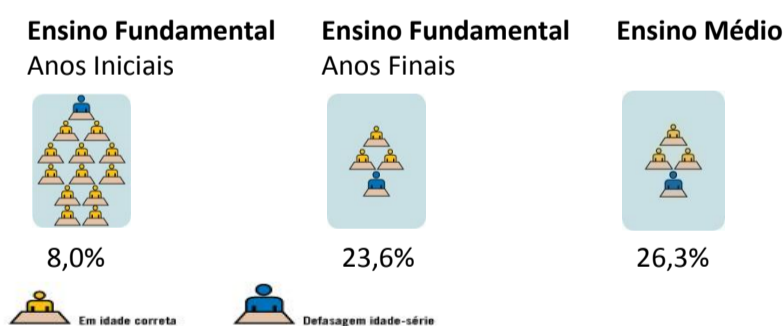
Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

No município, em 2010, 17,1% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 64,5%.

Caso queiramos que em futuro próximo não haja mais analfabetos, é preciso garantir que todos os jovens cursem o ensino fundamental. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 99,1%.

No Estado, em 2010, a taxa de frequência líquida no ensino fundamental era de 83,0%. No ensino médio, este valor cai para 51,0%.

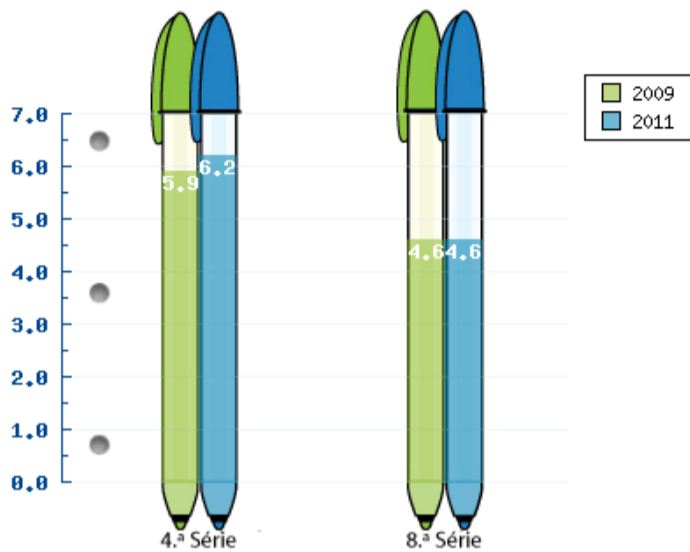
Distorção idade-série no ensino fundamental e médio – 2012.



Fonte: Ministério da Educação – INEP

A distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do ensino fundamental, estão com idade superior à recomendada nos *anos iniciais*, 8,0% e nos *anos finais*, 23,6% chegando a 26,3% de defasagem entre os que alcançam o ensino médio.

## ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA (IDEB) - 2009/2011

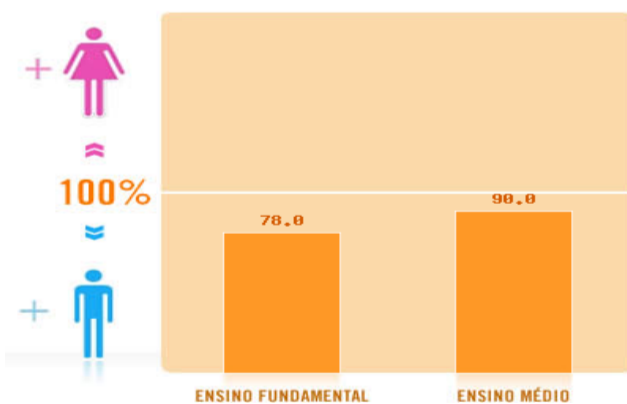


Fonte: Ministério da Educação - IDEB

O IDEB é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10. Este município está na 372.ª posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.ª série, e na 657.ª, no caso dos alunos da 8.ª série. O IDEB nacional, em 2011, foi de 4,7 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0.

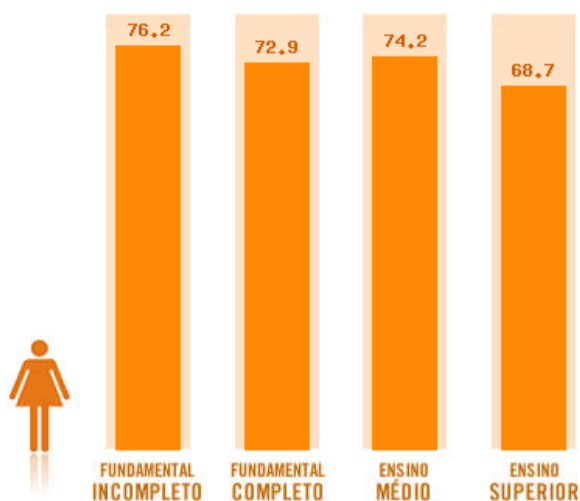
## IGUALDADE ENTRE SEXOS E VALORIZAÇÃO DA MULHER

Razão meninas/meninos no ensino fundamental e médio – 2006.



Fonte: Ministério da Educação - INEP

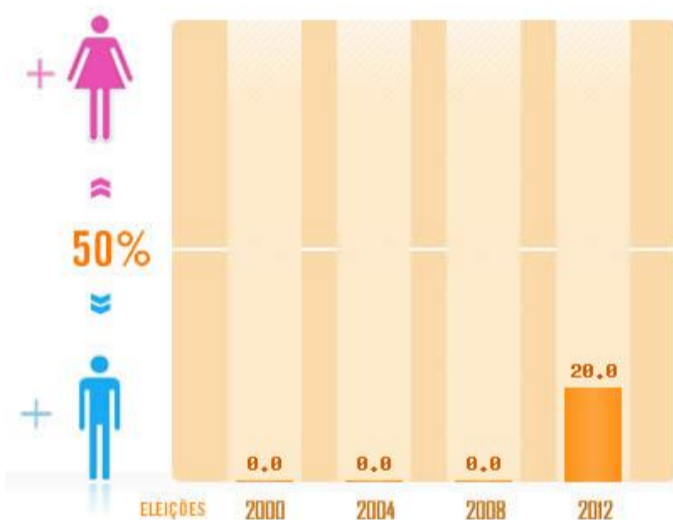
A razão entre meninas e meninos no ensino fundamental, em 2006, indicava que, para cada 100 meninas, havia 122 meninos. No ensino médio, esta razão passa a 90 para cada 100 meninas. A razão entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos era de 100,4% em 2010. Percentual do rendimento feminino em relação ao masculino segundo ocupação formal e escolarização – 2011.



Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS 2011

Com relação à inserção no mercado de trabalho, havia menor representação das mulheres. A participação da mulher no mercado de trabalho formal era de 42,6% em 2011. O percentual do rendimento feminino em relação ao masculino era de 91,7% em 2011, independentemente da escolaridade. Entre os de nível superior o percentual passa para 68,7%.

## PROPORÇÃO DE ASSENTOS OCUPADOS POR MULHERES NA CÂMARA DE VEREADORES - 2000 / 2004 / 2008 / 2012



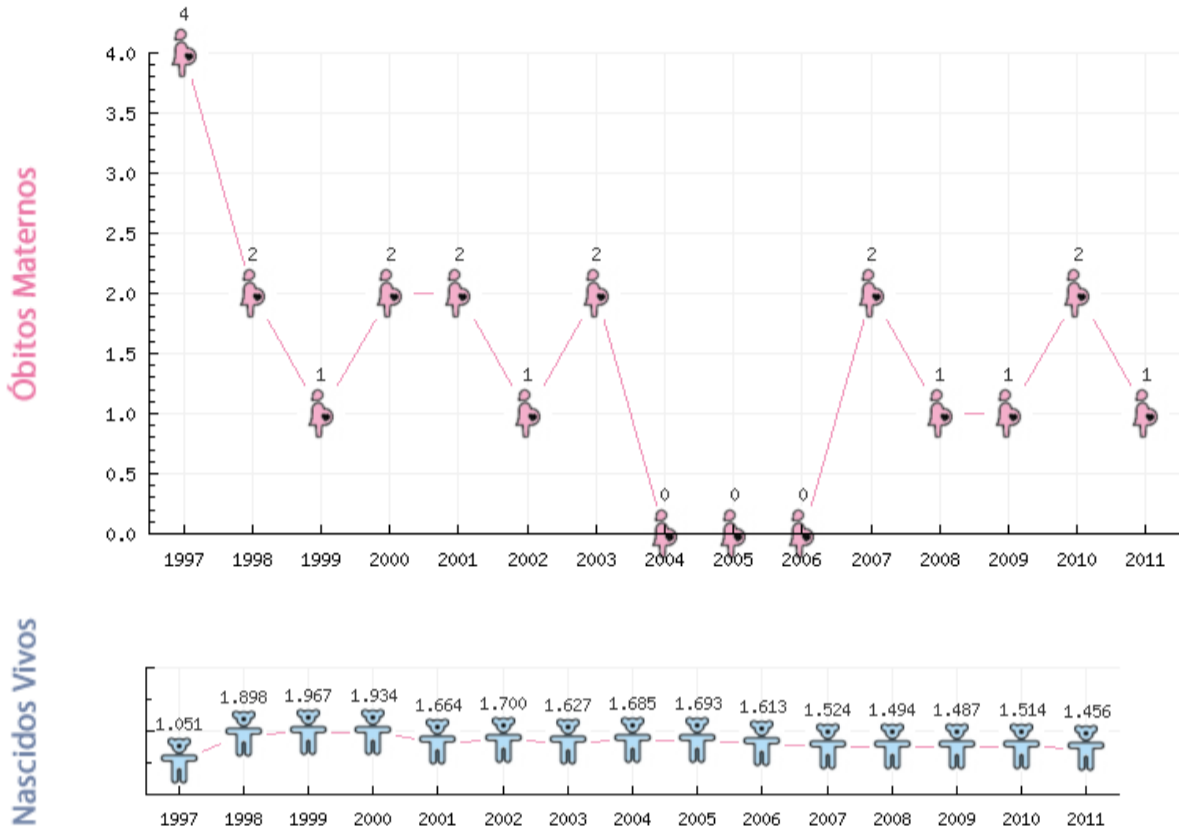
Fonte: TRE

A proporção de mulheres eleitas para a Câmara de Vereadores no município foi de 20,0%.

A participação feminina na política é muito restrita; nas eleições de 2012, apenas 11,2% de vereadoras foram eleitas no Estado.

## MELHORAR A SAÚDE DAS GESTANTES

Número de óbitos maternos e nascidos vivos - 1997-2011.



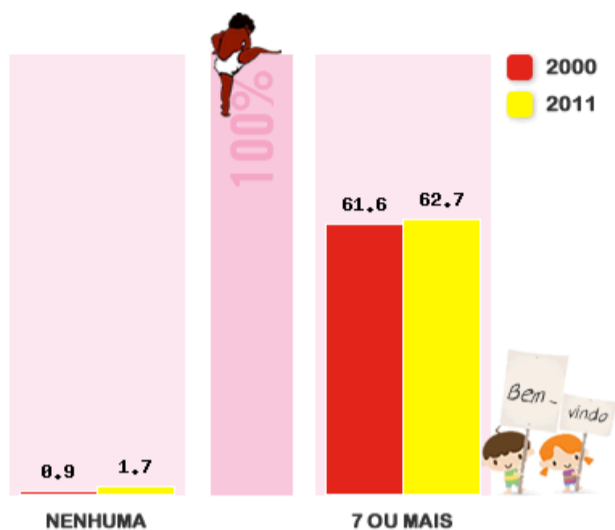
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O número de óbitos no município, de 1997 a 2011, foi 21. A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS são de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos.

No Brasil, em 2010, esse número foi de 60,1; mas devido a subnotificações estaria próximo de 68,2 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, segundo a estimativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs. Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto).

É importante que cada município tenha seu Comitê de Mortalidade Materna, inclusive ajudando no preenchimento da declaração de óbito, para evitar as subnotificações e melhorar o entendimento das principais causas das mortes.

## PERCENTUAL DE CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS POR NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS – 2011



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gravidez. Quanto maior o número de consultas pré-natais, maior a garantia de uma gestação e partos seguros, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê. A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2011, neste município, foi de 1,7%.

As gestantes com sete ou mais consultas foram 62,7%.

Em 2011, no Município, 99,9% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde. A previsão, em 2008, era de que 94,0% dos nascidos vivos estimados para o Estado fossem registrados nos sistemas de controle de nascidos vivos.

## PERCENTUAL DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES ADOLESCENTES – 2011



Fonte: Ministério da Saúde - SINASC

O percentual de mães com idades inferiores a 20 anos é preocupante. Na maioria dos casos, as meninas passam a enfrentar problemas e a assumir responsabilidades para as quais não estão preparadas, com graves conseqüências para elas mesmas e para a sociedade.

## QUALIDADE DE VIDA E RESPEITO AO MEIO AMBIENTE

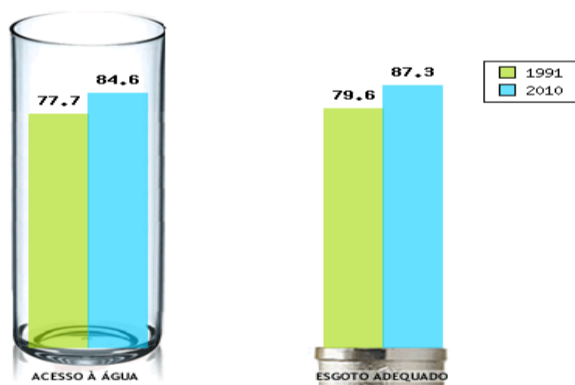
Ocorrências impactantes observadas com frequência no meio ambiente nos últimos 24 meses – 2008.



Fonte: IBGE - Perfil Municipal - 2008

O município declara ter apresentado ocorrências impactantes observadas com frequência no meio ambiente, nos últimos 24 meses, mas sem alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida da população. O município possui Conselho Municipal de Meio Ambiente, criado no ano de 1997. O Conselho tem maior representação governamental. Houve reuniões nos últimos 12 meses. O município não contou com recursos específicos para a área ambiental nos últimos 12 meses. Possui Fundo Municipal de Meio Ambiente. O município realiza licenciamento ambiental de impacto local.

## PERCENTUAL DE MORADORES COM ACESSO A ÁGUA LIGADA À REDE E ESGOTO SANITÁRIO ADEQUADO - 1991-2010

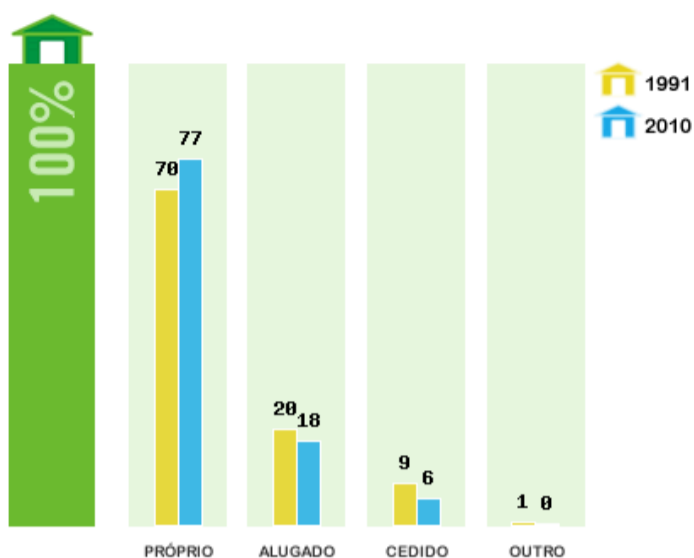


Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 1991 e 2010

Neste Município, em 2010, 84,6% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e 87,3% possuíam formas de esgotamento sanitário considerado adequado.

No Estado, em 2010, o percentual de moradores urbanos com acesso à rede geral de abastecimento, com canalização em pelo menos um cômodo, era de 95,7%. Com acesso à rede de esgoto adequada (rede geral ou fossa séptica) eram 88,5%.

## PROPORÇÃO DE MORADORES SEGUNDO A CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO - 1991/2010



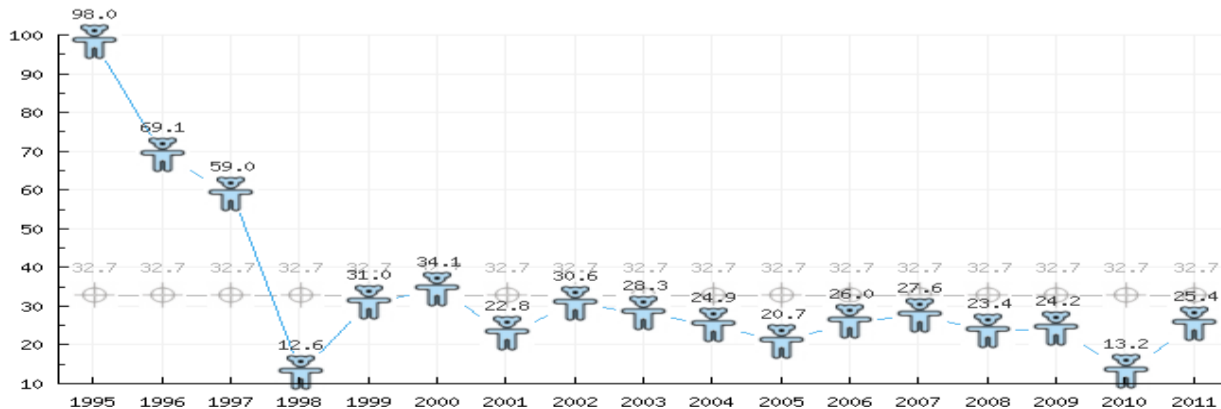
Fonte: IBGE - Censo Demográfico - 2010

Como instrumento de planejamento territorial este município dispõe de Plano Diretor. O município declarou, em 2008, existirem loteamentos irregulares e também favelas, mocambos, palafitas ou assemelhados. Neste município, existe processo de regularização fundiária e urbanização de assentamentos.

Existe legislação municipal específica que dispõe sobre regularização fundiária e com plano ou programa específico de regularização fundiária. Neste Município, em 2010, não havia moradores urbanos vivendo em aglomerados subnormais (favelas e similares). Em 2010, 98,6% dos moradores urbanos contavam com o serviço de coleta de resíduos e 96,9% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo). Para ser considerado proprietário, o residente deve possuir documentação de acordo com as normas legais que garantem esse direito, seja ele de propriedade ou de aluguel. A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atingem 94,2%.

## REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

Taxa de mortalidade de menores de cinco anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2011.

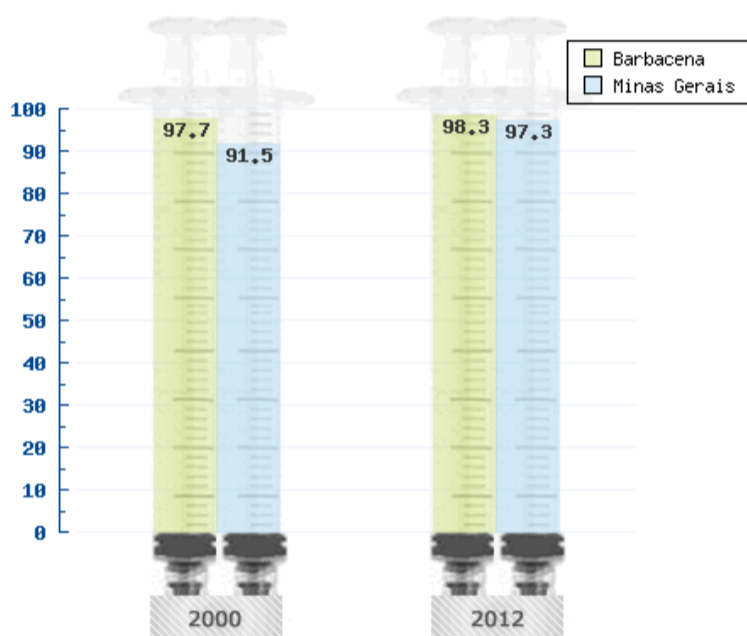


Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O número de óbitos de crianças menores de um ano no município, de 1995 a 2011, foi 787. A taxa de mortalidade de menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 14,4 a cada 1.000 crianças menores de um ano.

Das crianças de até um ano de idade, em 2010, 2,0% não tinham registro de nascimento em cartório. Este percentual cai para 0,9% entre as crianças até 10 anos. O número de óbitos de crianças de até um ano informados no Estado representa 79,7% dos casos estimados para o local no ano de 2008. Esse valor sugere que pode ter um médio índice de subnotificação de óbitos no município. Entre 1997 e 2008, no Estado, a taxa de mortalidade de menores de um ano corrigida para as áreas de baixos índices de registro reduziu de 26,0 para 17,4 a cada mil nascidos vivos, o que representa um decréscimo de 33,1% em relação a 1997.

## PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO COM VACINAÇÃO EM DIA - 2000-2012



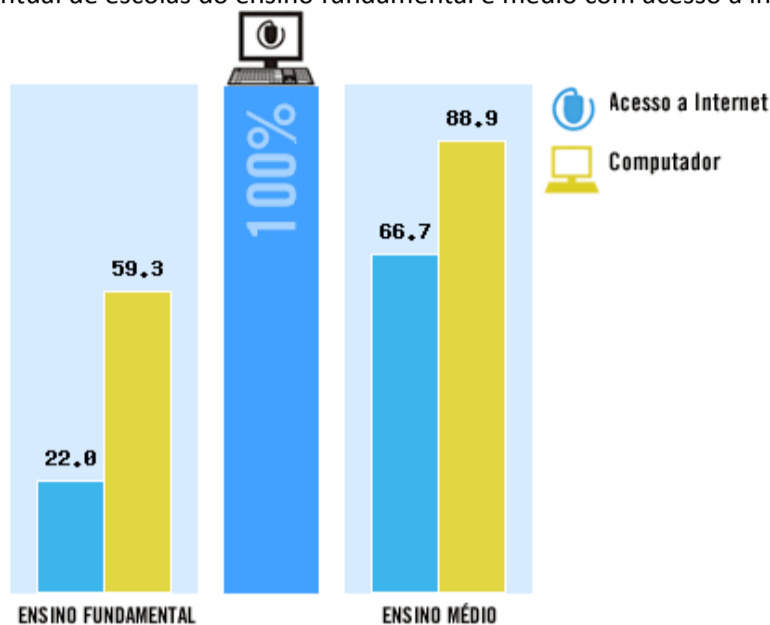
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Uma das ações importantes para a redução da mortalidade infantil é a prevenção através de imunização contra doenças infecto-contagiosas. Em 2012, 98,3% das crianças menores de um ano estavam com a carteira de vacinação em dia.

## TODO MUNDO TRABALHANDO PELO DESENVOLVIMENTO

---

Percentual de escolas do ensino fundamental e médio com acesso a internet – 2005.



Fonte: Ministério da Educação - INEP

No Município, em 2005, o percentual de escolas do Ensino Fundamental com laboratórios de informática era de 28,8%; com computadores 59,3% e com acesso à internet 22,0%. A escola do Ensino Médio com laboratórios de informática era de 66,7%; com computadores 88,9% e com acesso à internet 66,7%.

## SAÚDE DO HOMEM

---

A Saúde do Homem sempre representou uma grande lacuna para o planejamento e ações voltadas para a saúde, por alguns fatores: horário de trabalho e disponibilidade das Unidades de Saúde fora do horário comercial; tradicionalmente, os maiores frequentadores das Unidades de Saúde são mulheres, crianças e idosos.

O Ministério da Saúde, preenchendo essa lacuna, instituiu um programa direcionado para esse público, no sentido de promover, proteger e recuperar, quando for o caso, a saúde dessa parcela produtiva da população.

Temos estudos epidemiológicos em diversos setores e conhecemos um pouco os fatores que condicionam a saúde ou a doença dessa faixa da população, mas não com profundidade, porque até então não havíamos feito um estudo epidemiológico que respondesse a estas questões: quem é essa população no todo e por faixas etárias? Como vive? Do que adoecer? Do que morre? Quais ações a Saúde Pública poderá implementar para ter essas respostas, intervindo, quando necessário, para a manutenção ou a recuperação da Saúde.

Para a apresentação de um projeto precisamos conhecer os atores envolvidos. Para esse estudo planejamos:

- Série histórica da população masculina (população total e por faixa etária);

- Estudo de mortalidade mais abrangente onde conheceremos as principais causas de adoecimento (morbidade) e de mortalidade; dentro dos capítulos dos dez grandes grupos causas de mortalidade, conhecer as doenças mais frequentes nessa população. Feito o estudo populacional de Barbacena, temos que considerá-los em relação aos valores verificados em Minas Gerais e no Brasil. Ainda, precisamos estabelecer um paralelo entre a morbidade e a mortalidade nas populações masculina e feminina nas diversas faixas etárias;
- Terceiro passo, passamos a estudar a morbidade tanto ambulatorial quanto hospitalar. Conhecendo a frequência das causas de adoecimento da população poderemos planejar melhor as ações de Atenção Básica, de Vigilância em Saúde e Assistenciais tanto de nível secundário quanto terciário.

Trata-se de um projeto grande para o qual ainda não temos todas as respostas. Pelo estudo populacional e de mortalidade até aqui realizado podemos, pelo menos, adiantar preliminarmente algumas conclusões:

- A pirâmide populacional mostra um predomínio do sexo feminino sobre o sexo masculino, em quatro (4%) pontos percentuais em 1980, 1990 e 2000 e sobe para 5% em 2010.

## POPULAÇÃO DE BARBACENA

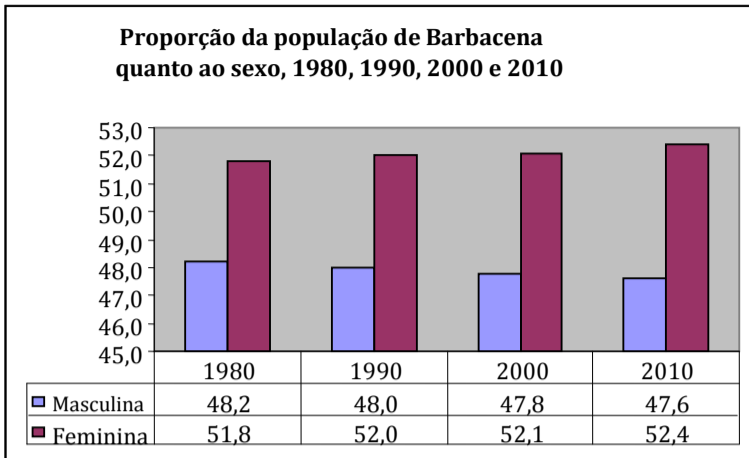
Ano	Masculina	Feminina
1980	48,2	51,8
1990	48,0	52,0
2000	47,8	52,1
2010	47,6	52,4

Fonte: MS/DATASUS

Observa-se já no primeiro ano de vida a proporção de óbitos no sexo masculino é bem maior do que no sexo feminino.

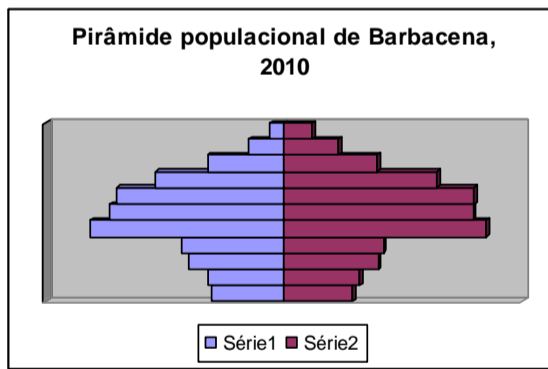
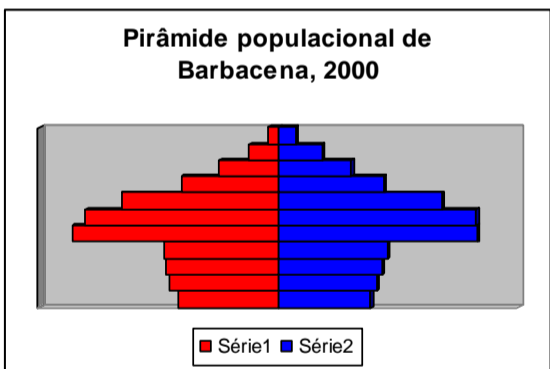
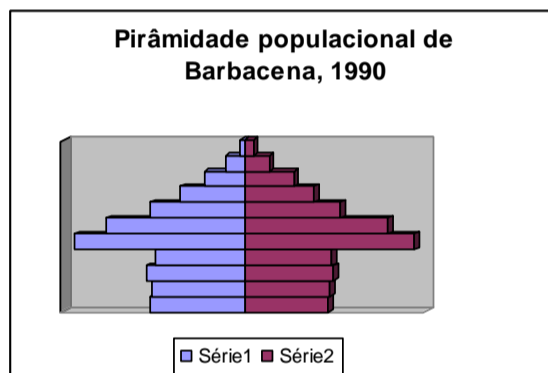
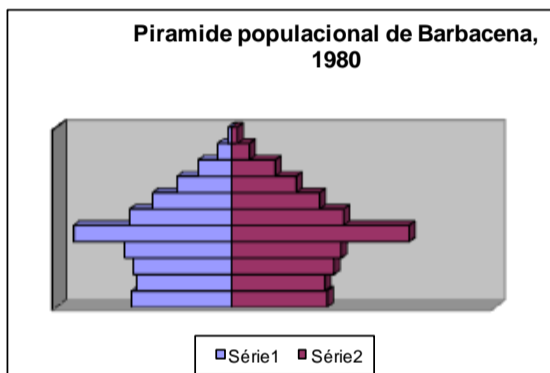
ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR SEXO SEGUNDO ANO DO ÓBITO						
Período: 1999-2011						
Ano do Óbito	Masc	Fem	Ign	Total	% Masc	% Fem
1999	38	20	1	59	64,4	33,9
2000	39	21	-	60	65,0	35,0
2001	22	14	-	36	61,1	38,9
2002	30	20	-	50	60,0	40,0
2003	20	16	-	36	55,6	44,4
2004	21	20	-	41	51,2	48,8
2005	19	13	-	32	59,4	40,6
2006	24	14	-	38	63,2	36,8
2007	19	16	1	36	52,8	44,4
2008	22	10	-	32	68,8	31,3
2009	16	17	-	33	48,5	51,5
2010	10	9	-	19	52,6	47,4
2011	23	12	-	35	65,7	34,3

Fonte: MS/SVS/DASIS



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Importante observarmos a evolução desta pirâmide, cuja base vai estreitando (baixa da fecundidade/natalidade) e cujo ápice vai-se alargando (aumento da expectativa de vida), em última instância, retrata o envelhecimento da população e lança desafios à Saúde Pública no que se refere à Atenção Básica, Secundária e Terciária.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

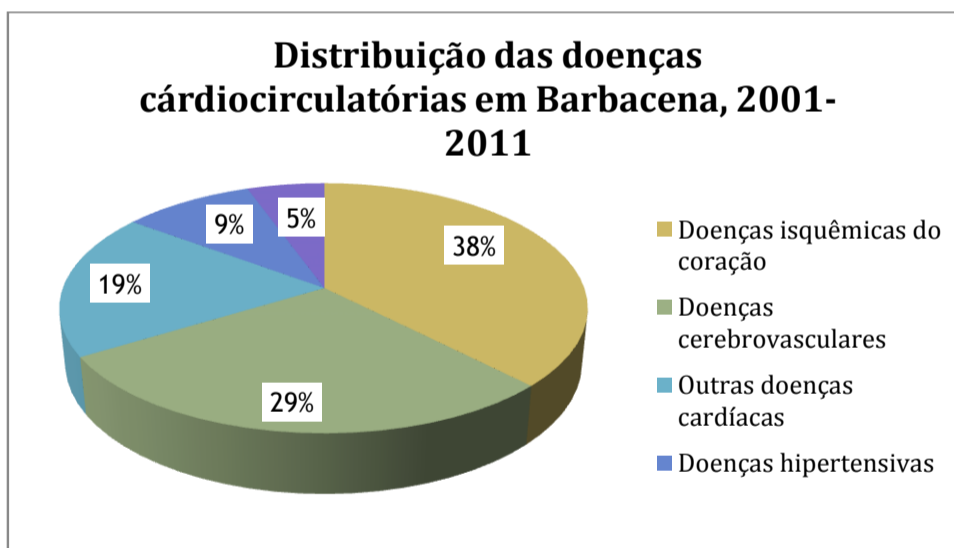
De zero a 39 anos, a população masculina mostra quedas percentuais em 2011 com relação ao ano de 2002. A partir dos 40 anos a população masculina é maior proporcionalmente em 2011 do que em 2002, mostrando que a população está envelhecendo.

## DEZ PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS (CID10) DE MORTALIDADE DO SEXO MASCULINO NO PERÍODO DE 2002 A 2011

1. Doenças do aparelho circulatório.....	34,06%
2. Neoplasias.....	13,97%
3. Doenças do aparelho respiratório.....	11,93%
4. Causas externas.....	11,23%
5. Doenças do aparelho digestivo.....	5,64%
6. Mal definidas.....	5,29%
7. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.....	4,15%
8. Algumas doenças infecciosas e parasitárias.....	3,43%
9. Algumas afecções originadas no período perinatal.....	2,94%
10. Transtornos mentais e comportamentais.....	2,47%
Demais causas.....	5,53%

Quando avaliamos os dez principais grupos de causas (CID10), já podemos inferir alguns juízos:

- As doenças do aparelho circulatório figuram como primeiro grupo de causas (30 a 40%) na grande maioria dos países (senão em todos). Dentre as causas cardiocirculatórias as doenças isquêmicas do coração (média 63/ano) figuram como a primeira causa cardiovascular (38%). Dentre as causas isquêmicas o infarto agudo do coração (28,96%) com uma média de 48 óbitos por ano. As doenças cerebrovasculares figuram como segunda causa cardiovascular (29%), também com uma média de 48 óbitos por ano. A redução das doenças cardiocirculatórias passa por: alimentação saudável, atividade física, prevenir ou abster-se do tabagismo e etilismo, controle da hipertensão arterial e comorbidades (como diabetes mellitus), evitar o estresse.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

As neoplasias malignas figuram como o segundo grupo de causas de óbito na população masculina no período avaliado (2002-2011). Além das causas genéticas, da predisposição familiar, alguns outros fatores vão aos poucos sendo estudados.

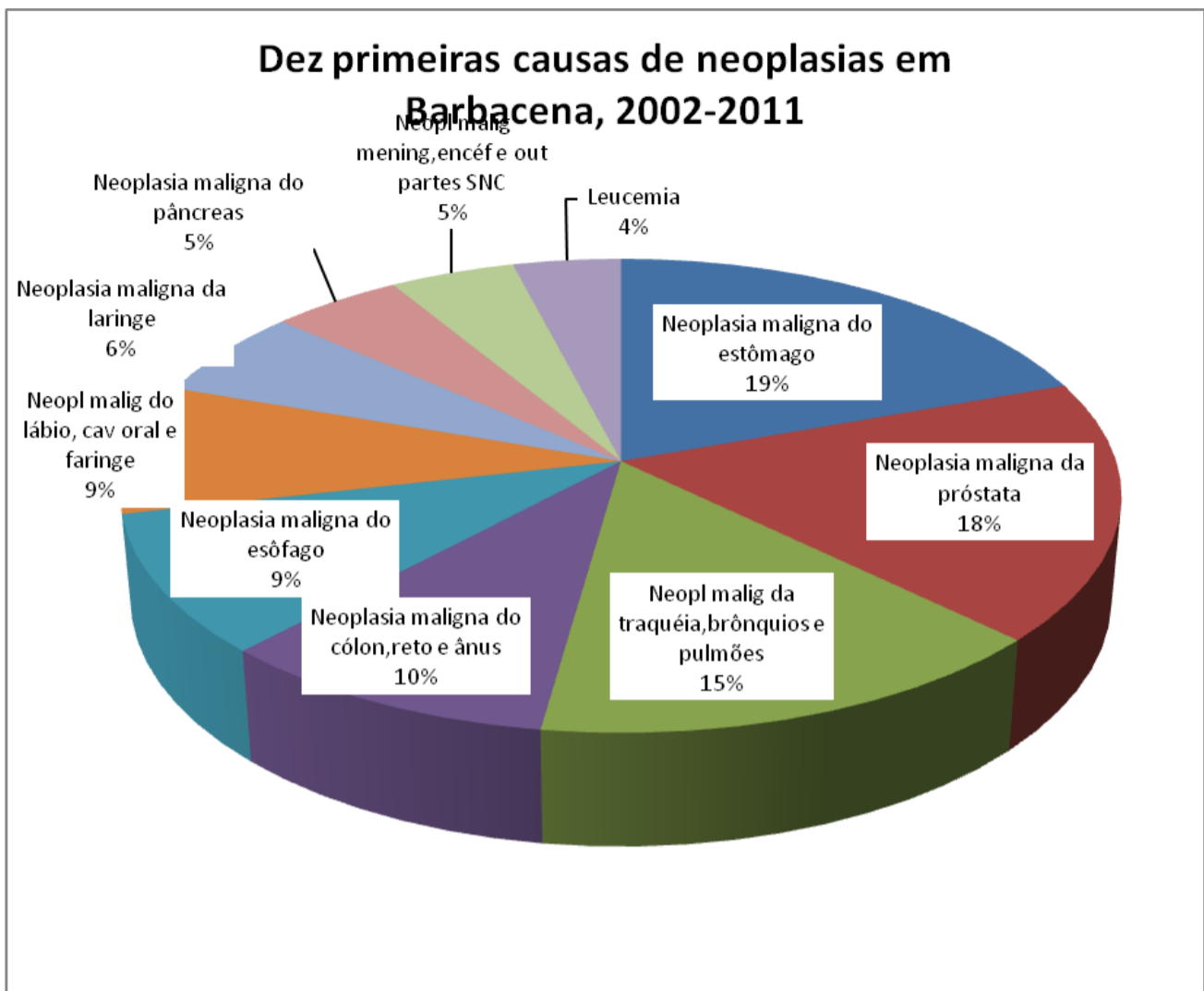
O primeiro tipo de neoplasia é do estômago (13,45%), com uma média anual de 09 casos. Aqui questiona-se a presença de agrotóxicos usados de forma indiscriminada nos hortifrutigranjeiros e também a carne vermelha.

Em segundo lugar no grupo das neoplasias está o câncer de próstata (12,28%) com uma média de 8 casos por ano. Trata-se de uma doença cuja prevenção refere-se a exames anuais (dosagem de PSA e/ou toque retal) a partir de 40 anos.

Em terceiro lugar estão as neoplasias do aparelho respiratório, cuja principal causa é o hábito do tabagismo.

Neoplasias	Total 2002-2011	%	Média anual
Estômago	92	13,45	9
Próstata	84	12,28	8
Traquéia, brônquios e pulmões	71	10,38	7
Cólon, reto e ânus	46	6,58	5
Esôfago	45	6,73	5
Lábio, cav. oral, faringe	42	6,14	4
Laringe	29	4,24	3
Pâncreas	23	3,36	2
Meninges, encéfalo / SNC	22	3,22	2
Leucemia	19	2,78	2
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	16	2,34	2
Bexiga	14	2,05	1
Linfoma não Hodgkin	14	2,05	1
Mieloma múltiplo	14	1,17	1
Comportamento incerto	8	1,02	1
Pele	7	0,88	1
Restante das neoplasias	146	21,35	15

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

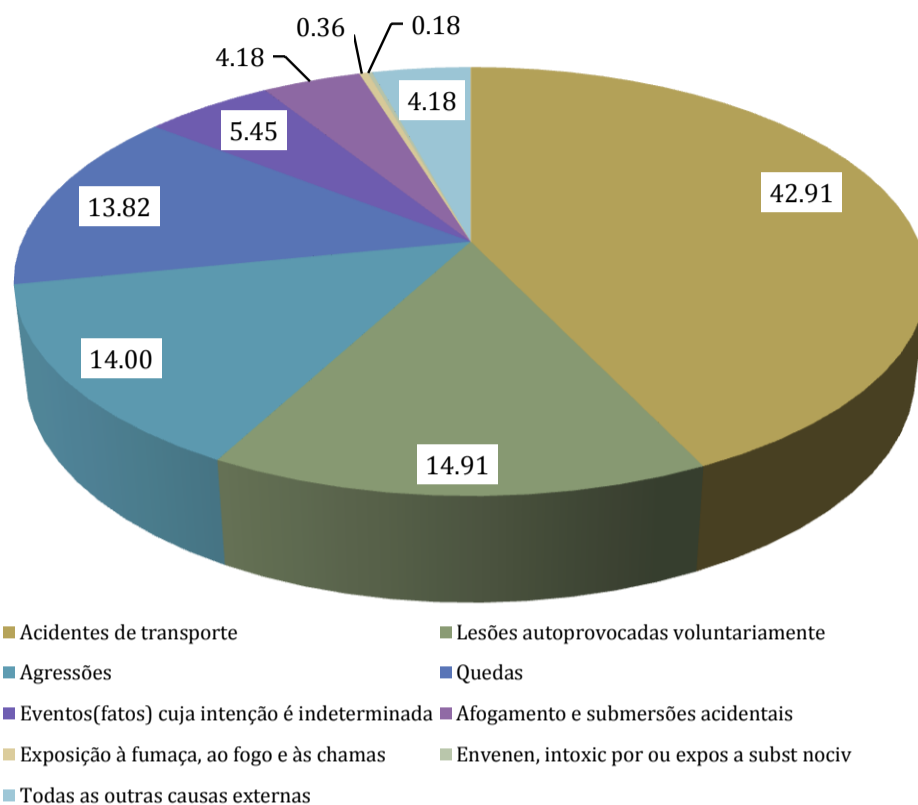
O terceiro grande grupo de causas de óbito na população masculina no período 2002-2011 está representado pelas doenças respiratórias, com destaque para doenças crônicas de vias aéreas inferiores (50% dos casos) com uma média anual de 29 casos. Em segundo lugar está a pneumonia (32,71%) com uma média de 19 óbitos masculinos anuais.

O quarto grupo de causas de óbito na população masculina de Barbacena no período de dez anos (2002-2011) está representado pelas causas externas, conforme tabela abaixo:

Causas externas	Total 2002-2011	%	Média anual
Acidentes de transportes	236	42,91	24
Lesões autoprovocadas voluntariamente	82	14,91	8
Agressões	77	14,00	8
Quedas	76	13,82	8
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	30	5,45	3
Afogamento e submersões acidentais	23	4,18	2
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	2	0,36	<1
Env, intox por expo a subst nocivas	1	0,18	<1
Demais causas externas	23	4,18	2

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

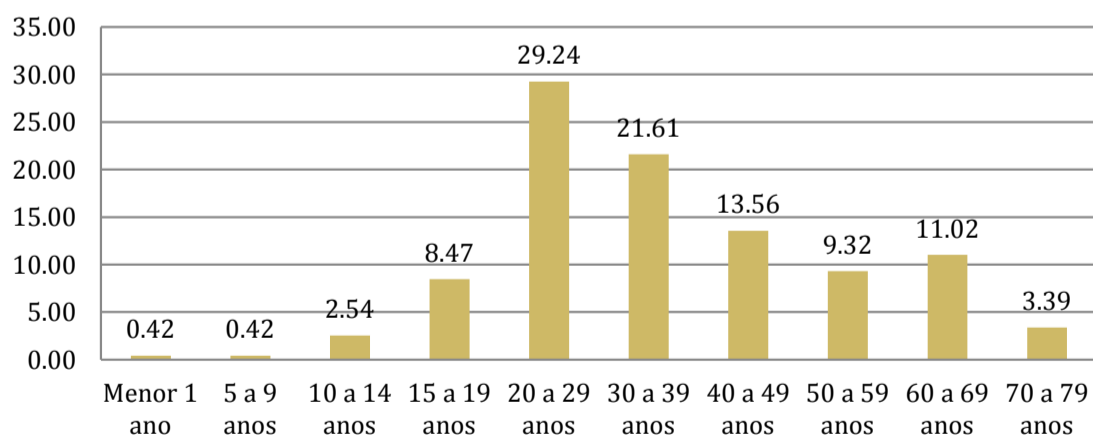
### Causas externas de óbito na população masculina de Barbacena, 2002-2011



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Os acidentes de transporte representam a primeira causa de óbito, dentre as causas externas, na população masculina de Barbacena, avaliado um período de dez anos. A maior ocorrência está na faixa etária de 20 a 29 anos. Se considerarmos a proporção de óbitos por acidentes de transporte na população economicamente ativa, isto é, de 20 a 59 anos este percentual é de 73,73%.

### Óbitos na população masculina de Barbacena por acidentes de transporte, 2002-2011

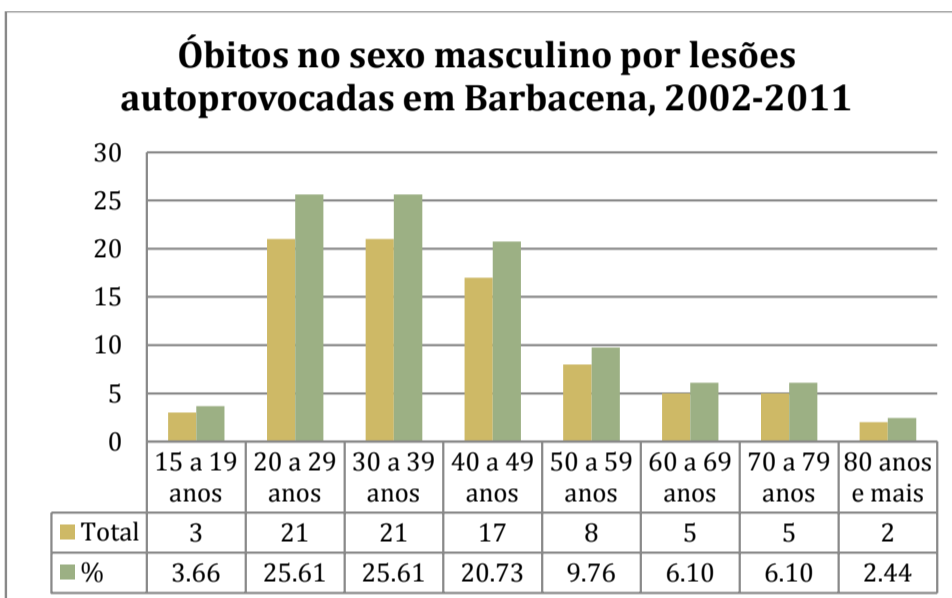


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## LESÕES AUTOPROVOCADAS VOLUNTARIAMENTE

A segunda causa de óbitos dentre as causas externas no sexo masculino (82 óbitos em 10 anos), em Barbacena são as lesões autoprovocadas voluntariamente e a faixa etária mais atingida corresponde à faixa produtiva. A idade mais jovem observada foi de 15 a 19 anos com 3 (três) óbitos; e a idade mais avançada foi de 80 anos e mais, com 2 óbitos em 10 anos. A maior ocorrência está entre os homens de 20 a 49 anos, respondendo por 71,95% dos óbitos masculino no período.

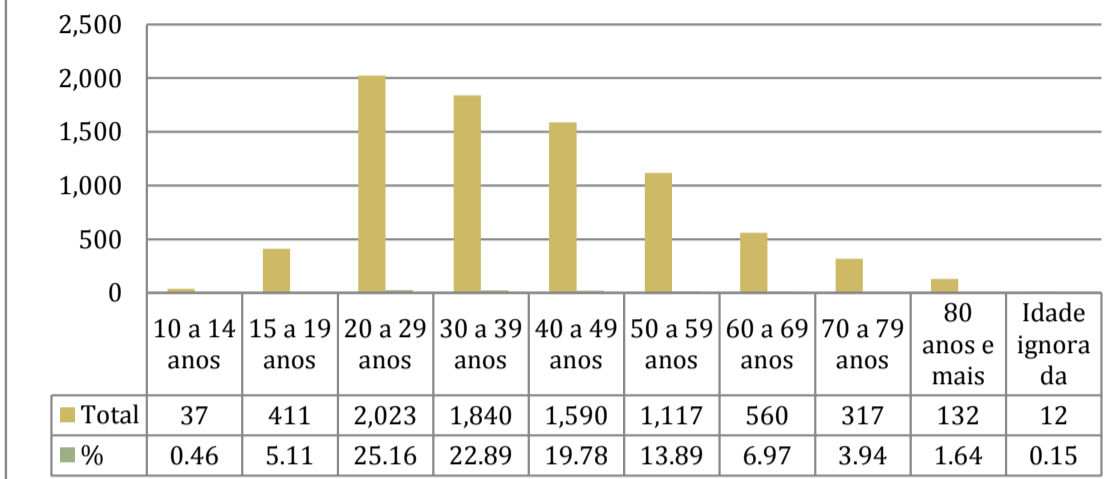
Em Minas Gerais houve 8.039 óbitos por lesões autoprovocadas no período de 2002 a 2011 e a faixa etária com os maiores percentuais corresponde à faixa etária produtiva (20 a 49 anos|), com um percentual de 67,83%. A idade mais jovem observada é de 10 a 14 anos (37 óbitos correspondendo a 0,46%) e a idade mais avançada corresponde à faixa etária de 80 anos e mais com um total de 80 óbitos em 10 anos (132 óbitos) com um percentual de 1,64%.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em Minas Gerais houve 8.039 óbitos por lesões autoprovocadas no período de 2002 a 2011 e a faixa etária com os maiores percentuais corresponde à faixa etária produtiva (20 a 49 anos|), com um percentual de 67,83%. A idade mais jovem observada é de 10 a 14 anos (37 óbitos correspondendo a 0,46%) e a idade mais avançada corresponde à faixa etária de 80 anos e mais com um total de 80 óbitos em 10 anos (132 óbitos) com um percentual de 1,64%.

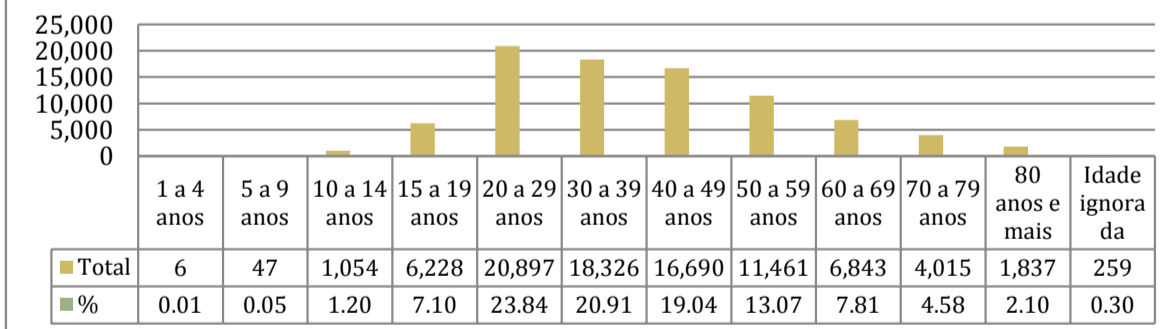
## Óbitos no sexo masculino por lesões autoprovoçadas em Minas Gerais, 2002-2011



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

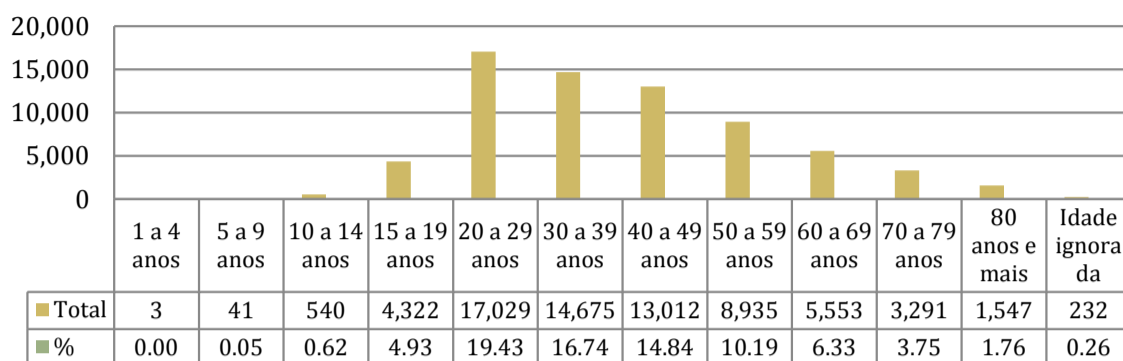
Quando verificamos o total de óbitos por lesões autoprovoçadas na população geral no mesmo período, verificamos o mesmo padrão de ocorrência, acometendo a faixa produtiva da população (20 a 49 anos) com um total de 87.663 óbitos e um percentual de 63,78%. Aqui a menor faixa etária é de 1 a 4 anos (total 6 óbitos), seguida pela faixa etária de 5 a 9 anos (47 anos). São de se ressaltar as faixas etárias de 10 a 14 anos (1.054 óbitos) e de 15 a 19 anos (6.228 anos). A faixa etária mais avançada de ocorrência dos óbitos foi de 80 anos e mais (1.837). Algumas conclusões a que podemos chegar: o padrão do gráfico é semelhante, havendo o predomínio de 20 a 49 anos. À medida em que vamos incluindo populações maiores as faixas etárias dos mais novos vão-se tornando visíveis. Em Minas Gerais a faixa etária de 10 a 14 anos já se faz presente (37 óbitos) e quando vemos o Brasil estranhamente surgem as faixas etárias dos mais novos, que ainda não têm ou não deveriam ter ainda a compreensão do ato de suicidar-se, acreditamos em lapsos diagnósticos ou que na realidade as causas podem ter sido acidentais ou provocadas por terceiros.

## Óbitos na população geral por lesões autoprovoçadas, BRASIL, 2002-2011



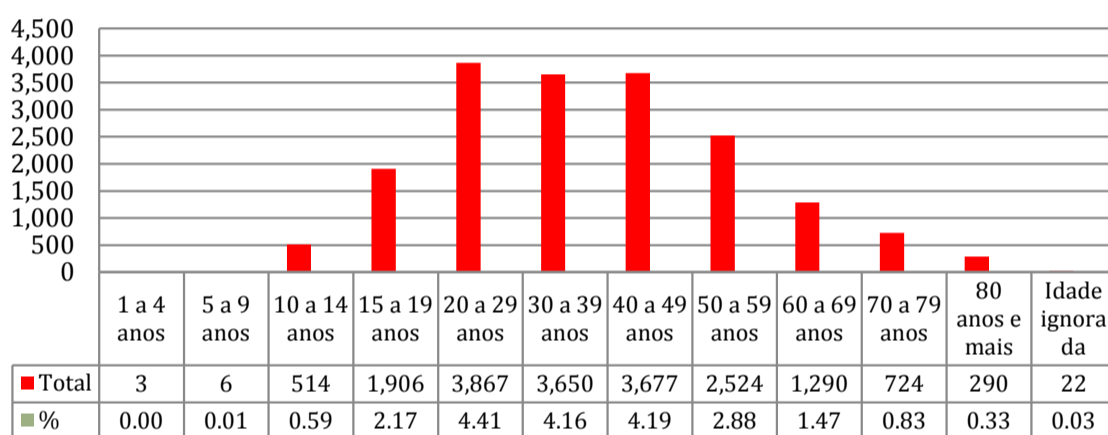
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

### Óbitos na população do sexo masculino por lesões autoprovocadas, BRASIL, 2002-2011



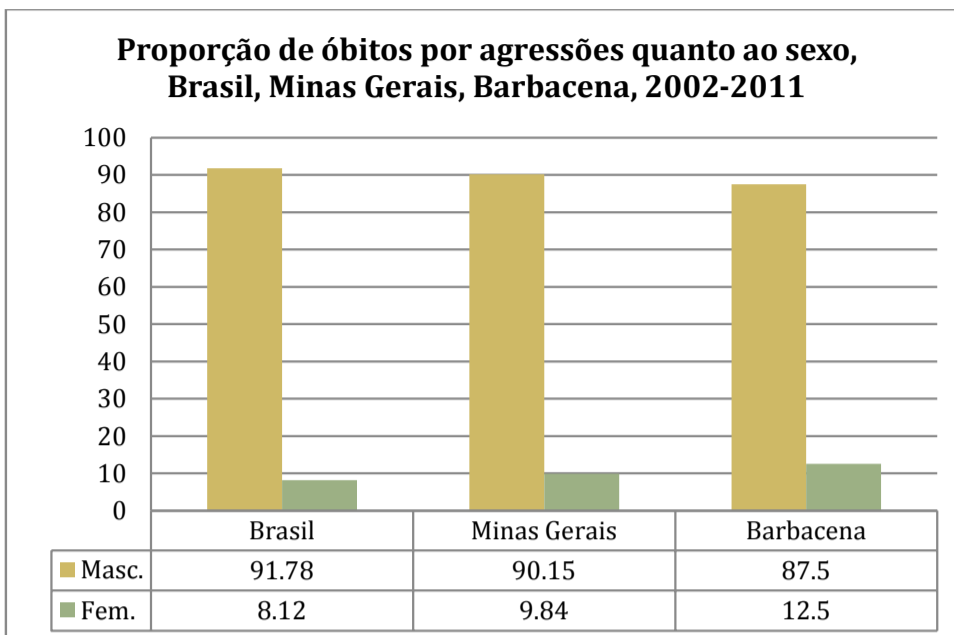
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

### Óbitos no sexo feminino por lesões autoprovocadas, BRASIL, 2002-2011



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Ainda dentro das causas externas, a proporção de óbitos por agressões varia de 8,12 a 12,5% para o sexo feminino e de 87,5 a 91,78 para o sexo masculino. Portanto, óbitos por agressões acontecem de 7 a 11 vezes mais no sexo masculino do que no feminino.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quando analisamos as principais causas de óbitos na população masculina podemos apreciar as tendências ao longo de uma série histórica de 10 anos:

Manifestam tendência decrescente: as causas cardiocirculatórias (embora figurando primeira causa), as causas mal definidas (o Ministério da Saúde aceita como razoável menos de 10%), as causas endócrinas, nutricionais e metabólicas (leve tendência decrescente), as afecções próprias do período perinatal (francamente descendente).

As causas de óbitos por doenças do aparelho respiratório apresentam uma linha horizontal, estável (13%), neoplasias (12%).

As causas com tendência de crescimento: causas externas (9% a 15,6%), aparelho digestivo e por doenças infecciosas e parasitárias (embora com queda no último ano avaliado), transtornos mentais e comportamentais (crescimento de 1%).

# INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

## NASCIMENTOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA:

Ano do nascimento	Nascimento por residência da mãe
2000	1934
2001	1664
2002	1700
2003	1627
2004	1685
2005	1693
2006	1613
2007	1524
2008	1494
2009	1487
2010	1514
2011	1456
2012	1401
2013	1431

Fonte: TABNET/DATASUS

## NASCIMENTOS POR SEXO:

PERÍODO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Masculino	992	844	844	788	885	882	830	797	783	739	783	762	743	721
Feminino	942	820	856	839	800	811	783	727	711	748	731	694	656	710
Total	1934	1664	1700	1627	1685	1693	1613	1524	1494	1487	1514	1456	1399	1431

Fonte: TABNET/DATASUS

## NASCIMENTOS POR TIPO DE PARTO:

PERÍODO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Normal	989	817	842	779	777	782	671	600	581	542	515	434	434	420
Cesáreo	934	845	858	848	908	911	941	922	912	943	999	1022	966	1007
Fórceps	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
outro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ignorado	11	2	-	-	-	-	1	2	1	2	-	-	1	4

Fonte: TABNET/DATASUS

### NASCIDOS VIVOS POR IDADE DA MÃE:

MUNICÍPIO RESIDENCIA	DE	10-14	15-20	21-34	35 E +	IGN	TOTAL
2000	7	322	1386	206	13	1934	
2001	6	247	1245	166	-	1664	
2002	5	268	1239	188	-	1700	
2003	10	220	1204	193	-	1627	
2004	7	239	1236	203	-	1685	
2005	8	267	1202	216	-	1693	
2006	4	261	1143	205	-	1613	
2007	12	242	1059	211	-	1524	
2008	8	233	1052	201	-	1494	
2009	4	213	1065	205	-	1487	
2010	7	203	1107	197	-	1514	
2011	1	195	1036	224	-	1456	
2012	6	245	943	207	-	1401	
2013	4	243	972	212	-	1431	

Fonte: TABNET/DATASUS

### NASCIDOS VIVOS POR PESO AO NASCER:

BARBACENA	0 - 999	1000-1499	1500-2499	2500-2999	3000-3999	4000 E +	IGN	TOTAL
2000	10	17	193	610	1035	56	13	1934
2001	5	13	174	521	912	31	8	1664
2002	19	14	184	564	895	23	1	1700
2003	12	14	176	574	814	37	-	1627
2004	16	19	180	531	905	34	-	1685
2005	8	16	160	540	934	35	-	1693
2006	8	16	166	513	874	36	-	1613
2007	14	21	143	447	867	32	-	1524
2008	8	15	160	446	835	30	-	1494
2009	9	9	163	444	829	33	-	1487
2010	5	15	172	487	794	41	-	1514
2011	14	15	147	489	765	26	-	1456

<b>2012</b>	12	11	141	443	769	24	1	1401
<b>2013</b>	13	12	136	452	778	40	-	1431

Fonte: TABNET/DATASUS

### NASCIDOS VIVOS POR IDADE GESTACIONAL:

BARBACENA	20	27	31	36	41	42 E +	IGNORADO	TOTAL
<b>2000</b>	1	8	21	113	1780	4	7	1934
<b>2001</b>	2	11	10	109	1520	9	3	1664
<b>2002</b>	3	15	13	115	1550	3	1	1700
<b>2003</b>	1	8	23	110	1474	11	-	1627
<b>2004</b>	-	14	26	109	1525	9	2	1685
<b>2005</b>	-	5	20	137	1522	9	-	1693
<b>2006</b>	-	7	16	114	1466	10	-	1613
<b>2007</b>	1	10	21	97	1381	11	3	1524
<b>2008</b>	2	6	18	112	1345	9	2	1494
<b>2009</b>	2	4	15	114	1340	11	1	1487
<b>2010</b>	1	7	22	120	1359	5	-	1514
<b>2011</b>	-	10	19	171	1184	36	36	1456
<b>2012</b>	3	6	21	170	1108	44	49	1041
<b>2013</b>	3	13	20	185	1106	52	52	1431

Fonte: TABNET/DATASUS

### NASCIDOS VIVOS POR E ANOMALIAS:

PERÍODO	SIM	NAO	IGNORADO	TOTAL
<b>2000</b>	17	1900	17	1934
<b>2001</b>	19	1577	68	1664
<b>2002</b>	17	1656	27	1700
<b>2003</b>	14	1601	12	1627
<b>2004</b>	18	1666	1	1685
<b>2005</b>	19	1672	2	1693
<b>2006</b>	9	1601	3	1613
<b>2007</b>	10	1512	2	1524
<b>2008</b>	14	1477	3	1494

<b>2009</b>	11	1476	-	1487
<b>2010</b>	12	1502	-	1514
<b>2011</b>	15	1440	1	1456
<b>2012</b>	9	1392	-	1401
<b>2013</b>	7	1424	-	1431

Fonte: TABNET/DATASUS

### NASCIDOS E NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL:

BARBACENA	NENHUMA	01 A 03	4 A 6	7 E +	IGNORADO	TOTAL
<b>2000</b>	17	84	403	1404	26	1934
<b>2001</b>	14	45	371	1207	27	1664
<b>2002</b>	11	53	376	1243	17	1700
<b>2003</b>	6	63	390	1157	11	1627
<b>2004</b>	11	87	443	1125	19	1685
<b>2005</b>	10	90	495	1066	32	1693
<b>2006</b>	8	73	488	1020	24	1613
<b>2007</b>	12	60	508	939	5	1524
<b>2008</b>	8	73	597	806	10	1494
<b>2009</b>	5	43	758	669	12	1487
<b>2010</b>	14	52	592	847	9	1514
<b>2011</b>	25	62	454	913	2	1456
<b>2012</b>	20	92	450	837	2	1401
<b>2013</b>	34	83	424	888	2	1431

Fonte: TABNET/DATASUS

### TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL:

É um sensível indicador de saúde e mais propriamente, de vida da população.

Quanto menor a taxa, melhor será o nível de saúde da população.

Mede a probabilidade que tem um nascido vivo, de morrer antes de um ano de idade.

As taxas de mortalidade infantil são expressas por:

ANO	NÚMERO DE ÓBITOS EM MENORES DE UM ANO
<b>2000</b>	60
<b>2001</b>	36
<b>2002</b>	50

2003	36
2004	41
2005	32
2006	38
2007	36
2008	32
2009	33
2010	19
2011	35
2012	26
2013	19

FONTE: TABNET/DATASUS

#### TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR SEXO:

Ano	Masc	Fem	Ignorado	Total
2000	39	21	-	60
2001	22	14	-	36
2002	30	20	-	50
2003	20	16	-	36
2004	21	20	-	41
2005	19	13	-	32
2006	24	14	-	38
2007	19	16	1	36
2008	22	10	-	32
2009	16	17	-	33
2010	10	9	-	19
2011	23	12	-	35
2012	12	11	-	23
2013	13	10	-	23

Fonte: TABNET/DATASUS

#### COBERTURA 1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA:

Período:2008-2013	
Ano	.Cob_1ªcons_odon
2008	1,14
2009	0,33
2010	0,65
2011	1,72
2012	1,97
2013	2,50

Fonte: TABNET/DATASUS

## VISITAS DOMICILIARES:

---

Ano	Média de visitas domiciliares
2000	33.286
2001	104.646
2002	313.537
2003	306.880
2004	280.259
2005	273.891
2006	240.412
2007	370.896
2008	324.672
2009	317.516
2010	286.736
2011	281.089
2012	231.766
2013	235.458

Fonte: TABNET/DATASUS

## IMUNOLÓGICO DE 2000 A 2013 - COBERTURA VACINAL:

Imunilógico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
BCG (BCG)	-	-	-	-	148	147,7	144,4	137,8	144,9	133,6	137,3	127,3	126,2	129,8
Contra Febre Amarela (FA)	43,93	116,8	58,34	18,35	56,85	83,46	106,9	119,6	127	120	111,1	117,5	99,73	99,86
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	109,1	184,2	51,79	2,14	-	-	-	-	-	0,07	-	-	-	-
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	109,1	184,2	51,79	2,14	-	-	-	-	-	0,07	-	-	-	-
Contra Hepatite B (HB)	-	-	-	-	90,03	87,48	115,2	119,5	127,2	110,6	108,9	111,3	103,9	119,8
Contra Influenza (Campanha) (INF)	73,2	133,7	68,1	76,41	47,3	44,49	55,34	52,35	58,71	86,99	61,39	-	-	-
Contra Sarampo	159	128,3	101,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	-	-	-	-	91,57	-	115,2	119,5	127,2	110,5	109,2	111,6	101,1	109,6
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	104,8	108,1	101,5	98,71	78,54	80,07	8226	92,2	81,27	97,96	87,96	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	113,7	211,5	100,8	98,23	81,57	74,31	80,53	93,6	83,57	99,14	87,64	-	-	-
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-	64,04	127,5	126,9	109,2	108,5	112,5	97,71	97,39
Tetralente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	-	-	95,01	96,28	114,5	118,9	127,1	110,4	109,2	111,8	100,9	109,1
Tríplice Bacteriana (DTP)	161,2	108,1	60,27	1,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tríplice Viral (SCR)	127,9	124,4	118,8	118,4	98,4	95,92	112	126,7	130	129,7	120,1	118,6	102,4	100,1
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	-	-	-	-	10,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: TABNET/DATASUS

## IMUNOLÓGICO DE 2000 A 2013 - DOSES APLICADAS:

Imuno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>BCG (BCG)</b>	7299	6212	5926	5331	5023	5345	3078	2109	2165	1996	2046	1895	1878	946
<b>Contra Febre Amarela (FA)</b>	52108	81852	2554	3555	2576	2314	2598	3052	10954	2978	3720	8994	6019	2438
<b>Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</b>	7513	20855	3139	125	27	29	21	19	7	4	2	14	11	11
<b>Contra Hepatite B (HB)</b>	14372	31463	24727	15588	13416	11887	21307	22468	16921	13073	12823	13166	11880	5935
<b>Contra Influenza (Campanha) (INF)</b>	7602	15146	7799	8853	8993	8829	10195	11103	11640	13137	13814	-	-	-
<b>Contra Sarampo</b>	3282	2229	1789	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Oral Contra Poliomielite (VOP)</b>	18511	13756	10845	10094	8305	8500	9215	8941	9456	8173	7944	8344	6318	1346
<b>Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)</b>	11975	12130	9610	9458	10174	10457	10346	10727	8442	8178	8346	-	-	-
<b>Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)</b>	13530	24209	11455	11154	11028	9155	9580	9929	9593	8276	8173	-	-	-
<b>Oral de Rotavírus Humano (RR)</b>	-	-	-	-	-	-	2381	3669	3760	3309	3282	3248	2933	1440
<b>Tetraivalente (DTP/Hib) (TETRA)</b>	-	-	2156	5204	4819	5024	5657	5473	5659	4957	4906	4886	3387	94
<b>Tríplice Bacteriana (DTP)</b>	15810	9476	7086	3377	3329	3456	3510	3427	3782	3212	3043	3459	3041	1544
<b>Tríplice Viral (SCR)</b>	2914	2557	2429	2575	2227	2560	3421	5469	3548	4192	3460	3506	3501	2389
<b>Tríplice Viral (campanha) (SCR)</b>	8032	-	-	-	7741	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: TABNET/DATASUS

## INDICADORES ASSISTENCIAIS:

Produção Ambulatorial por município de atendimento/ano - Barbacena - MG

Grupo procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média
01 Ação de promoção e prevenção em saúde	381.613	327.134	302.496	360.054	303.117	394.916	344.888
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	397.078	436.799	369.544	455.632	466.089	583.325	451.411
03 Procedimentos clínicos	930.571	958.623	979.942	1.180.827	1.128.067	1.112.951	1.048.497
04 Procedimentos cirúrgicos	34.942	27.836	24.569	27.905	22.618	18.876	26.124
06 Medicamentos	849.173	922.871	1.024.044	1.180.787	1.298.730	1.371.479	1.107.847
07 Órteses, próteses e materiais especiais	160	146	149	219	312	384	228
08 Ações complementares da atenção à saúde	36.121	37.698	54.683	51.080	34.299	34.164	41.341
<b>Total</b>	<b>2.629.658</b>	<b>2.711.107</b>	<b>2.755.427</b>	<b>3.256.504</b>	<b>3.253.232</b>	<b>3.516.095</b>	<b>3.020.337</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR LOCAL DE OCORRÊNCIA E CLÍNICA:

Quantidade de Internações ocorridas por especialidade em Barbacena - MG:

Especialidade	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Clínica cirúrgica	3760	3556	4221	4015	3816	4011
Obstetrícia	2280	2296	2139	2100	1990	1992
Clínica médica	4966	4321	4555	4693	4524	4700
Cuidados prolongados (crônicos)	-	-	-	10	15	9
Psiquiatria	1316	610	550	496	594	790
Pediatria	656	1146	1136	994	959	870
Clínica cirúrgica - hospital-dia	-	-	-	-	4	-
Saúde mental - hospital-dia	177	250	270	272	279	210
Saúde mental - clínico	-	-	-	-	-	8
<b>Total</b>	<b>13155</b>	<b>12179</b>	<b>12871</b>	<b>12580</b>	<b>12181</b>	<b>12590</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## VALOR TOTAL EM REIAS POR ESPECIALIDADE E ANO:

Especialidade	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Clínica cirúrgica	7.006.613,13	7.965.246,47	8.816.024,78	10.454.840,39	10.126.474,22	11.173.917,49
Obstetrícia	1.327.581,08	1.479.553,02	1.466.120,10	1.425.940,66	1.382.126,63	1.394.411,56
Clínica médica	5.104.757,69	5.504.168,76	6.106.786,07	6.309.752,49	6.415.625,94	6.512.099,62
Cuidados prolongados (crônicos)	-	-	-	28.792,16	39.340,71	17.472,15
Psiquiatria	6.048.562,65	5.957.818,16	6.335.165,33	5.914.678,79	5.884.321,20	5.777.055,63
Pediatria	1.448.628,45	2.884.805,62	3.251.633,79	3.226.170,67	2.527.576,68	1.869.729,53
Clínica cirúrgica - hospital-dia	-	-	-	-	738,90	-
Saúde mental - hospital-dia	170.038,94	228.392,76	236.966,96	250.845,20	252.400,52	188.632,40
<b>Total</b>	<b>21.106.181,94</b>	<b>24.019.984,79</b>	<b>26.212.697,03</b>	<b>27.611.020,36</b>	<b>26.628.604,80</b>	<b>26.933.318,38</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO

### INTERNAÇÕES POR ANO PROCESSAMENTO E CARÁTER ATENDIMENTO:

Ano processamento	Eletivo	Urgência	Outros ac trab	Outras caus ext	Total
2008	478	12.516	36	125	13.155
2009	770	11.399	-	10	12.179
2010	1.392	11.479	-	-	12.871
2011	1.306	11.274	-	-	12.580
2012	1.294	10.887	-	-	12.181
2013	1.135	11.455	-	-	12.590
<b>Total</b>	<b>6.375</b>	<b>69.010</b>	<b>36</b>	<b>135</b>	<b>75.556</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO

### INTERNAÇÕES POR ANO PROCESSAMENTO E COMPLEXIDADE:

Ano processamento	Média complexidade	Alta complexidade	Total
2008	12.222	933	13.155
2009	11.212	967	12.179
2010	11.655	1.216	12.871
2011	11.195	1.385	12.580
2012	10.909	1.272	12.181
2013	11.323	1.267	12.590
<b>Total</b>	<b>68.516</b>	<b>7.040</b>	<b>75.556</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO

### Internações por Estabelecimento e Ano processamento:

Estabelecimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
2098466 CLINICA MANTIQUEIRA LTDA	252	60	39	24	40	77	492
2098474 IMAIP HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL CRISTINA	1.736	1.623	1.460	811	405	452	6.487
2098741 CLINICA SAO FRANCISCO	-	-	-	-	4	-	4
2098938 HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS	2.859	2.806	3.146	3.618	3.315	3.152	18.896
2098946 C H P B FHEMIG	871	474	586	686	642	641	3.900
2138875 SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	5.193	5.263	5.332	5.345	5.575	5.618	32.326
2138964 CASA DE SAUDE SANTA IZABEL LTDA	370	326	195	58	191	282	1.422
3698548 HOSPITAL GERAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO	1.874	1.627	2.113	2.038	2.009	2.368	12.029
<b>Total</b>	<b>13.155</b>	<b>12.179</b>	<b>12.871</b>	<b>12.580</b>	<b>12.181</b>	<b>12.590</b>	<b>75.556</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO

VALOR MÉDIO AIH POR ESTABELECIMENTO E ANO PROCESSAMENTO:

Estabelecimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
2098466 CLINICA MANTIQUEIRA LTDA	1.223,64	1.302,45	1.527,70	1.517,60	1.516,83	1.535,99	1.426,01
2098474 IMAIP HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL CRISTINA	502,59	520,84	500,92	492,33	450,53	411,83	495,92
2098741 CLINICA SAO FRANCISCO	...	...	...	...	184,72	...	184,72
2098938 HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS	1.934,46	2.253,64	2.306,13	2.464,94	2.616,98	2.916,86	2.428,92
2098946 C H P B FHEMIG	897,01	1.011,64	1.093,53	1.078,82	1.118,63	1.101,77	1.044,88
2138875 SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	1.242,01	1.554,54	1.632,16	1.704,64	1.541,25	1.375,44	1.508,54
2138964 CASA DE SAUDE SANTA IZABEL LTDA	1.184,28	1.179,08	1.391,10	1.502,36	1.524,95	1.521,73	1.362,70
3698548 HOSPITAL GERAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO	1.085,77	1.526,25	1.396,81	1.480,25	1.513,66	1.630,19	1.445,46
<b>Total</b>	<b>1.191,83</b>	<b>1.422,06</b>	<b>1.511,86</b>	<b>1.647,24</b>	<b>1.655,39</b>	<b>1.657,54</b>	<b>1.509,49</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO

MÉDIA PERMANÊNCIA POR ESTABELECIMENTO E ANO PROCESSAMENTO:

Estabelecimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
2098466 CLINICA MANTIQUEIRA LTDA	166,60	600,50	885,90	1.369,00	804,10	395,00	422,80
2098474 IMAIP HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL CRISTINA	2,90	3,10	3,20	3,40	5,10	5,10	3,40
2098741 CLINICA SAO FRANCISCO	...	...	...	...	1,00	...	1,00
2098938 HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS	6,10	6,60	6,10	5,60	6,70	7,20	6,40
2098946 C H P B FHEMIG	113,00	197,50	157,10	128,00	131,40	124,30	137,40
2138875 SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	5,60	5,90	5,90	5,70	5,00	4,80	5,50
2138964 CASA DE SAUDE SANTA IZABEL LTDA	93,50	97,00	146,70	435,70	148,20	104,80	125,20
3698548 HOSPITAL GERAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO	10,50	9,30	9,00	10,30	10,20	10,60	10,00
<b>Total</b>	<b>18,70</b>	<b>19,00</b>	<b>17,80</b>	<b>17,50</b>	<b>17,90</b>	<b>17,20</b>	<b>18,00</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID-10 E ANO PROCESSAMENTO:

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	294	323	476	455	457	476
II. Neoplasias (tumores)	701	631	803	937	771	677
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	79	111	120	143	99	146

IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	216	202	210	197	184	210
V. Transtornos mentais e comportamentais	1508	868	843	798	899	1035
VI. Doenças do sistema nervoso	220	147	187	199	154	246
VII. Doenças do olho e anexos	3	2	-	2	5	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	14	5	2	1	3	6
IX. Doenças do aparelho circulatório	2510	2496	2586	2577	2603	2795
X. Doenças do aparelho respiratório	1300	1201	1229	1075	988	1051
XI. Doenças do aparelho digestivo	1115	1010	1148	1080	1075	956
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	136	159	215	229	220	287
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	289	239	304	297	304	246
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	438	568	649	520	579	538
XV. Gravidez parto e puerpério	2313	2332	2179	2105	1940	1929
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	339	351	251	316	374	361
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	56	39	44	60	29	33
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	123	138	155	150	128	123
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1135	1242	1325	1263	1176	1259
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6	1	3	5	-	4
XXI. Contatos com serviços de saúde	<b>360</b>	<b>114</b>	<b>142</b>	<b>171</b>	<b>193</b>	<b>212</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSE POR FAIXA ETÁRIA E ANO TRATAMENTO:

Fx Etária	Em Branco	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
<1 Ano	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
01/abr	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
05/set	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
out/14	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
15-19	0	1	2	0	2	1	0	1	0	1	1	0	9
20-39	0	16	16	9	11	3	12	12	11	2	8	6	106
40-59	0	17	16	5	12	16	11	5	8	6	12	5	113
60-64	1	1	3	1	0	2	0	0	1	2	0	0	11
65-69	0	1	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	7
70-79	0	2	0	5	0	0	0	0	1	1	1	1	11
80 e +	0	2	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	6
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>272</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## HANSENÍASE - CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN NET

### CASOS CONFIRMADOS POR FAIXA ETÁRIA E ANO DIAGNÓSTICO:

Fx Etária	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Em branco/IGN	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
out/14	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
20-39	3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
40-59	0	6	3	3	1	0	3	2	1	4	3	1	27
60-64	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4
65-69	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
70-79	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
80 e +	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>46</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

## CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS

### FREQUÊNCIA POR ANO NOTIFICAÇÃO E FAIXA ETÁRIA(SINAN):

Ano Notificação	Faixa etária							Total
	01 a 04	10 a14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	
1987	0	0	0	1	1	0	0	2
1989	0	0	0	2	0	0	0	2
1990	0	0	0	5	0	0	0	5
1992	1	0	0	0	0	0	0	1
1993	0	0	0	4	1	2	0	7
1994	0	0	0	1	0	0	0	1
1996	0	0	0	0	2	0	0	2
1997	0	0	0	6	3	0	0	9
1998	0	0	0	0	1	0	0	1
1999	0	0	0	1	3	0	0	4
2000	0	0	0	3	4	1	0	8
2001	0	0	0	1	3	0	0	4
2002	0	0	0	1	1	0	0	2
2003	0	0	0	2	3	0	0	5
2004	0	0	0	1	4	0	1	6
2005	0	1	0	0	4	0	0	5
2006	0	0	0	0	5	4	0	9
2007	0	0	0	3	6	1	0	10
2008	0	0	1	1	7	2	0	11
2009	0	0	0	3	3	1	0	7
2010	0	1	0	0	6	1	0	8
2011	0	0	0	2	5	0	0	7

2012	0	0	0	1	4	0	0	5
Total	1	2	1	38	66	12	1	121

Fonte: TABNET/DATASUS

## MORTALIDADE

### ÓBITOS POR GRUPO CID-10 E ANO DO ÓBITO:

Grupo CID-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Doenças infecciosas intestinais	2	2	2	6	4	2	2
Tuberculose	5	2	5	2	-	3	-
Outras doenças bacterianas	12	22	25	20	24	25	24
Infecções de transmissão predominantemente sexual	-	-	-	-	-	-	-
Infecções virais caract p/lesões de pele e mucosas	-	-	1	-	1	-	-
Hepatite viral	1	1	2	-	-	1	2
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	5	7	7	6	2	6	4
Micoses	-	-	-	-	-	-	1
Doenças devidas a protozoários	1	-	-	1	1	1	-
Helmintíases	-	-	-	-	-	-	1
Seqüelas de doenças infecciosas e parasitárias	-	1	-	-	-	1	-
Outras doenças infecciosas	-	-	-	-	1	-	-
Neoplasias malignas	125	132	131	121	132	135	115
Neoplasias malignas de localizações especificada	104	104	112	100	112	112	96
Neoplasias malig do lábio, cavidade oral e far	6	8	4	2	4	7	4
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	40	47	40	41	44	47	41
Neoplasia maligna aparelho respiratória e órgãos intrato	15	11	17	18	13	18	16
Neopl malig dos ossos e cartilagens articulares	3	-	1	1	1	2	1
Melanoma e outras( os) neoplasias malignas da p	1	1	4	1	2	2	2
... Neopl malig do tecido mesotelial e tecidos mol	1	1	-	-	5	1	2
... Neoplasias malignas da mama	7	11	8	11	9	3	5
... Neoplasias malignas dos órgãos genitais femini	7	6	5	9	10	12	5
... Neoplasias malignas dos órgãos genitais mascul	13	9	12	11	6	6	11
... Neoplasias malignas do trato urinário	2	4	11	2	5	7	4
... Neopl malig olhos encéf outr part sist nerv ce	5	4	8	4	12	6	4
... Neopl malig tireóide e outras glândulas endócr	4	2	2	-	1	1	1
. Neopl malig local mal def, secund e local n espe	11	19	14	12	14	10	10
. Neopl malig tecido linfát hematopoét e correlato	10	9	5	9	4	13	9
. Neopl malig local múltiplas independentes (prim)	-	-	-	-	2	-	-
Neoplasias [tumores] in situ	-	-	-	1	-	-	-
Neoplasias [tumores] benignas( os)	1	-	-	1	-	-	-
Neopl de comportamento incerto ou desconhecido	-	3	-	1	-	1	1
Anemias nutricionais	-	-	-	-	-	2	-
Anemias hemolíticas	-	1	-	-	1	-	-
Anemias aplásticas e outras anemias	-	5	1	1	1	2	5
Defeitos coagulação, púrpura, outr afecç hemorrág	1	-	-	-	-	-	1
Outras doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	-	-	-	1	-	2	-
Alguns transt q comprometem o mecanismo imunitário	1	-	2	-	1	1	-
Transtornos da glândula tireóide	1	1	-	1	1	-	2
Diabetes mellitus	36	44	33	36	35	34	41
Outr transt regulação glicose e secr pancreát int	1	1	1	-	-	-	-
Transtornos de outras glândulas endócrinas	-	1	-	-	1	-	-
Desnutrição	6	7	6	6	3	3	6
Outras deficiências nutricionais	1	-	-	-	-	-	-
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	1	5	1	1	1	-	4
Distúrbios metabólicos	6	8	10	4	3	2	7
Transtornos mentais orgânicos, incl sintomáticos	-	1	3	6	-	4	4

Transt ment e comport dev ao uso subst psicoativa	12	8	11	11	11	12	18
Transtornos do humor [afetivos]	-	-	-	-	1	1	1
Retardo mental	-	-	-	-	-	1	-
Transtorno mental não especificado	-	-	-	-	1	-	1
Doenças inflamatórias do sistema nervoso central	2	1	-	-	1	1	-
Atrofias sistêm q afetam princ o sist nerv central	1	-	-	-	3	1	-
Doenças extrapiramidais e transt dos movimentos	2	3	-	3	1	1	5
Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	2	5	3	8	7	11	13
Doenças desmielinizantes do sist nervoso central	-	1	-	-	-	-	-
Transtornos episódicos e paroxísticos	3	5	2	3	2	3	2
Polineuropatias e outr transt sist nerv periférico	1	1	-	-	-	1	-
Doenças da junção mioneural e dos músculos	-	-	-	-	1	-	-
Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	1	6	1	-	2	3	2
Outros transtornos do sistema nervoso	1	2	8	3	4	1	5
Outros transtornos do olho e anexos	-	-	-	-	-	1	-
Doenças do ouvido médio e da mastóide	-	-	-	-	-	-	-
Doenças reumáticas crônicas do coração	1	2	2	5	5	1	1
Doenças hipertensivas	28	31	29	34	27	34	26
Doenças isquêmicas do coração	107	113	109	98	108	125	101
Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	20	25	17	13	13	21	10
Outras formas de doença do coração	56	59	45	46	47	60	64
Doenças cerebrovasculares	114	87	84	106	96	61	65
Doenças das artérias, das arteríolas e capilares	8	14	12	22	14	7	10
Doenças veias, vasos e gânglios linfáticos, NCOP	4	3	6	5	5	1	2
Outros transt e os não espec aparelho circulatório	1	-	-	1	-	-	-
Infecções agudas das vias aéreas superiores	-	-	-	-	1	-	-
Influenza [gripe] e pneumonia	29	55	42	51	52	56	50
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	-	1	-	-	-	-	1
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	34	44	44	44	50	43	53
Doenças pulmonares devidas a agentes externos	9	1	3	10	2	5	4
Outras doenças respirat q afetam princ interstício	4	7	-	3	2	8	4
Afecções necróticas e supurat vias aéreas infer	-	-	-	-	1	2	-
Outras doenças da pleura	2	2	2	5	2	1	1
Outras doenças do aparelho respiratório	11	10	6	3	7	5	7
Doenças cavidade oral, glând salivares e maxilares	-	-	-	2	-	-	-
Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	5	3	2	5	4	3	3
Doenças do apêndice	-	-	1	-	-	1	-
Hérnias	1	-	-	-	1	2	3
Enterites e colites não infecciosas	2	-	1	1	-	-	-
Outras doenças dos intestinos	6	7	11	6	10	12	10
Doenças do peritônio	-	-	-	-	1	2	-
Doenças do fígado	22	20	14	20	22	28	13
Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	3	5	2	6	9	8	8
Outras doenças do aparelho digestivo	1	7	9	7	9	7	9
Infecções da pele e do tecido subcutâneo	2	-	-	1	1	-	1
Urticária e eritema	-	-	-	-	-	1	-
Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	1	4	2	4	2	4	5
Artropatias	2	-	2	1	-	1	4
Poliartropatias inflamatórias	2	-	1	1	-	1	4
Outros transtornos articulares	-	-	1	-	-	-	-
Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	4	2	1	-	1	-	2
Dorsopatias	-	1	-	-	1	1	-
Espondilopatias	-	1	-	-	-	1	-
Outras dorsopatias	-	-	-	-	1	-	-
Transtornos dos tecidos moles	2	1	1	-	-	2	1
Transtornos musculares	2	1	1	-	-	2	1
Osteopatias e condropatias	2	1	2	2	1	-	2
Transtornos da densidade e da estrutura óssea	-	-	1	1	1	-	2
Outras osteopatias	2	-	1	1	-	-	-
Condropatias	-	1	-	-	-	-	-
Doenças glomerulares	-	-	1	-	1	4	3
Doenças renais túbulo-intersticiais	-	-	1	1	2	1	1
Insuficiência renal	4	2	4	9	10	11	7
Calculose renal	-	-	-	-	-	-	-
Outros transtornos do rim e do ureter	-	1	-	-	-	-	-
Outras doenças do aparelho urinário	2	4	3	8	3	6	6
Doenças dos órgãos genitais masculinos	1	2	1	1	1	-	2
Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos	-	-	-	-	-	-	-

Gravidez que termina em aborto	-	-	-	-	1	1	-
Edema proteinúric e transt hipert gravid parto puerp	-	-	1	1	-	-	-
Complicações do trabalho de parto e do parto	-	-	-	-	-	1	-
Complicações relacionadas predom com o puerpério	-	-	-	-	-	-	1
Fet rec-nasc afet fat mat e compl grav, trab parto	-	2	2	-	3	-	1
Transt relac com a duração gestação e cresc fetal	-	1	1	-	-	-	2
Transt respirat e cardiovasc especif per perinatal	11	16	17	15	17	7	11
Infecções específicas do período perinatal	6	4	7	8	3	6	9
Transt hemorrág e hematológ feto e recém-nascido	2	1	-	-	-	-	-
Transt aparelho digestivo do feto ou recém-nascido	-	1	1	-	1	-	-
Outros transtornos originados no período perinatal	2	-	-	-	-	-	-
Malformações congênitas do sistema nervoso	7	4	1	4	1	-	3
Malformações congênitas do aparelho circulatório	2	1	3	1	2	4	3
Malformações congênitas do aparelho respiratório	-	1	-	-	-	-	-
Fenda labial e fenda palatina	-	-	-	1	-	-	-
Outras malformações congênitas aparelho digestivo	-	1	1	-	-	-	-
Malformações congênitas do aparelho urinário	1	1	-	-	-	-	-
Malform e deform congênit do sistema osteomuscular	-	1	-	-	2	-	-
Outras malformações congênitas	2	-	-	1	1	-	1
Anomalias cromossômicas NCOP	-	-	-	-	3	-	-
Sint e sinais relat aparelho circulat e respirat	7	7	8	4	9	9	4
Sintom e sinais relat ao aparelho digest e abdome	-	1	-	-	1	1	2
Sintomas e sinais gerais	2	8	7	5	9	6	3
Causas mal definidas e desconhecidas mortalidade	29	35	36	41	28	27	24
Acidentes	43	44	41	47	52	56	57
Acidentes de transporte	27	29	29	33	30	26	32
Pedestre traumatizado em um acidente de transp.	10	4	9	9	12	7	8
Ciclista traumatizado em um acidente de transp	1	-	2	2	3	1	2
Motociclista traumat em um acidente de transpo	5	3	2	2	-	1	2
Ocupante automóvel traumat acidente transporte	8	18	14	17	10	6	7
Ocupante veíc transp pesado traumat acid trans	1	1	-	-	-	-	1
Outros acidentes de transporte terrestre	1	2	1	3	4	10	10
Acidentes de transporte por água	-	-	-	-	-	-	-
Outros acidentes de transporte e os não especi	1	1	1	-	1	1	2
Outras causas externas de traumatismos acidentai	16	15	12	14	22	30	25
Quedas	9	9	11	12	13	19	20
Exposição a forças mecânicas inanimadas	-	1	1	-	1	1	-
Afogamento e submersão acidentais	4	1	-	2	6	2	1
Outros riscos acidentais à respiração	1	1	-	-	1	4	3
Expos corr elétr, radiação e temp press extrem	1	1	-	-	-	2	-
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	1	2	-	-	-	-	-
Contato com fonte de calor ou substâncias quen	-	-	-	-	-	-	-
Exposição às forças da natureza	-	-	-	-	-	1	-
Envenenamento acidental e exposição subst noci	-	-	-	-	-	-	1
Exposição acidental a outr fatores e aos não e	-	-	-	-	1	1	-
Lesões autoprovocadas intencionalmente	5	14	7	11	9	7	14
Agressões	5	7	4	9	5	5	17
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	-	-	1	4	8	10	16
Complicações de assistência médica e cirúrgica	1	1	2	-	1	4	1
Ef advers drog, medic e subst biológ finalid ter	-	-	-	-	-	1	-
Acid ocorr pacientes prest cuid médicos e cirúrg	-	-	-	-	-	-	-
Reaç anorm compl tard proc cirúrg méd s/menç aci	1	1	2	-	1	3	1
Total	844	941	854	915	913	930	915

Fonte: TABNET/DATASUS

## REDE ASSISTENCIAL

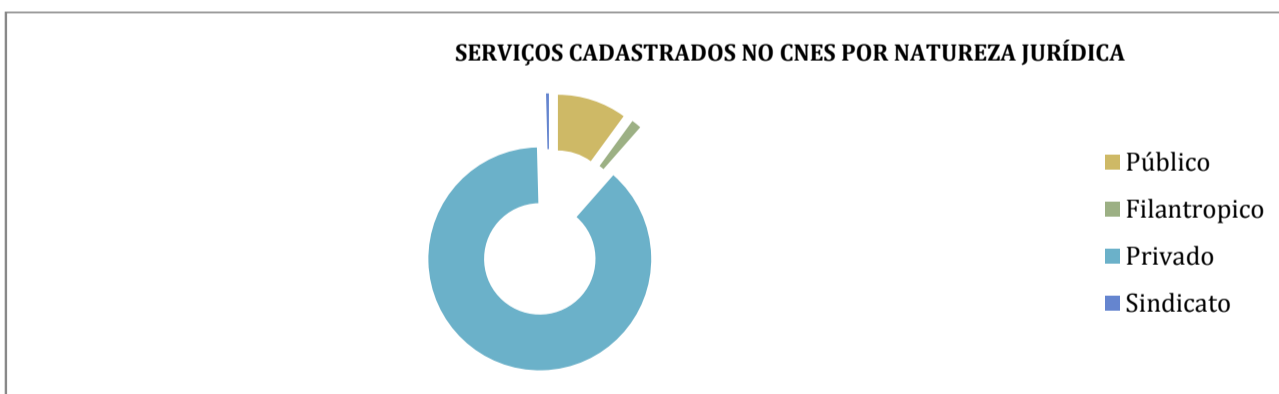
### CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO

#### QUANTIDADE POR TIPO DE PRESTADOR E ANO/MÊS COMPETÊNCIA

Tipo de Estabelecimento	Quantidade_Geral
CENTRAL DE REGULAÇÃO	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	23
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	75
CONSULTORIO	318
COOPERATIVA	3
FARMACIA	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	5
HOSPITAL GERAL	5
HOSPITAL DIA	1
POLICLINICA	2
POSTO DE SAUDE	2
SECRETARIA DE SAUDE	2
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	42
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	2
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	4
<b>Total</b>	<b>488</b>

Fonte: SESAP

#### QUANTIDADE POR TIPO DE PRESTADOR:



Tipo de Prestador	2013/Dez
Público	49
Filantrópico	7
Privado	430
Sindicato	2
<b>Total</b>	<b>488</b>

## LEITOS EXISTENTES:

Código	Descrição	Existente	SUS	Não SUS
<b>CIRÚRGICO</b>				
1	BUCO MAXILO FACIAL	2	2	0
2	CARDIOLOGIA	15	15	0
3	CIRURGIA GERAL	72	37	35
5	GASTROENTEROLOGIA	6	4	2
6	GINECOLOGIA	6	4	2
8	NEFROLOGIAUROLOGIA	1	1	0
9	NEUROCIRURGIA	25	14	11
12	ONCOLOGIA	4	4	0
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	24	16	8
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	0	1
15	PLASTICA	1	1	0
<b>TOTAL</b>		157	98	59
<b>CLÍNICO</b>				
32	CARDIOLOGIA	22	16	6
33	CLINICA GERAL	106	67	39
36	GERIATRIA	1	0	1
41	NEONATOLOGIA	3	0	3
44	ONCOLOGIA	8	8	0
46	PNEUMOLOGIA	5	4	1
87	SAUDE MENTAL	10	10	0
<b>TOTAL</b>		155	105	50
<b>COMPLEMENTAR</b>				
66	UNIDADE ISOLAMENTO	7	5	2
75	UTI ADULTO - TIPO II	30	27	3
78	UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	2	0
81	UTI NEONATAL - TIPO II	8	8	0
<b>TOTAL</b>		47	42	5
<b>OBSTÉTRICO</b>				
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	27	19	8
43	OBSTETRICIA CLINICA	3	0	3
<b>TOTAL</b>		30	19	11
<b>PEDIATRICO</b>				
45	PEDIATRIA CLINICA	25	21	4
68	PEDIATRIA CIRURGICA	2	2	0
<b>TOTAL</b>		27	23	4
<b>OUTRAS ESPECIALIDADES</b>				
34	CRONICOS	4	4	0
47	PSIQUIATRIA	691	398	293
<b>TOTAL</b>		695	402	293
<b>HOSPITAL DIA</b>				
7	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	7	4	3
73	SAUDE MENTAL	30	30	0
<b>TOTAL</b>		37	34	3
<b>Sumário</b>				
<b>TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO</b>		312	203	109
<b>TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR</b>		1101	681	420

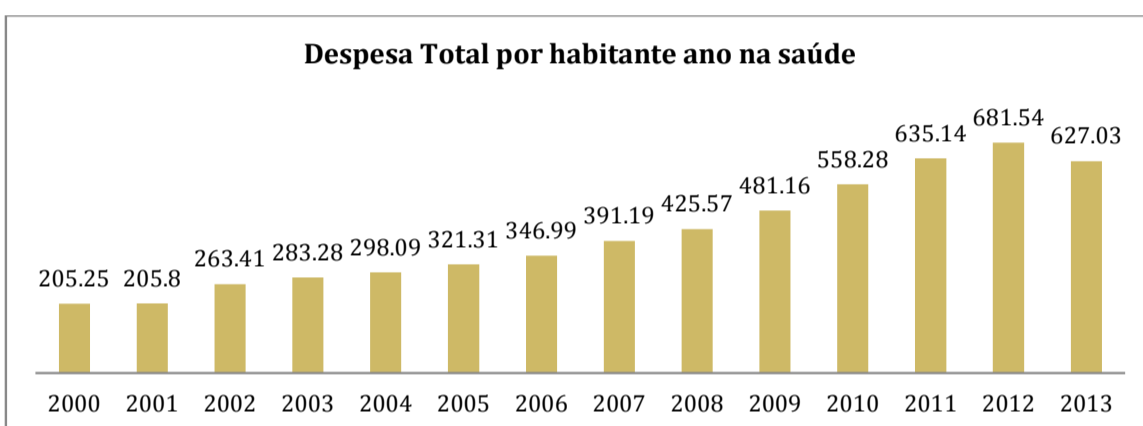
Fonte: SESAP

## INDICADORES FINANCEIROS CONFORME DADOS DO SIOPS

A Saúde é uma das mais importantes secretarias da gestão Municipal, com seu orçamento crescente, a cada ano assume um papel mais importante neste cenário. Em 2014 o seu orçamento corresponderá a mais que 48% do orçamento municipal, isto acontece principalmente pelas transferências federais do SUS.

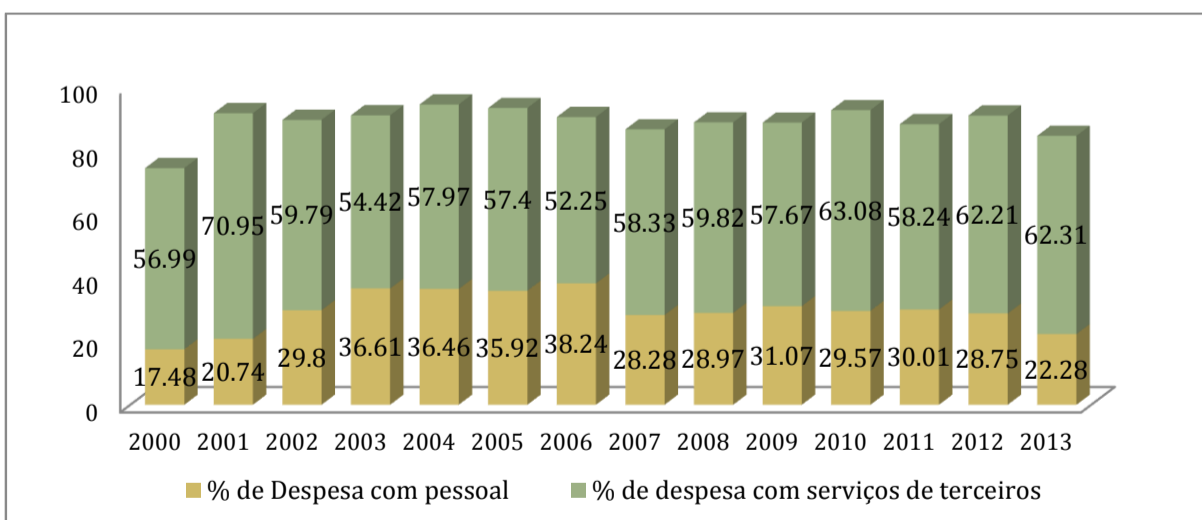
Muito tem se debatido em relação à questão da divisão tributária no Brasil, o governo federal concentra o grande volume de recursos e repassa aos municípios mediante verbas vinculadas, onde o que cabe a cada um é executar o que foi planejado pelo governo federal, a nosso ver isto prejudica a autonomia dos municípios, pois muito pouco se pode fazer diferente, todas as nossas obrigações já estão amarradas com verbas vinculadas.

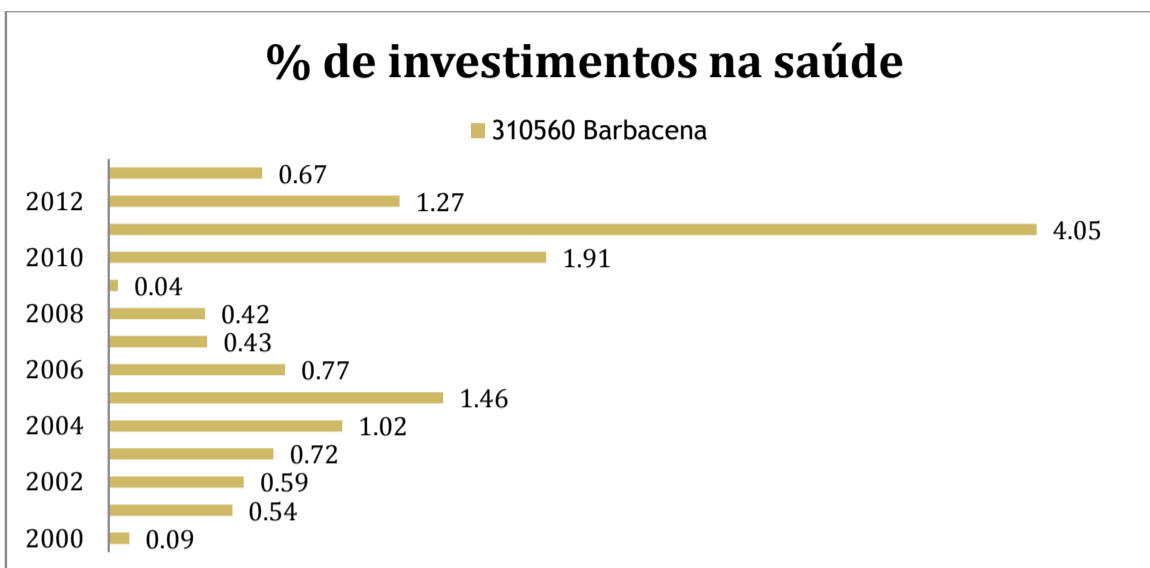
Como se observa, em 2000, o total de despesa percapta na saúde deixa de ser R\$ 205,25 no ano 2000 (primeiro ano do SIOPS) para tornar-se R\$ 681,54 em 2012, ou seja, significou um aumento de 232% em apenas 12 anos.



Distribuição em percentual das principais despesas:

As principais despesas são pagamento de pessoal e serviços de terceiros, o Município de Barbacena tem uma rede assistencial importante, composta por quatro hospitais gerais, três hospitais psiquiátricos, 27 residências terapêuticas, serviços ambulatoriais e uma rede própria que atua principalmente na atenção básica, ou seja, dos recursos da saúde, em média, nos últimos 13 anos 58% se referem ao pagamento da rede de média e alta complexidade, advindos dos recursos deste bloco de financiamento.

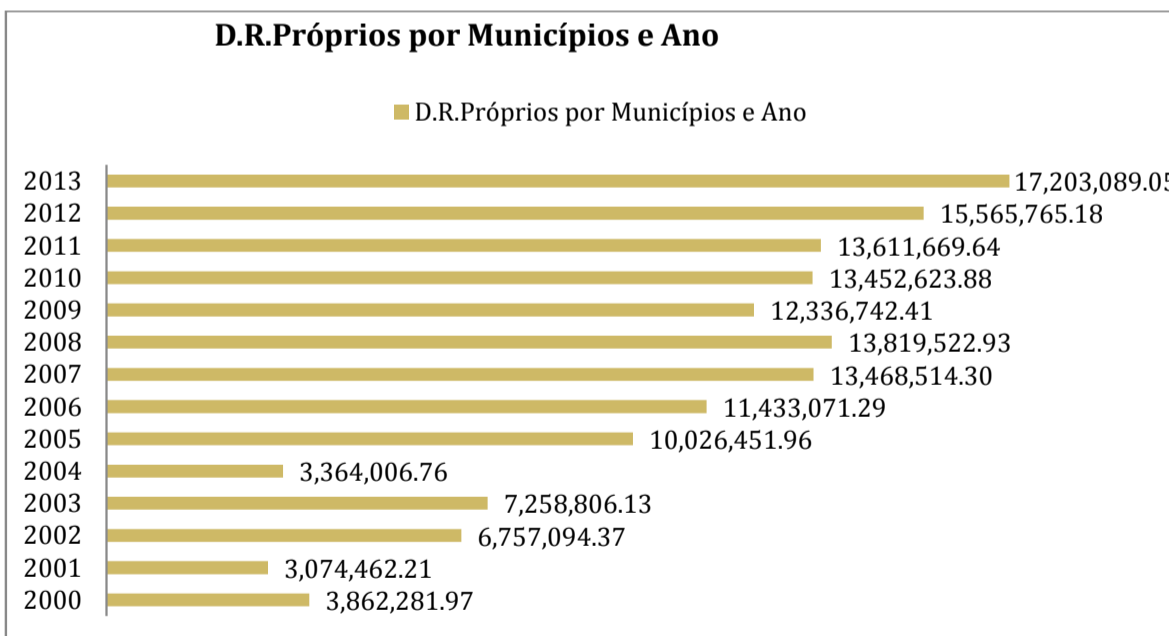




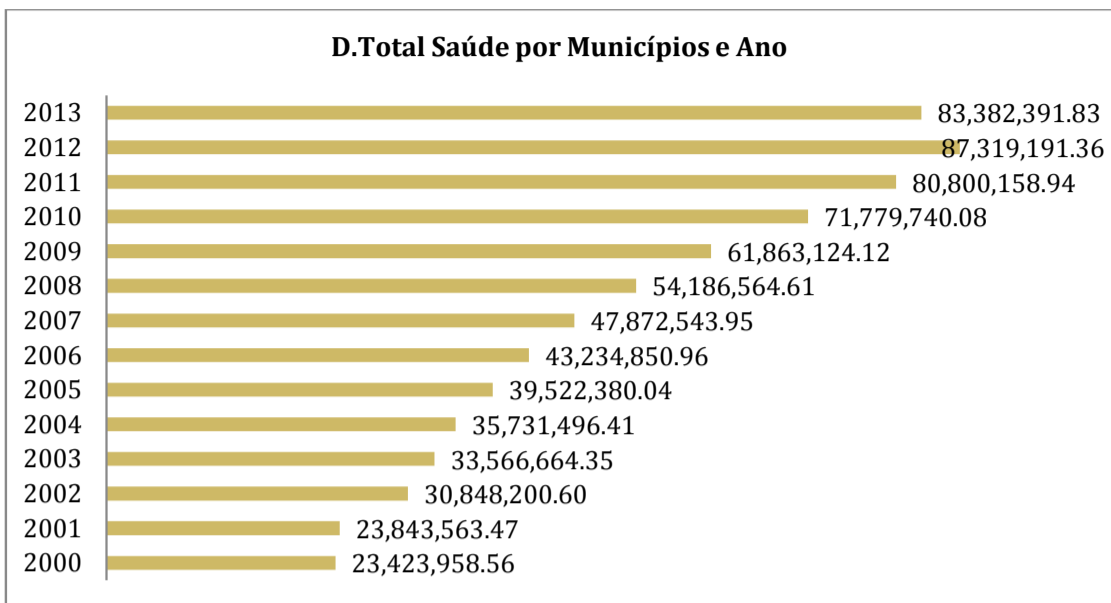
Enquanto os recursos da saúde quase triplicaram nos últimos treze anos de governo, a despesa de capital é cada vez mais insignificante.

O gasto com pessoal deixou de ser R\$ 4.095.110,86 em 2000 para tornar-se R\$ 18.577.633,13, ou seja, um aumento na ordem de 353,65% em treze anos, enquanto isto se observa que nada ou quase nada se fez de investimentos na saúde.

Observa-se um aumento no ano de 2011 que se referiu à construção de três unidades básicas de saúde e a Unidade de Pronto atendimento que até a presente data não estão em funcionamento, principalmente pela falta da contrapartida municipal, pois o aporte destes recursos se deram pelas esferas federal e estadual.

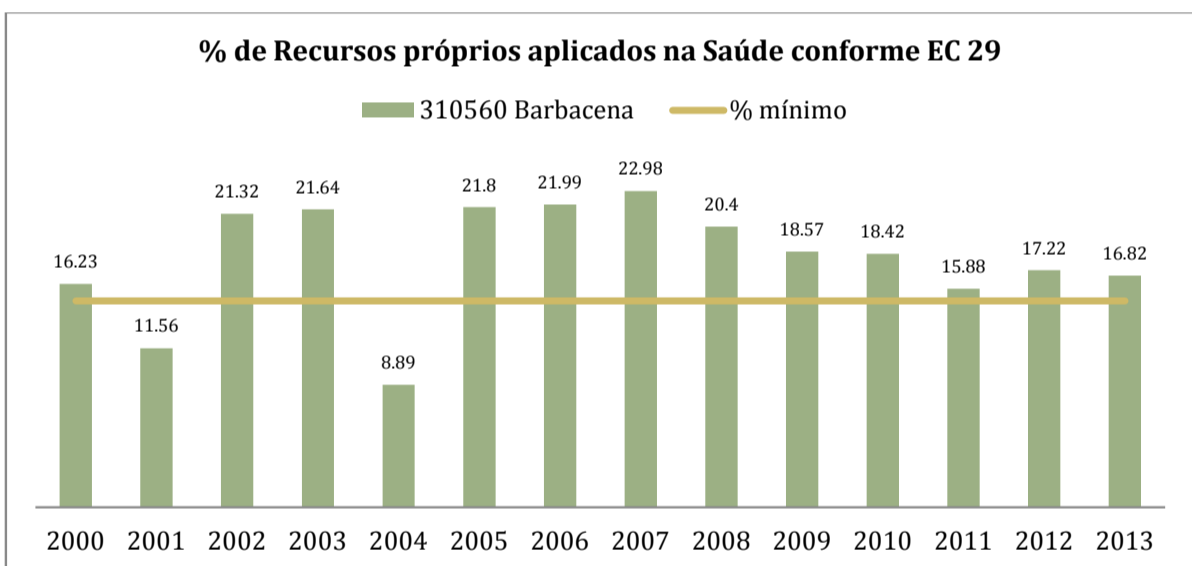


Da mesma forma que as transferências federais as despesas com recursos próprios vem aumentando, subiu em treze anos 345,41%, é aplicada quase que na totalidade com gastos de pessoal.



As despesas totais na saúde passaram de R\$ 23.423.958,56 para R\$ 83.382.391,83, o aumento significou 255,97%.

Por último na lógica do Financiamento vale ressaltar que o Município vem cumprindo o percentual mínimo preconizado pela Emenda Constitucional 29 e pela Lei 141/2012, conforme se observa a seguir:



## ANÁLISE ESTRATÉGICA

---

Sob a lógica dos blocos de financiamento, faremos a seguir uma análise da organização e funcionamento do sistema local de saúde.

### GESTÃO:

---

#### SITUAÇÃO ATUAL

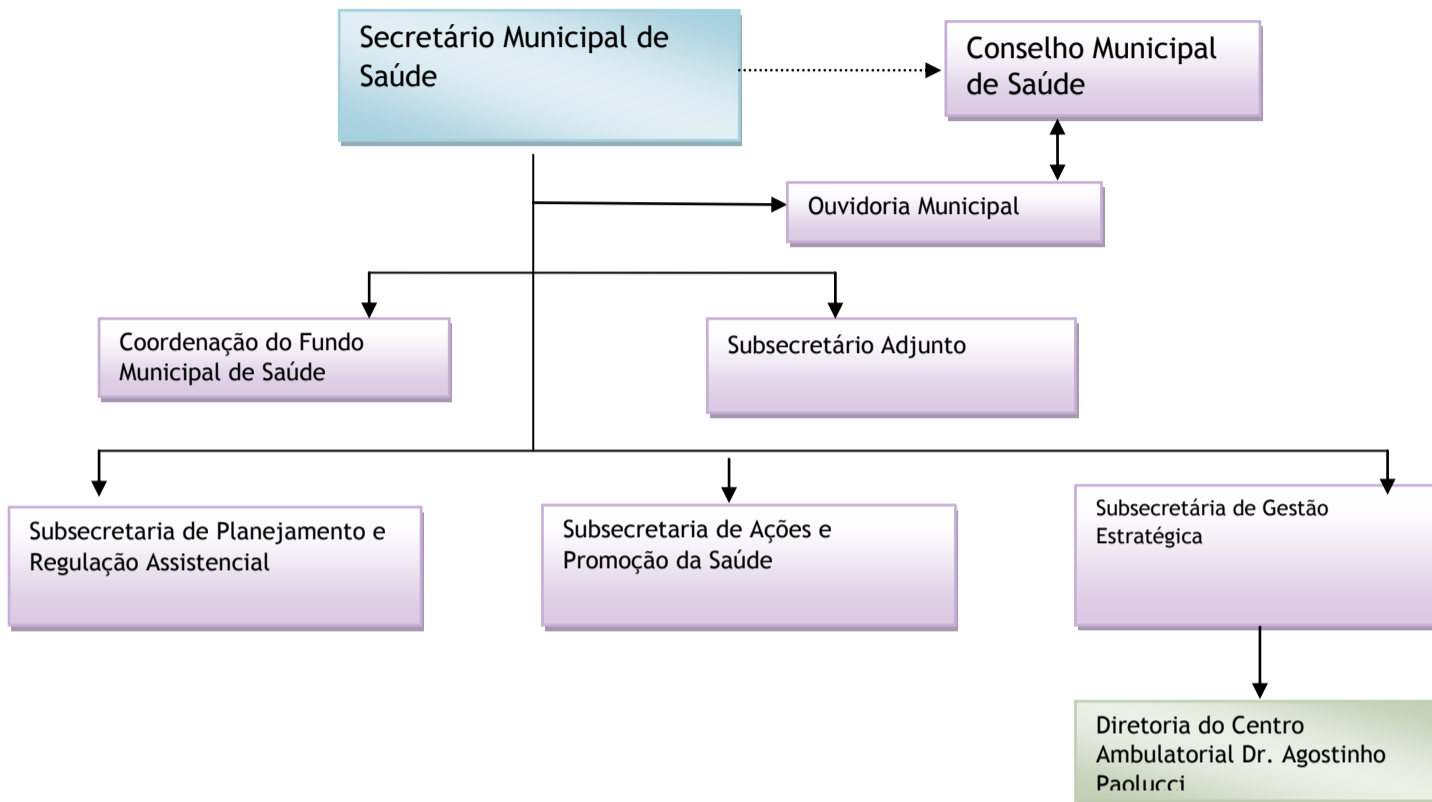
---

Barbacena contava com uma autarquia municipal que fazia a gestão da saúde, foi instituída em 1993, quando Barbacena assumiu a gestão da sua rede própria por força da Norma Operacional Básica 01/93 quando se tornou gestão simplificada. E foi extinta em dezembro de 2013, quando quase alcançava a sua maioria. Muito se questionou a necessidade ou não da autarquia, mas ela significou por muitos anos a possibilidade de autonomia e melhor capacidade de gestão, contudo, após todo o processo de aperfeiçoamento do SUS, da instituição obrigatória do CNPJ dos Fundos Municipais e da organização por bloco de financiamento e, sobretudo, da necessidade de compreender que o setor saúde faz parte da administração direta, decidiu-se por uma gestão direta e partícipe de todo o processo de gestão municipal.

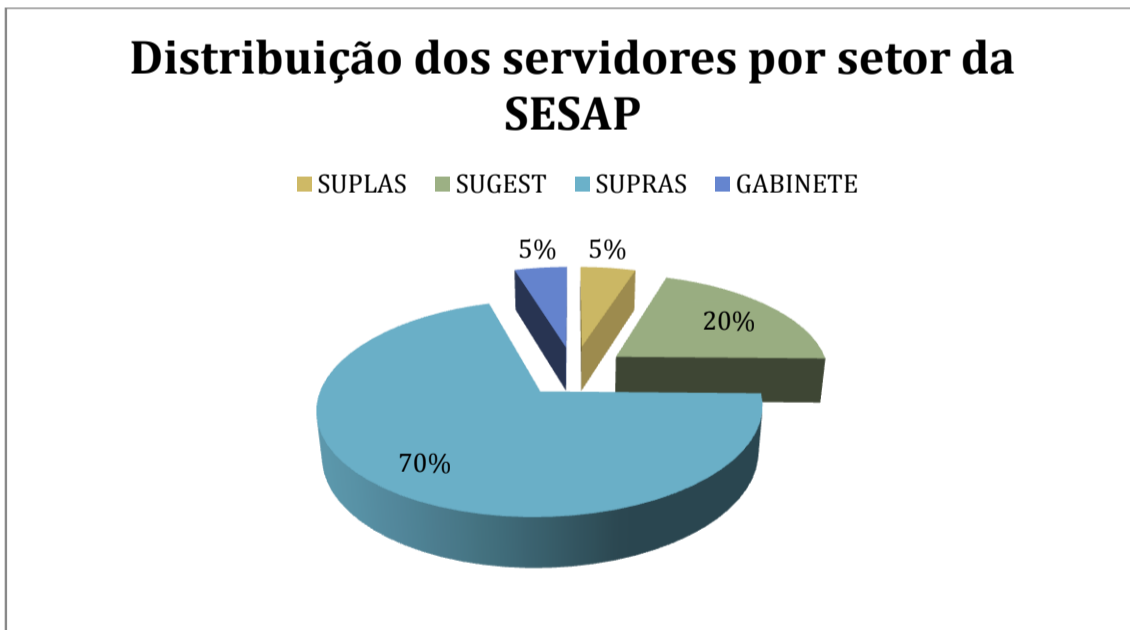
Por força de uma lei delegada, fica instituída a partir de janeiro de 2014 a Secretaria Municipal de Saúde Pública - SESAP, com uma nova estrutura administrativa, ancorada em gestor geral e quatro subsecretarias.

# SEGUNDA PARTE

A SESAP contacom a seguinte macro-estrutura funcional:



São atualmente 828 servidores vinculados aos vários setores da SESAP. Distribuídos da seguinte forma:



Há que se registrar que o processo de gestão envolve duas importantes vertentes, a primeira é o macro processo da gestão que envolve um desenho de rede e sua conseqüente implementação, a contratação dos serviços, a captação dos recursos das outras esferas de governo (SES/MG e Ministério da Saúde), a relação com o próprio governo municipal por meio da articulação com as muitas secretarias que o compõem, a gestão do Fundo Municipal de Saúde, também a relação com os municípios que compõem o território

assistencial a qual denominamos governança regional, as comissões intergestores regional (CIR) e da região ampliada (CIRA), da mesma forma a CIB-SUS/MG (Comissão Intergestores Bipartite Estadual de Minas Gerais) e a CIT (Comissão Intergestora Tripartite), isto intermediado pela própria Secretaria Estadual de Saúde por meio da Superintendência Regional de Saúde de Barbacena e de um ator importante que é o COSEMS/MG (Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais). Esta função gestora exige capilaridade, conhecimento, articulação e uma profunda capacidade em gerir a sua rede integrando-a ao sistema estadual e federal do SUS. Esta primeira função é exercida principalmente em Barbacena pelo gabinete do Secretário Municipal, ancorado na Subsecretaria de Planejamento e Regulação Assistencial, considerando a sua função de regulação de acesso e a Subsecretaria Adjunta.

A Segunda vertente é a função prestadora de serviços que envolve a gestão da rede própria, todos os recursos próprios, envolve os blocos da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, são as Unidades Básicas de Saúde, a rede de Farmácia Básica, a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), a Vigilância em Saúde, a Política do Trabalhador, Saúde Mental, o Transporte Sanitário, as equipes da estratégia saúde da família e de saúde bucal, o Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci, enfim envolve todos os setores que prestam serviços de forma direta a população. Estas funções são exercidas pelas Subsecretarias de Gestão Estratégica (SUGEST) e Subsecretaria de Ações e Promoções de Saúde (SUPRAS) com o apoio da Subsecretaria adjunta que visa dar estrutura para o perfeito funcionamento destes setores. Por esta razão se justifica a maior concentração de servidores na SUPRAS.

Para que a autarquia fosse incorporada a Prefeitura Municipal se redefiniu de um novo conjunto de cargos e salários, onde se buscou principalmente romper com algumas iniquidades de carga horária e salários que existia enquanto perdurou o DEMASP.

A Distribuição de cargos se deu pela Lei Delegada nº 77 de 14 de fevereiro 2014, que ficou assim definida:

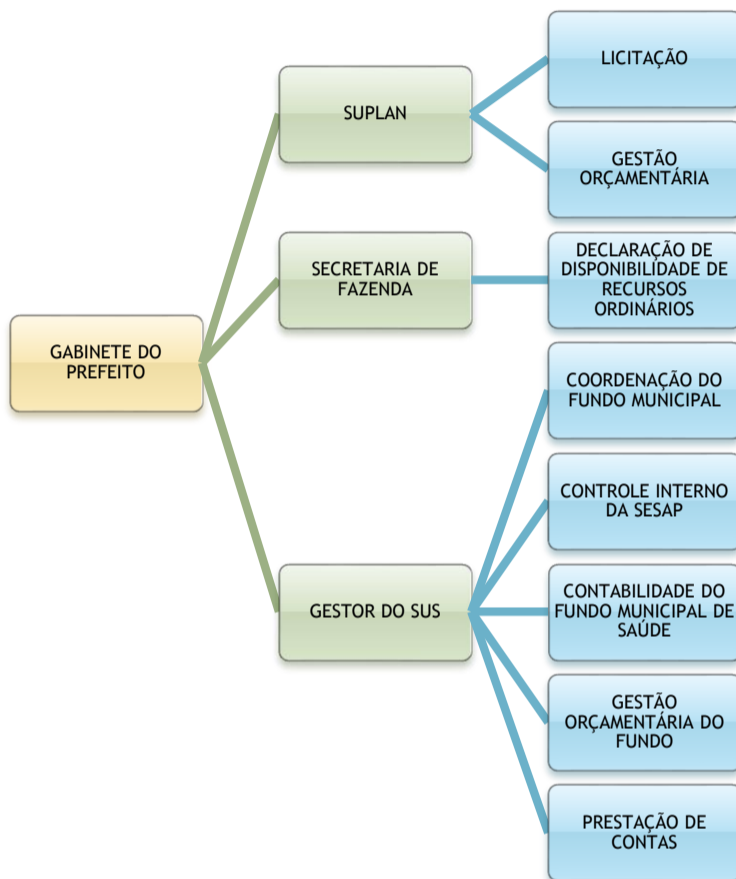
Cargos	Servidores Vinculados
Advogado	2
Agente Administrativo I	7
Agente Administrativo II	27
Agente comunitário de Endemias/Saúde	280
Assessor especial	3
Assessor técnico	3
Assistente social	10
Atendente administrativo da rede básica	30
Atendente de Enfermagem	10
Atendente de Farmácia	15
Auditor	2
Auxiliar de administração I	1
Auxiliar de administração II	3
Auxiliar de Enfermagem I	20
Auxiliar de Enfermagem II	60
Auxiliar de Escritório	10
Auxiliar de Saúde Bucal	15
Auxiliar de serviços Gerais	40
Auxiliar Técnico de engenharia	1
Bioquímico	4
Chefe de serviço	7
Cirurgião Dentista	7

Cirurgião dentista da ESF	15
Contador	2
Digitador	20
Diretor	1
Educador Físico	6
Enfermeiro I	20
Enfermeiro II	12
Enfermeiro da ESF	30
Farmacêutico	10
Engenheiro químico	1
Engenheiro sanitarista	1
Farmacêutico	10
Fiscal Sanitário nível médio	6
Fiscal Sanitário nível superior	5
Fisioterapeuta	10
Fonoaudiólogo	6
Jornalista	2
Gerente de serviços	29
Médico	50
Médico da ESF I	30
Médico da ESF II	10
Médico do EMAD	1
Médico Auditor	2
Médico Plantonista	60
Médico Regulador	12
Médico veterinário	2
Motorista	35
Nutricionista	8
Operador de Máquinas pesadas	1
Psicólogo I	2
Psicólogo II	10
Psicólogo III	30
Recepcionistas	12
Secretário	1
Subsecretário	4
Técnico em Enfermagem	15
Técnico em laboratório	15
Técnico em Regulação	5
Técnico em RX	5
Técnico em Segurança do Trabalho	2
Tecnólogo	2
Telefonista	1
Trabalhador Braçal	6
Vigilante	30
<b>TOTAL</b>	<b>1094</b>

Fonte: SESAP

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído por força da Lei nº 3.690, de 30 de janeiro de 2002, da qual foi delegada a Lei Municipal nº 41, de 12 de março de 2013 a qual trata do Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências, tem CNPJ próprio registrado sob o número 14.675.553/0001-59, conta com um Coordenador do Fundo Municipal, um contador específico, um responsável pela gestão orçamentária, um responsável pela prestação de contas, um responsável pela gestão financeira. A gestão dos recursos se dá de forma descentralizada e o gestor do SUS é autorizador de despesas, conforme preconiza as normas do SUS.

A estrutura do Fundo se pauta na relação com duas secretarias externas, a de Planejamento que faz a gestão macro-orçamentária e a Secretaria de Fazenda no que concerne a gestão dos recursos ordinários.



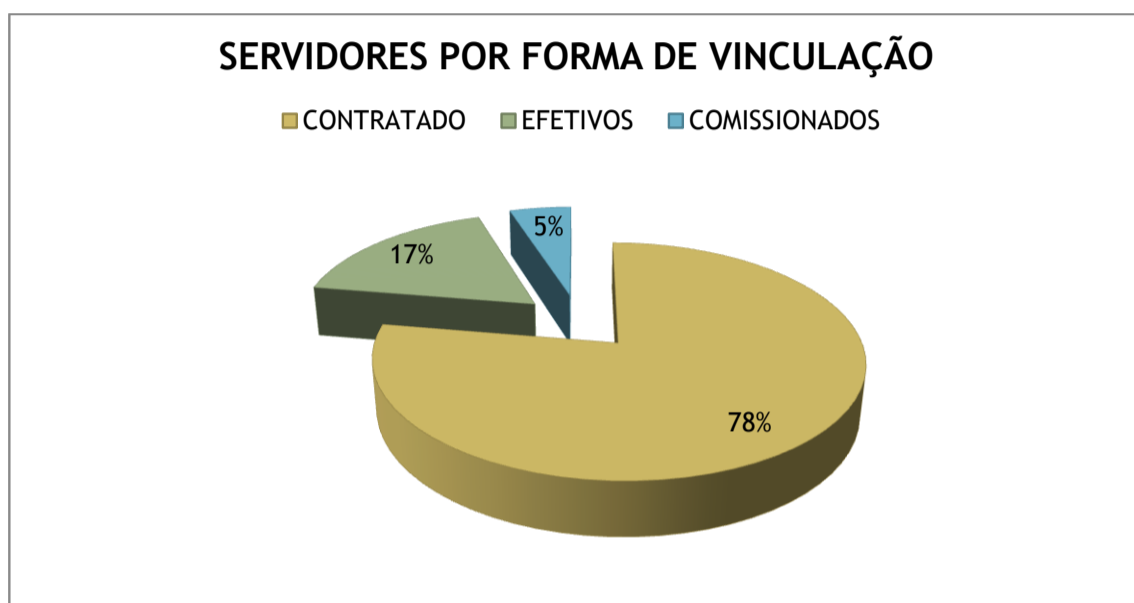
O Setor de licitação é centralizado na Prefeitura Municipal de Barbacena, se subordina a Secretaria de Planejamento – SEPLAN.

## GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

O plano de cargos, carreiras e salários foi instituído pela Lei Municipal nº 77 de 14 de fevereiro de 2014.

A precarização do trabalho é um desafio a ser superado, como o Ministério da Saúde tem transferidos os recursos de incentivos atrelados a resultados, a gestão do SUS tem dotado os setores de servidores que são inseridos por meio de processo seletivo simplificado.

O número de servidores lotados na SMS é de 828 servidores assim distribuídos:



## SALÁRIOS POR CARGO/FUNÇÃO:

CARGOS	VENCIMENTOS	CARGA HORÁRIA
ADVOGADO	2.834,29	20
AGENTE ADMINISTRATIVO I	1.177,68	30
AGENTE ADMINISTRATIVO II	1.498,09	40
AGENTE COMUNITÁRIO DE ENDEMIAS - ACE	904,00	40
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS	904,00	40
ASSESSOR ESPECIAL	4.800,00	40
ASSISTENTE SOCIAL	2.834,74	30
ATENDENTE ADMINISTRATIVO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE	901,74	40
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	878,81	30
ATENDENTE DE FARMÁCIA	1.123,57	40
AUDITOR	5.000,00	40
AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO I	1.363,32	30
AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO II	1.734,27	40
AUXILIAR DE ENFERMAGEM I	1.177,68	30
AUXILIAR DE ENFERMAGEM II	1.431,51	40
AUXILIAR DE ESCRITÓRIO	904,00	40
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL - ASB	1.177,68	40
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	904,00	40
AUXILIAR TÉCNICO DE ENGENHARIA	2.108,00	40

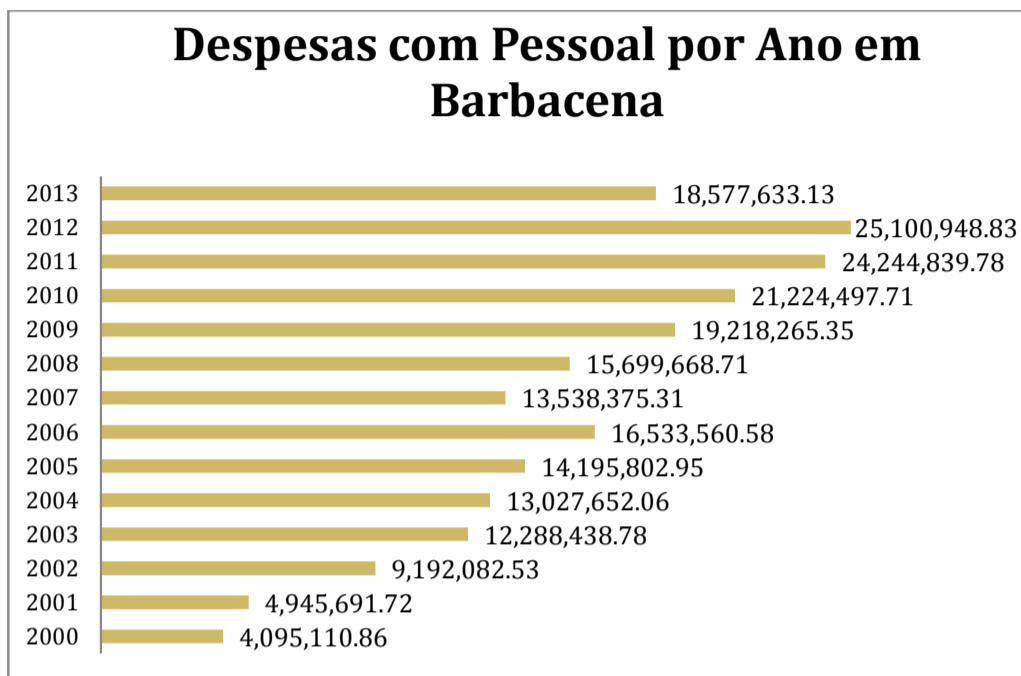
BIOQUÍMICO	2.834,29	30
CHEFE DE SERVIÇO	2.000,00	40
CIRURGIAO DENTISTA	2.834,29	20
CIRURGIAO DENTISTA DA ESF	3.843,45	40
CONTADOR	3.605,44	40
COORDENADOR	3.500,00	40
DIGITADOR	1.173,80	40
DIRETOR	4.800,00	40
EDUCADOR FISICO	3.605,00	40
ENFERMEIRO I	2.834,29	30
ENFERMEIRO II	3.605,44	40
ENFERMEIRO DA ESF	3.843,45	40
ENGENHEIRO QUÍMICO	2.834,29	20
ENGENHEIRO SANITARISTA	2.834,29	20
FARMACEUTICO	3.605,44	40
FISCAL SANITÁRIO NÍVEL MÉDIO	1.353,00	40
FISCAL SANITÁRIO NIVEL SUPERIOR	2.834,29	30
FISIOTERAPEUTA	2.834,29	30
FONOAUDIÓLOGO	2.834,29	30
GERENTE	2.500,00	40
JORNALISTA	3.605,44	40
MÉDICO	2.834,29	20
MÉDICO DA ESF I	7.387,62	40
MÉDICO DA ESF II	3.693,81	20
MEDICO DO EMAD	10.000,00	40
MÉDICO AUDITOR	5.000,00	20
MÉDICO PLANTONISTA	600,00	PLANTÃO 12
MÉDICO REGULADOR	2.834,29	20
MÉDICO-VETERINÁRIO	2.834,29	30
MOTORISTA	1.232,54	40
NUTRICIONISTA	3.605,44	40
OPERADOR DE MÁQUINAS PESADAS	1.121,60	30
PSICOLOGO I	2.403,62	20
PSICOLOGO II	2.704,08	30
PSICOLOGO III	3.605,44	40
RECEPCIONISTA	904,00	40
SECRETÁRIO	4.800,00	40
TECNICO DE LABORATORIO	1.657,16	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1.657,16	40
TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1.657,16	40
TECNICO EM REGULAÇÃO	1.581,00	40
TÉCNICO EM RX	1.177,68	25
TECNÓLOGO EM SAÚDE	2.704,08	30
TELEFONISTA	968,89	30
TRABALHADOR BRAÇAL	678,00	30
VIGILANTE	1.177,68	40

Fonte: SESAP

---

## DEMONSTRATIVO DO GASTO COM PESSOAL DESDE 2000

---



Como se observa no gráfico acima a despesa com pessoal sofreu uma queda importante de 2012 para o ano de 2013, mesmo mantendo todas as equipes da estratégia saúde da família compostas e os serviços minimamente equipados foi possível reduzir R\$ 6.523.315,70, este corte significou quase 25% quando comparado o ano de 2012 ao ano de 2013 na redução desta despesa. Ressaltamos que houve aumento nas equipes, deixamos de ter 11 equipes da ESF compostas para contar com 28 equipes saúde da família. Também foram pagos parcialmente salários que estavam atrasados referentes ao ano de 2012. Em 2013 houve a adesão ao Programa Mais Médicos.

### CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

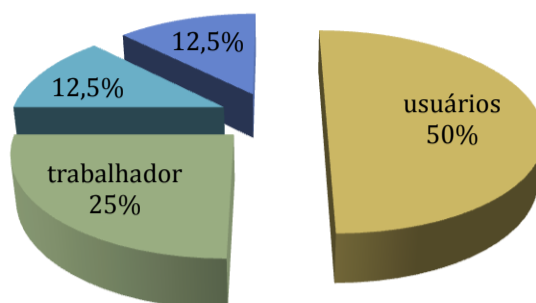
---

O Conselho Municipal de Saúde conta com 24 conselheiros municipais, sendo 12 membros do segmento usuários, 06 membros do segmento trabalhador da saúde, 03 membros do segmento prestador de serviços e 03 do segmento governo.

A Lei de criação do Conselho já foi alterada algumas vezes no sentido de adequar o seu funcionamento às necessidades do processo de organização do SUS.

A Atual composição que se deu na 8ª. Conferência Municipal de Saúde, onde houve a eleição para o biênio 2014/2016.

## Composição do Conselho Municipal de Saúde



## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

### COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

#### SEGMENTO USUÁRIOS:

ENTIDADE	TITULAR	SUPLENTE
PASTORAL DA CRIANÇA DO BAIRRO NOVA CIDADE	Ana Cristina Ferreira De Paiva Esliva	Eliane Maria Do Nascimento
INSTITUTO 1º DE MAIO	Carlos Roberto Do Nascimento	Benedito Ribeiro Do Amaral
INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL DAS VERTENTES	Carmen Lúcia Werneck	Joceli De Oliveira Alvim E Reis
ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES E AMIGOS DE SENHORA DA DORES	Elisângela Cristina Da Silva	Nelsérgio Alves Dos Santos
SINDICATO DOS PROFESSORES	Karla Adriana De Oliveira Carvalho	Alessandra Cristina Rosa
SINDICATO DOS TRABALHADORES E EMPREGADOS RURAIS DE BARBACENA E REGIÃO	Márcio José Da Silva	Wagner José Ferreira
PRÓ MULHER	Nilza Rodrigues Nunes	Maria Lúcia Ferreira
INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL DAS VERTENTES	Olívia Maria Batista De Oliveira Bortolusci	Leonardo José Ferreira
PASTORAL DA SAÚDE DO BAIRRO SÃO JOSÉ	Rosângela Maria Corrêa Netto Ventura Dos Reis	William Dias Resende
ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DO SETOR NOROESTE	Vanderlei Luiz Da Silva	Matuzalem Da Silva
ASSOCIAÇÃO DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO PADRE BRITO	Vicente De Paula Campos	Dara Carolina De Oliveira Bonifácio
ASSOCIAÇÃO BARBACENENSE DOS REFORMADOS DA PMMG	Vicente Rosa	Wilson Araújo Dos Santos

Fonte: SESAP

#### SEGMENTO TRABALHADORES DA SAÚDE

ÁREA DE FORMAÇÃO	TITULAR	SUPLENTE
ENFERMAGEM/NUTRIÇÃO	Cintia Helena Vespoli Campos	Ana Carina Ferreira Trad Barra
ENFERMAGEM	Patrícia Pereira De Souza	Maria De Fátima Rodrigues De Oliveira

<b>MEDICINA/ENFERMAGEM</b>	Gustavo De Moura E Silva Toledo	Rosimara Zanetti
<b>ENFERMAGEM</b>	Fábio Freire Rocha	Pedro Henrique Rodrigues
<b>FARMÁCIA/ ADMINISTRATIVO</b>	Sandra Miranda	Mateus Cantaruti
<b>ENFERMAGEM</b>	Hellen Christina Vieira Franco De Castro	Gilmara Julita De Mendonça

Fonte: SESAP

### SEGMENTO PRESTADORES DE SERVIÇOS:

ENTIDADE	TITULAR	SUPLENTE
<b>CEBAMS/HOSPITAL IBIAPABA LABORATÓRIO SANTA THEREZINHA</b>	Waldir Damasceno	Terezinha de Oliveira Ribeiro
<b>IMAIP SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA</b>	Otávio Augusto Ramos Vieira	Marly da Trindade Almeida
<b>APAE</b>	Hosana Aparecida de Castro	Simone Campos de Oliveira

Fonte: SESAP

### SEGMENTO GOVERNO:

Entidade	Titular	Suplente
<b>SESAP</b>	Elizabeth Rodrigues Pereira	José Orleans da Costa
<b>SESAP</b>	Juliana Tiemi Nakagaki de Castro Ludgero	Polyana Resende Monteiro
<b>SUPLAN</b>	Diogo Sie Carreiro Lima	Júnior Moura Malaquias

Fonte: SESAP

O Conselho Municipal de Saúde de Barbacena funciona no Prédio da AGIR, situado a Praça Conde de Prados, s/n 1º andar Centro CEP-36.200-104, conta com uma mesa diretora composta por presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretário dispõe de secretaria própria, o Conselho não dispõe de orçamento próprio, ele possui um projeto atividade dentro do orçamento do Fundo Municipal de Saúde e reúne ordinariamente duas vezes ao mês, atualmente na primeira e na terceira segunda feira de cada mês, às dezenove horas.

A mesa diretora é composta por um presidente, um vice-presidente, primeiro e segundo secretário, assim definida por decisão do próprio Conselho:

1. Presidente: Carmem Lúcia Werneck
2. Vice-Presidente: Nilza Nunes Resende
3. Primeiro secretário: Waldir Damasceno
4. Segundo Secretário: Fábio Freire Rocha

Conta com as seguintes comissões temáticas: Prestação de Contas, Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde, Educação Permanente.

O Conselho está adequado a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 453/2012, é autônomo e deliberativo.

Possui regimento interno próprio e está cadastrado no SIACS.

As decisões são definidas em resoluções que são homologadas pelo Prefeito Municipal de Barbacena.

## TRANSPORTE SANITÁRIO

Assegurando um dos preceitos fundamentais do SUS, que é a garantia do acesso aos serviços de saúde através de transporte eficiente e humanizado, o município de Barbacena disponibiliza através da Secretaria de Saúde Pública o serviço de Transporte Sanitário.

Transporte sanitário é um serviço do sistema de saúde para garantir o deslocamento do paciente - usuário do SUS, dos servidores da saúde a serviço da SESAP e da logística de materiais para atender as demandas das unidades de saúde. O transporte sanitário é um serviço para atendimento às demandas eletivas, no entanto, em determinadas situações poderá receber demandas de urgência, quando o SAMU não for capaz de atender. Para regular este serviço, cria-se a partir deste projeto, a Central de Regulação do Transporte sanitário.

Este plano busca a implementação de uma política local para garantia de um transporte sanitário eficiente com racionalização dos gastos e melhoria no processo de gestão diante da necessidade do cidadão usuário do SUS, dos servidores da saúde e do sistema de logística em saúde. Atualmente, novos veículos estão sendo adquiridos, dentre eles aguardamos a entrega de um veículo de passeio para servir à Ouvidoria em Saúde e outro para a Vigilância Sanitária, outros estão em uma programação de manutenção para garantir segurança e funcionamento adequado, alguns foram cedidos a outras secretarias que nos retornou também com a cessão de outro veículo mais adequado à nossa necessidade atual e os demais foram encaminhados para leilão.

TABELA I - FROTA DE VEÍCULOS POR TIPOLOGIA DO VEÍCULO:

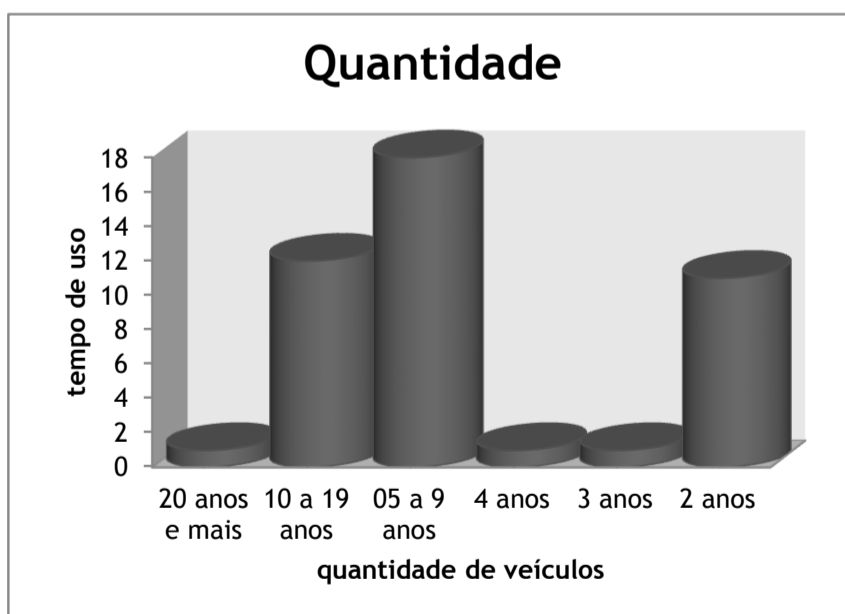
VEÍCULO	ANO	MODELO	ESPECIE	DESTINAÇÃO PROPOSTA
GMG4197	1993	C20 CUSTOM	CAMINHONETE	CESSÃO
GMM5215	1994	KARMAN TRAIELER	CAR/REBOQUE	MANUTENÇÃO
GMM5276	1994	KARMAN TRAIELER	CAR/REBOQUE	MANUTENÇÃO
GMF2941	1998	IVECO	AMBULÂNCIA	DEVOLUÇÃO
GMF2948	1998	IVECO	AMBULÂNCIA	DEVOLUÇÃO
GXG4906	2000	DUCATO	AMBULÂNCIA	MANUTENÇÃO
HMG1025	2001	HONDA CG 125	MOTOCICLETA	MANUTENÇÃO
HMG7052	2006	UNO MILLE	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HMM6348	2001	UNO MILLE	PAS/AUTOMÓVEL	CESSÃO
HMM6347	2001	UNO MILLE SMA	PAS/AUTOMÓVEL	LEILÃO
HMM9849	2002	3510GCASA AM	CAMINHÃO/ AMB	LEILÃO
HMN0833	2003	FIORINO IE	CAMINHONETE/FURGÃO	MANUTENÇÃO
HMN0573	2003	KOMBI LOTAÇÃO	PAS/MICROONIBUS	CESSÃO
HMN0574	2003	KOMBI LOTAÇÃO	PAS/MICROONIBUS	MANUTENÇÃO
HMN1464	2004	KOMBI	MIS/CAMIONETA	LEILÃO
HMN1465	2004	KOMBI	MIS/CAMIONETA	LEILÃO
HMN2584	2004	RENAULTMASTER	AMBULÂNCIA	LEILÃO
HMN2583	2004	RENAULTMASTER	AMBULÂNCIA	LEILÃO
HMN1147	2004	UNO MILLE FIRE	PAS/AUTOMÓVEL	LEILÃO
HMN1148	2004	UNO MILLE FIRE	PAS/AUTOMÓVEL	LEILÃO
DQP1041	2005	KOMBI	MIS/CAMIONETA	LEILÃO
DQP1071	2005	KOMBI	MIS/CAMIONETA	LEILÃO
DQP1051	2005	KOMBI	MIS/CAMINHONETE	MANUTENÇÃO

HMN4160	2005	STRADA FIRE FLE	CAR/CAMINHONETE	LEILÃO
HMN4651	2006	PALIO ELX FLEX	PAS/AUTOMÓVEL	LEILÃO
HMN4652	2006	PALIO ELX FLEX	PAS/AUTOMÓVEL	LEILÃO
HMN7424	2006	RENAULTMASTER	AMBULÂNCIA	MANUTENÇÃO
HMN8243	2007	DAILY13 RONTAN	AMBULÂNCIA	LEILÃO
HMN7034	2007	DOBLO ELX	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HMN9155	2008	FIORINO	AMBULÂNCIA	MANUTENÇÃO
HMN9156	2008	FIORINO	AMBULÂNCIA	LEILÃO
HMN9422	2008	GOL 1.0	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HMX6059	2009	HONDA CG 125	MOTOCICLETA	MANUTENÇÃO
HNH0878	2010	DOBLO	AMBULÂNCIA	MANUTENÇÃO
NXX0451	2011	DOBLO	AMBULÂNCIA	MANUTENÇÃO
HLF6709	2011	DOBLO ESSENCE	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HLF6579	2011	FIORINO FLEX	CARGA	MANUTENÇÃO
HLF7821	2011	FORD RANGER	ESP/CAMINHONETE	MANUTENÇÃO
HLF9152	2011	FORD/FIESTA	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HLF5695	2011	GOL 1.0 GIV	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HLF5699	2011	GOL 1.0 GIV	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HLF5698	2011	GOL 1.0 GIV	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HLF5697	2011	GOL 1.0 GIV	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HLF5696	2011	GOL 1.0 GIV	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
HLF9821	2011	FORD RANGER	CAMINHONETE	MANUTENÇÃO
NXX0445	2011	UNO VIVACE	PAS/AUTOMÓVEL	MANUTENÇÃO
OXE0641	2013	FORD RANGER	CAMINHONETE	NOVO
PUH6312	2014	CITROEN/GENTER	UTILITÁRIO	NOVO
PUH6316	2014	CITROEN/GENTER	UTILITÁRIO	NOVO

Fonte: SESAP

## TABELA II - FROTA POR TEMPO DE USO/ANO DE FABRICAÇÃO DOS VEÍCULOS

<b>ANO</b>	<b>QUANT</b>
1993	1
1994	2
1998	2
2000	1
2001	3
2002	1
2003	3
2004	6
2005	4
2006	3
2007	2
2008	3
2009	1
2010	1
2011	11
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>



## GASTO EM 2013 - POR TIPO DE SERVIÇO PRESTADO:

(DE JANEIRO A JULHO DE 2013)

### GASTOS COM SERVIÇOS DE TRANSPORTE TERCEIRIZADOS POR PROGRAMA/AÇÃO

TIPO DO SERVIÇO PRESTADO	VALOR PRODUZIDO ATÉ SETEMBRO DE 2013	MÉDIA 2013	ESTIMATIVA ANUAL 2013
SAUDE DA FAMÍLIA	R\$ 136.539,42	R\$ 15.171,05	R\$ 182.052,56
TFD	R\$ 125.987,69	R\$ 13.998,63	R\$ 167.983,59
HEMODIÁLISE	R\$ 67.951,00	R\$ 7.550,11	R\$ 90.601,33
CAPS	R\$ 42.787,69	R\$ 4.754,19	R\$ 57.050,25
TERCEIRIZADO - TFD	R\$ 90.930,11	R\$ 10.103,35	R\$ 121.240,15
PSF - CORREA DE ALMEIDA	R\$ 34.734,65	R\$ 3.859,41	R\$ 46.312,87
MOTO BOY	R\$ 23.894,12	R\$ 2.654,90	R\$ 31.858,83
FISIOTERAPIA	R\$ 49.680,15	R\$ 5.520,02	R\$ 66.240,20
PSF - ADMINISTRATIVO	R\$ 32.442,53	R\$ 3.604,73	R\$ 43.256,71
<b>Total</b>	<b>R\$ 604.947,36</b>	<b>R\$ 67.216,37</b>	<b>R\$ 806.596,48</b>

Fonte: TABNET/SIOPS

De acordo com o planejamento já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde o processo de organização baseou-se em quatro pontos fundamentais: o diagnóstico do serviço de transporte no município de Barbacena realizado em 2013, os gastos com transporte nos anos de 2012 e 2013, condições atuais dos veículos e a necessidade do serviço.

As metas a serem alcançadas com a reestruturação deste serviço são:

- Implantação de um sistema de transporte eficiente e de qualidade percebida pela população usuária do SUS e por toda a equipe da SESAP que dele necessitar.
- Estruturação de uma Central de Gestão do Transporte, visando garantir o controle do fluxo de veículos e dos insumos necessários ao funcionamento deste serviço, prestação de informações sobre o transporte, alimentação do sistema informatizado e manutenção da frota.

Para garantir o cumprimento das metas e alcançar os objetivos propostos, é necessária a aquisição de novos veículos, mudança no fluxo dos trabalhos realizados no setor para melhorar a gestão e implantação de sistema de monitoramento de frota.

# COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS

---

## ASPECTOS GERAIS:

---

A coordenadoria de gestão de contratos, instituída pela Lei Delegada Municipal nº 77, de 15 de fevereiro de 2014, foi criada visando o acompanhamento de todo contrato firmado com a Secretaria Municipal de Saúde Pública - SESAP.

A importância do contrato administrativo se verifica por ser um instrumento fundamental para o exercício da democracia, havendo a necessidade de acordo consensual entre o Estado e o particular, prevendo inclusive a justa retribuição a este, quando da utilização da propriedade em razão de necessidade e interesse público. E ainda, o contrato administrativo traz benefícios para toda a sociedade, de forma direta e indireta, em razão de sua função social, ao injetar recursos financeiros na economia, através da realização de obras, serviços e aquisição de materiais.

Assim, o contrato administrativo é o vínculo entre o estado e o particular, no qual se estabelecem objetivos e metas a serem cumpridos, critérios a serem adotados, obrigações para ambas as partes para fiel cumprimento do avençado e remuneração, de acordo com o estabelecido na legislação.

Na esfera Assistencial, o município de Barbacena como detentor de gestão plena, firmou mais de 28 contratos administrativos com nosocômios, laboratórios, clínicas, dentre outros, e ainda, foram pactuados dois Protocolos de Cooperação Entre Entes Públicos, com o Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo/FHEMIG e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/FHEMIG, para prestação de serviços gratuitos aos usuários do Sistema Único de Saúde.

No âmbito administrativo a SESAP detém mais de 75 contratos, que cobrem todas as áreas abrangentes, como atenção básica, VISA, VIEP, farmácia, transportes, CEMED/CAP, saúde mental e etc, que movimentam a máquina pública.

A realização de licitação para chamada pública para cadastramento de novos prestadores, para que sejam firmados novos contratos públicos com base nas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para complementação e ampliação da rede e superação dos vazios assistenciais existentes, garantindo à população uma maior cobertura pelo SUS.

## CONTROLE INTERNO

---

A gestão conta com um controlador que exerce o controle interno, conforme preconiza a Lei.

## ASSESSORIA JURÍDICA

---

Conta com uma assessoria jurídica ligada diretamente ao Gabinete do Gestor e se integra a Controladoria Geral do Município.

## CENÁRIO

---

POTENCIALIDADES	DESAFIOS
A importância do setor saúde para a atual gestão Municipal	Aprimorar os processos internos para gestão de materiais e estoques.
O orçamento da saúde corresponde a 48% do orçamento global da PMB	Garantir a maior aplicação de recursos da Fonte 102 na atenção básica.

O perfil do gestor do SUS	O baixo perfil de investimentos na última década na saúde
A articulação e capacidade política e técnica da gestão	A dificuldade de romper com o paradigma da gestão
A organização e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	Informatização insuficiente
A realização da 8a. CMS que norteou as ações que devem ser priorizadas	Ausência de monitoramento de resultados
A participação do legislativo para melhoria dos resultados	Transporte sanitário inadequado
A extinção da autarquia DEMASP	Fragmentação do sistema.
O perfil dos RH	Os indicadores de morbimortalidade.

Fonte: SESAP

De forma geral a gestão não mede esforços para aprimorar sua estrutura, redefinir seus processos e como consequência melhorará os seus resultados.

## ATENÇÃO BÁSICA

A rede de Atenção Básica é composta por 03 unidades de apoio, 15 unidades básicas tipo I, 03 unidades básicas tipo II e 02 unidades tipo III. O município está dividido em nove distritos sanitários e conta hoje com 27 ESF (equipes saúde da família), 11 ESB (Equipes de Saúde Bucal) e 03 NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Além das equipes de Atenção Básica, perfazendo uma cobertura em torno de 84,61% e de ESF em torno de 60,9% sobre a população geral, conta com 27 residências terapêuticas onde residem 265 pacientes egressos da rede hospitalar crônica de psiquiatria, 95% com idade acima de 60 anos. A gestão pretende, no final de 2014, ampliar mais 03 ESF, somando o total de 30 ESF e cobertura para 67,6%. A atenção primária será o bloco de gestão mais prioritário no processo de organização do sistema, pois deverá assumir de forma concreta a coordenação do cuidado, trabalhando com área adscrita, promovendo vínculos e garantindo um acesso de qualidade para toda a população.

Nos últimos anos o perfil de investimentos foi muito aquém do necessário e isto fez com que a rede assistencial própria, ou seja, as 23 unidades básicas ficassem sucateadas.

Quando estratificamos exclusivamente as internações por condições sensíveis a atenção primária, obtemos o seguinte perfil:

Tabela - Internações em 2013 por condições sensíveis a atenção primária:

Diag CID10 (categ)	Total
I20 Angina pectoris	637
I50 Insuf cardiaca	453
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag	300

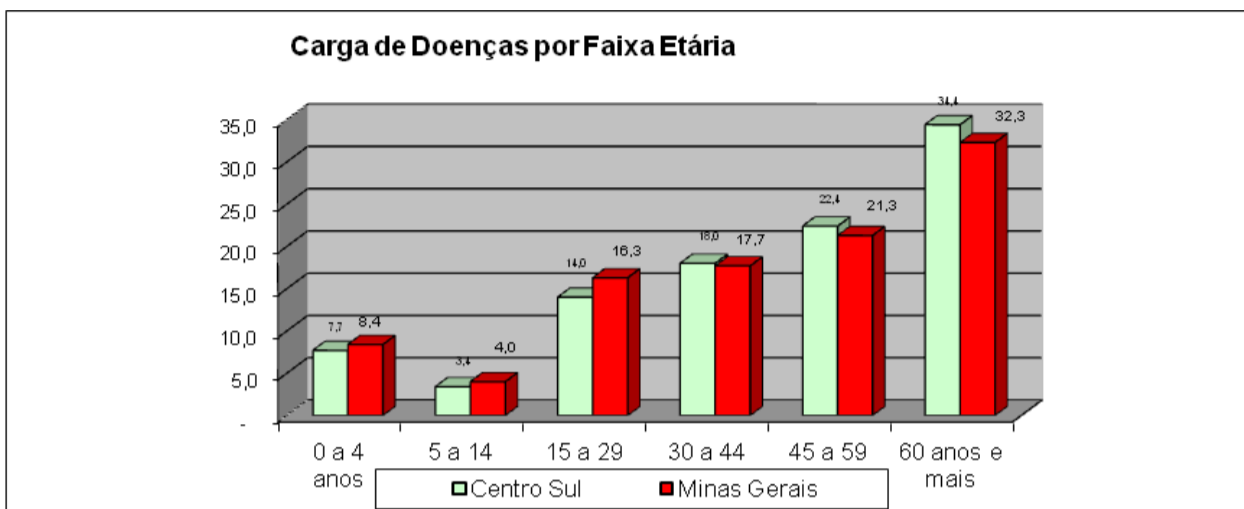
isquemico	
J15 Pneumonia bacter NCOP	225
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	192
N39 Outr transt do trato urinario	106
N10 Nefrite tubulo-intersticial aguda	62
E14 Diabetes mellitus NE	59
G45 Acid vasc cerebr isquemicos trans sindr corr	43
I10 Hipertensao essencial	39
G40 Epilepsia	27
J21 Bronquiolite aguda	27
A46 Erisipela	25
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	25
J81 Edema pulmonar NE de outr form	25
E46 Desnutric proteico-calorica NE	24
E86 Deplecao de volume	24
K92 Outr doenc do aparelho digestivo	19
L08 Outr infecc localiz pele e tec subcutaneo	19
J45 Asma	13
N11 Nefrite tubulo-intersticial cronica	12
A08 Infecc intestinais virais outr e as NE	11
I63 Infarto cerebral	11
L03 Celulite	11
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	10
I67 Outr doenc cerebrovasculares	9
E13 Outr tipos espec de diabetes mellitus	7
E43 Desnutric proteico-calorica grave NE	5
K25 Ulcera gastrica	5
A04 Outr infecc intestinais bacter	4
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	4
J06 Infecc agudas vias aereas super loc mult NE	4
O23 Infecc do trato geniturinario na gravidez	4
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e	3

histolog	
A52 Sifilis tard	3
D50 Anemia p/defic de ferro	3
G46 Sindr vasc cerebr q ocorr doenc cerebrovasc	3
J13 Pneumonia dev Streptococcus pneumoniae	3
A07 Outr doenc intestinais p/protozoários	2
B16 Hepatite aguda B	2
E12 Diabetes mellitus relac c/a desnutr	2
I11 Doenc cardiaca hipertensiva	2
J43 Enfisema	2
J46 Estado de mal asmático	2
N12 Nefrite tubulo-intersticial NE aguda cronica	2
N70 Salpingite e ooforite	2
N73 Outr doenc inflam pelvicas femin	2
N75 Doenc da gland de Bartholin	2
A02 Outr infecc p/Salmonella	1
A18 Tuberc de outr órgãos	1
A50 Sifilis congen	1
A51 Sifilis precoce	1
E44 Desnutric proteico-calorica grau moder leve	1
E56 Outr defic vitaminicas	1
I65 Oclus/esten art pre-cereb q n res inf cereb	1
I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	1
J03 Amigdalite aguda	1
J14 Pneumonia dev Haemophilus influenzae	1
J18 Pneumonia p/microorg NE	1
J40 Bronquite NE como aguda ou crônica	1
K26 Ulcera duodenal	1
L04 Linfadenite aguda	1
N34 Uretrite e sindr uretral	1
Total	2491

Fonte: TABNET/DATASUS

A carga de doenças por faixa etária na região de Barbacena é a seguinte:

Gráfico 1 - Carga de Doenças em Minas Gerais e na Região Ampliada Centro Sul:



De acordo com o SIAB a cobertura atual de ESF está em torno de 60,9%, com 23.559 famílias cadastradas, 81.932 pessoas e destas 12.520 possuem 60 anos e mais, 12.927 hipertensos e 2.840 diabéticos. De acordo com a projeção do IBGE a população acima de 60 anos perfaz o total de 16.031, o que corresponde a 12,70% sobre a população geral. A coberta por plano de saúde cadastrados no SIAB é de 10,29%, e o total geral da população com plano de saúde é de 18%.

Quando analisamos os indicadores de mortalidade, segundo DATASUS obetmos o seguinte quadro:

Tabela com óbitos corridos em 2011 por faixa etária e local de Ocorrência (Barbacena - MG)

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	1	-	1	-	6	9	38	71	104	127	138	497
X. Doenças do aparelho respiratório	2	-	-	-	1	-	5	10	17	31	50	77	193
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	1	2	3	4	20	29	47	37	25	168
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	-	-	2	5	18	12	15	22	20	15	28	140
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	2	3	8	11	21	18	31	94
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	1	6	11	21	11	16	7	73
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	-	1	-	-	-	5	7	11	8	8	20	61
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	-	-	-	-	2	2	5	6	9	9	9	45
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	13	13	32
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	2	2	7	8	3	3	4	29
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	1	1	-	5	3	5	14	29
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2	6	4	14
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	4	11
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	11
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	4	1	9
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>125</b>	<b>203</b>	<b>267</b>	<b>314</b>	<b>375</b>	<b>1466</b>

Fonte: TABNET/DATASUS

O atual cenário aponta um desafio a ser enfrentado na atual gestão. Pois além da necessidade de investimentos nas Unidades Básicas de Saúde, há um sistema fragmentado na Rede de Assistência à Saúde, onde não existe um cuidado integralizado entre todos os níveis de atenção e a ausência de referência e contra-referência dificulta um cuidado continuado que seja resolutivo e de qualidade na Atenção Primária. A falta de compromisso e responsabilidade de alguns profissionais da assistência comprometem o bom desenvolvimento da equipe, e o efetivo cuidado para com a população.

---

## DESENHO PROPOSTO

---

### REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

---

#### **Reestruturar a rede com:**

- ✓ 07 Unidades Básicas de Saúde Fortalecidas com 19 ESF; 50% (parâmetro por ESF foi de 3.500 hab)
- ✓ 01 unidade Mista no Distrito de Correia de Almeida com 01 ESF – 2,63%
- ✓ 04 Unidades básicas rurais com 01 ESF cada (Pinheiro Grosso, Sra. das Dores, Torres, Padre Brito) com cobertura de 10,50%
- ✓ 06 Unidade Básicas urbanas com 01 ESF cada (Guido Roman, João Paulo II, 09 de Março, Santo Antônio, São Pedro, Monte Mário) -15,79%
- ✓ 01 Unidade Básica Central para atender a população não coberta pela ESF de Barbacena – 21,08% ( 28.032 habitantes)
- ✓ A cobertura da ESF é de 78,92%
- ✓ A cobertura da AB é de 100%

Unidade Básica de Saúde Fortalecida: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população adscrita, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, oferecendo assistência odontológica e farmacêutica e com o apoio das equipes do NASF (Educador Físico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e fonoaudiólogo). A assistência deve ser permanente e prestada por médico da estratégia saúde da família com suporte nas especialidades básicas (ginecologia, obstetrícia, pediatria, geriatria e psiquiatria). Estas unidades tem capacidade de cobrir uma população de 66.500 habitantes o que corresponde a 50% da população geral, cuja abrangência é eminentemente urbana. Estas UBS são classificadas como UBS Porte II ou III: que nos termos do padrão são as UBS destinadas e aptas a abrigar de duas a três Equipes de Estratégia de Saúde da Família, com número de profissionais compatível de

acordo com cada equipe. Contará com a coleta local de exames laboratoriais diariamente e terá retaguarda garantida para realização dos exames de radiodiagnóstico na rede municipal, além disto, contará com serviço de telemedicina. Em cada UBS desta rede assistencial contará com um médico do programa Mais Médicos Para o Brasil, sendo necessário no mínimo 7 médicos. Os demais médicos da ESF terão preferência nos plantões noturnos e nos finais de semana junto a UPA com remuneração adicional destes plantões e serão também responsáveis pelo plantão horizontal na UPA, com a realização da evolução diária quando houver pacientes da respectiva área de atuação, e executarão esta atividade nas oito horas previstas pela portaria 2488/2011. A escala de plantão noturno e nos finais de semana será estruturada com esta disponibilidade operacional, (médicos da ESF e médicos do programa mais médico para o Brasil de origem brasileira, já que o de origem estrangeira estão impedidos de participar, desde que aprovados na prova do revalida) promovendo a articulação entre atenção primária e UPA.

1. 30 médicos da rede da ESF, sendo no mínimo 09 do Programa Mais Médico Para o Brasil;
2. 14 x 08 horas (40-32) = 112 horas para dedicação da evolução horizontal dos pacientes sob observação na UPA, onde respectivamente se dedicará a sua área de abrangência, totalizando uma dedicação de 16 horas por área e os profissionais que participarem desta escala receberão um adicional de R\$ 1.000,00 como incentivo mensal.

---

#### 01 UNIDADE MISTA EM CORREIA DE ALMEIDA - 01 ESF

---

Unidade Mista: Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde para uma população adscrita, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, deve oferecer assistência odontológica e farmacêutica e com o apoio do NASF Rural de forma sistêmica, funcionará no mínimo com 12 horas de atendimento diário de segunda a sexta. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista com suporte do enfermeiro. Contará com a coleta local de exames laboratoriais diariamente e terá retaguarda garantida para realização dos exames de radiodiagnóstico na rede municipal. Este distrito abrange 6.565 habitantes entre população urbana e rural.

---

#### 04 UNIDADES RURAIS (SENHORA DAS DORES, PINHEIRO GROSSO, TORRES E PADRE BRITO) - UMA ESF EM CADA

---

Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população adscrita, de forma programada ou não, classificada no CNES como UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar 1 (uma) Equipe de ESF. Contará com a coleta local de exames laboratoriais semanalmente e terá suporte da equipe de NASF Rural.

---

#### 06 UBS TIPO I COM UMA EQUIPE (GUIDO ROMAM, SAO PEDRO - SANTO ANTONIO , 09 DE MARÇO, JOÃO PAULO E MONTE MÁRIO).

---

Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população adscrita, de forma programada ou não, classificada no CNES como UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar 1 (uma) Equipe de ESF. Contará com a coleta local de exames laboratoriais semanalmente e terá suporte da equipe de NASF.

## NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

---

**O NASF** é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família (SF). Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Está comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O NASF Barbacena será composto por 06 equipes distribuídas de forma a dar apoio a todas as equipes de SF do município e serão distribuídas com 05 NASF Urbanos e 01 NASF Rural. Todas as equipes serão compostas por PSICOLOGO, NUTRICIONISTA, EDUCADOR FÍSICO, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, ASSISTENTE SOCIAL, que cobrirão todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

## PROGRAMA MELHOR EMCASA

---

O Município conta com uma equipe do EMAD (equipe multidisciplinar de atenção domiciliar) composta por um médico 40 horas, um enfermeiro 40 horas, um fisioterapeuta 30 horas e 04 auxiliares de enfermagem 40 horas cada e outra do EMAP (equipe multidisciplinar de apoio) composta por nutricionista 30 horas, fonoaudiólogo com 30 horas, assistente social 30 horas e psicóloga 30 horas que realizam internações domiciliares. A equipe vem com a missão de internar os pacientes de baixa e média complexidade, no domicílio, com a segurança de um hospital no conforto do lar, por possuir uma equipe multidisciplinar, oferecendo assim uma nova modalidade de cuidados para acompanhamento integral do paciente (medicação venosa, curativos, checagem de sinais vitais, visita diária, entre outros) e reduzindo o número de internações hospitalares desnecessárias, sobrando vaga para os pacientes graves nos hospitais. Até o momento, foram entrevistados, internados e reinternados 91 pacientes e atualmente o programa está com 14 internados.

## CONSULTÓRIO NA RUA

---

O Consultório na Rua, é uma equipe composta por 3 profissionais de nível superior e 03 profissionais de nível médio, e esta equipe será o apoio que compõe e complementa a Estratégia de saúde da família, para populações em situação de morador de rua. Tem como objetivo ampliar o acesso, e promover a integração da população de rua à rede de atenção. Com equipe composta por profissionais de saúde com capacidade e responsabilidade exclusiva de articular, promover e prestar atenção às pessoas em situação especial de morador de rua. Habilitado recentemente, possui 11 pacientes cadastrados no programa. Parte desses usuários se recusa a qualquer tipo de identificação.

## ÓRTESE E PRÓTESE

---

Atualmente contamos com 01 Centro de Órtese e Prótese que atende a microrregião de Barbacena. Atua em 05 áreas específicas, sendo:

**REABILITAÇÃO FÍSICA:** atendimento com consultas ortopédicas, fisioterapia, nutrição, psicologia, assistência social e concessão de órteses e próteses. É cadastrada uma média de quinze novos pacientes/mês. Atualmente possui 1060 pacientes cadastrados no programa.

**SAÚDE AUDITIVA:** atendimento com consultas com otorrinolaringologista, realização de audiometria e concessão do aparelho e cirurgias de implante coclear, fonoterapia nos pacientes protetizados e atendimentos especializados como assistência social, nutrição, psicologia e exames auditivos se necessários. Atualmente possui 1070 pacientes cadastrados no programa.

**SAÚDE VISUAL:** cadastrado no setor para concessão de prótese ocular e bengala antenadas. Atualmente possui 45 pacientes cadastrados no programa.

**OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR:** atendimento com fornecimento de oxigênio às pessoas portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Atualmente possui 45 pacientes cadastrados no programa.

**SASPO I (Serviço de Atenção à Pessoa Portadora de Ostomia)** consultas médicas, de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, fornecimento de dispositivo coletor de colostomia e/ou urostomia e outros dispositivos necessários ao paciente. Atualmente possuímos 74 pacientes cadastrados no programa.

## ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO INTEGRAL AO USUÁRIO

---

- ✓ O atual cenário aponta um desafio a ser enfrentado na atual gestão. Pois além da Necessidade de investimentos nas Unidades Básicas de Saúde, há um sistema fragmentado na Rede de Assistência à Saúde, onde não existe um cuidado integralizado entre todos os níveis de atenção e a ausência de referência e contra-referência dificulta um cuidado continuado que seja resolutivo e de qualidade na Atenção Primária. A falta de compromisso e responsabilidade de alguns profissionais da assistência comprometem o bom desenvolvimento da equipe, e o efetivo cuidado para com a população.

- ✓ Precariedade de vínculo - Ausência de um Plano de Cargos, carreira e salários, inserção por meio de processo seletivo simplificado, ao invés de concurso público.
- ✓ Sistemas de Informação INEFICIENTE.
- ✓ Dificuldade de operacionalizar as ações devido à falta de logística de fornecimento regular de material de consumo, ausência de manutenção preventiva e curativa regular, a morosidade no processo licitatório.
- ✓ Insuficiência de normas e rotinas para organização dos processos de trabalho dentro da rede de assistência a saúde.
- ✓ Comunicação intersetorial ineficiente com a Atenção Primária, levando a prejuízos assistenciais e falha na informação efetiva ao usuário.
- ✓ Demanda reprimida nas UBS para consultas especializadas com espera de 05 anos, e ausência de um protocolo de encaminhamentos.

- ✓ A ESF não é coordenadora do cuidado e ainda não assumiu o nível de vinculação com a comunidade preconizada pelas diretrizes do SUS, pois não trabalham com população adscrita, devido a todas portas de entrada da Atenção Primária serem Estratégia de Saúde da Família, não havendo unidades de referência da Atenção Primária para atender a população não coberta por ESF.
- ✓ Dificuldades junto ao setor de transporte na garantia dos recursos para sustentação das ações de forma regular.
- ✓ Ineficiência da Política de Educação Permanente que seja transformadora de práticas;

## ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

### Objetivos Estratégicos

1. Mudar o atual desenho assistencial - instituir uma unidade fortalecida em cada distrito sanitário e na zona rural.
2. Concluir todos os projetos cadastrados no Requalifica UBS e junto ao Governo do Estado de Minas Gerais e equipar todas as unidades assistenciais da Atenção Primária.
3. Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família. (considerando o parâmetro de 3.000)
4. Implantar mais 03 equipes NASF para atuarem na atenção básica buscando a integralidade da atenção.
5. Adquirir veículos para Garantir o transporte das equipes da Atenção Primária nas ações extramuros, visitas domiciliares e garantir o atendimento integral a população.
6. Aquisição em tempo hábil de equipamentos e insumos (médico/hospitalar, limpeza, gráfico, escritório, uniformes).
7. Manutenção preventiva e corretiva das UBS garantindo a efetivação das ações.
8. Reformar o odontomóvel e colocá-lo em funcionamento para odontologia para atendimento das áreas sem cobertura da ESB.
9. Informatizar todas UBS visando além de um sistema de informação em tempo real e com dados fidedignos, a implantação do prontuário único e integrado na Rede de Assistência à Saúde.
10. Elaborar as rotinas de trabalho de forma exequível e padronizada.
11. Adotar os Protocolos e linhas guias por meio de educação permanente adequando-os no que couber a especificidade loco regional.
12. Articular com a Administração a organização do fundo municipal para otimização dos recursos do bloco da atenção básica.
13. Sistematizar o monitoramento dos indicadores da Atenção Primária com a lógica de monitoramento e intervenção em tempo hábil.
14. Valorização e gratificação dos profissionais da Atenção Primária, conforme resultados alcançados na avaliação externa do PMAQ.
15. Analisar e monitorar as DANts, junto a Vigilância em Saúde.
16. Sensibilizar/educar a população quanto à importância do autocuidado.
17. Reduzir as internações sensíveis à condição primária.
18. Aprimorar o atendimento as gestantes, qualificar os profissionais para a realização do pré-natal de risco habitual e risco médio, reduzindo o índice de mortalidade materno infantil.
19. Manter o Programa Mais médicos como estratégia fundamental do fortalecimento da AB.

## É PRINCÍPIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A UNIVERSALIDADE, ACESSIBILIDADE, VÍNCULO, CONTINUIDADE DO CUIDADO, A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, A RESPONSABILIZAÇÃO, HUMANIZAÇÃO, EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

---

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral a todos os ciclos de vida conforme mostraremos abaixo:

---

### ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA CRIANÇA

---

A Atenção Integral a Saúde da Criança desenvolve suas ações a partir de uma visão integral de promoção à saúde e prevenção de agravos, incentivo ao Aleitamento Materno e Redução da mortalidade infantil.

- Implantar a linha guia de cuidado a saúde da criança.
- Atenção a saúde do Recém-nascido, garantido o primeiro atendimento pela UBS até 10 dias após a alta hospitalar.
- Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, sendo o início da abordagem durante o pré-natal.
- Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz.
- Vigilância da mortalidade infantil e fetal como estratégia para a redução da mortalidade por óbitos evitáveis pelos serviços de saúde, e implementação do comitê de investigação de óbitos.
- Realização da puericultura com incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pela equipe multidisciplinar da Atenção Primária ESF/NASF/ESB.
- Imunização.

---

### ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO ADOLESCENTE

---

As Unidades Básicas de Saúde, considerando as peculiaridades e vulnerabilidades da faixa etária da adolescência, e ciente da sua responsabilidade quanto à saúde desses jovens, tem como obrigação promover a atenção integral à saúde de adolescentes de 10 a 19 anos de idade, visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a redução da morbimortalidade nesse grupo etário, ampliar o acesso e buscar parcerias como conselhos, escolas, associações, entre outros para aumentar a adesão dos adolescentes aos serviços de saúde, além de garantir assistência de qualidade na rede municipal, visando atender às especificidades dessa faixa etária, com a atenção especialmente voltada aos aspectos preventivos.

Atenção à Saúde do Adolescente:

- Garantia de consulta por equipe multidisciplinar
- Grupos operativos para atender o grupo específico de adolescentes

- Ética no atendimento do adolescente
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico
- Acompanhamento do desenvolvimento psicológico
- Acompanhamento do desenvolvimento da sexualidade
- Prevenção de DST e gravidez na adolescência.
- Prevenção do uso de álcool e outras drogas.
- Atenção à saúde do adolescente com necessidades especiais.
- Imunização

---

### ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA MULHER

---

As Unidades Básicas de Saúde tem o dever de realizar a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência, recuperação da saúde e o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo.. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

---

### ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:

---

- Garantir acesso da população feminina às ações e aos serviços de saúde focados na prevenção (citopatológico, mamografia, pré-natal, puerpério, menarca, menopausa, saúde reprodutiva, violência/maus tratos, entre outros).
- Estruturar e organizar a rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da população feminina pelos profissionais de saúde da rede integrada.
- Captar precocemente e realizar a busca ativa das usuárias com necessidades assistenciais.
- Disponibilizar recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com protocolos clínicos e fluxogramas implantados no município (mamografias, ultrassom, entre outros).
- Capacitar através de uma educação permanente os profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde da mulher para acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade.
- Disponibilizar insumos, equipamentos e materiais para ações em saúde em tempo hábil e em quantidade suficiente.
- Disponibilizar informações e orientação sobre saúde da mulher (através de grupos operativos ou atendimentos individualizados).

---

### ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO HOMEM

---

A cada três mortes de pessoas adultas no Brasil, duas são de homens. No Brasil os homens vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes,

colesterol e pressão arteriais mais elevadas. Desde 1992, o Dia do Homem é comemorado nos meses de Julho e Novembro. Os objetivos principais do Dia Internacional do Homem é melhorar a saúde dos homens (especialmente dos mais jovens), melhorar a relação entre gêneros, promover a igualdade entre gêneros e destacar papéis positivos de homens. É uma ocasião em que homens se reúnem para combater o sexismo e, ao mesmo tempo, celebrar suas conquistas e contribuições na comunidade, nas famílias e no casamento, e na criação dos filhos.

O Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Saúde do Homem em novembro de 2008, com apoio da OPAS, com o objetivo é facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. A iniciativa é uma resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública. A política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles.

#### ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM:

- Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem nas Unidades Básicas de Saúde.
- Garantir acesso da população masculina às ações e aos serviços de saúde focados na prevenção (câncer de próstata, agravos do trabalho, tabagismo, alcoolismo, doenças cardiovasculares, entre outras)
- Promover a saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde.
- Através de grupos operativos levar informações e comunicação adequada para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação;
- Participação, relações institucionais e controle social, que busca associar as ações governamentais com a sociedade civil organizada, a fim de potencializar ações voltadas para essa população;
- Implantar protocolo assistencial da saúde do homem, com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde;
- Capacitar através de uma educação permanente os profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde do homem para acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas ao usuário e à comunidade.
- Avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção de insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina;
- Sistemas de Informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população;

---

## ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO IDOSO

---

Garantir a Atenção Integral a saúde da população Idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no município. Promover o envelhecimento ativo e saudável incentivando a prevenção da capacidade funcional da pessoa idosa através da prevenção da independência física e psíquica, bem como garantir o acesso a cuidados continuados, reabilitação funcional, controle de patologias já instaladas e prevenção de agravos em decorrência das mesmas.

### ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:

- Promover o envelhecimento ativo e saudável.
- Garantir atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa através da equipe multidisciplinar da Atenção Primária.
- Estimular às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- Disponibilizar recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- Estimular à participação e fortalecimento do controle social.
- Capacitar através da educação permanente os profissionais de saúde da Atenção Primária para o cuidado ao idoso.
- Divulgar e informar através de grupos operativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade.
- Realizar trocas de experiências exitosas no cuidado a saúde do idoso entre as UBS.

---

## BLOCO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

---

### SITUAÇÃO ATUAL

---

O município de Barbacena detém a gestão da rede de serviços, está habilitado sob a forma de GESTÃO PLENA DE SISTEMA, conforme Portaria GM nº 3061 de 26 de junho de 1998, Firmou o Pacto pela Saúde por meio do Termo de Compromisso de Gestão onde reafirmou a capacidade de gestão da sua rede, entre outras responsabilidades, e não assinou o COAP, devendo no ano de 2013, por meio da articulação da política estadual fazê-lo.

Barbacena está inserida no PDR – Plano Diretor de Regionalização, pela Secretaria de Estado de Minas Gerais como município PÓLO DA REGIÃO AMPLIADA CENTRO SUL do Estado onde concentra uma população de 780.000 habitantes, 51 municípios e município POLO REGIONAL onde é referência para 15 municípios do seu entorno e uma população de 235.000 habitantes.

Possui uma rede hospitalar composta por 04 hospitais gerais credenciados pelo SUS, com 747 leitos, leitos de UTI, sendo um hospital geral da rede FHEMIG com abrangência regional, 03 hospitais psiquiátricos, com um total de 477 leitos SUS. Barbacena é referência para região ampliada e região de saúde em procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial em Hemodinâmica (cateterismo cardíaco), Medicina Nuclear (Cintilografia), UNACON (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com quimioterapia, cirurgias oncológicas e tratamento clínico), Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise), Tomografia

Computadorizada, Psiquiatria (pacientes crônicos e agudos), Cirurgia Neurológica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular, Hemodinâmica Intervencionista (angioplastia).

É uma das redes de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais, na qual a abrangência do SAMU é a região ampliada (50 municípios), com os pontos de atenção bem delimitados, uma rede de unidades móveis com 05 (USA), 19 (USB), um complexo regulador de urgência, geridos por um consórcio público/público que regula todas as demandas de urgência e emergência pré-hospitalar. Além disso, conta também com a central do SUSFACIL (complexo regulador de leitos) que atua de forma eficiente na regulação do acesso.

Em relação à morbidade hospitalar, das principais causas de internações no SUS, ocorreram 1366 internações por condições sensíveis a atenção primária o que corresponde a 16,02%, sendo que as oito principais causas de tratamento foram: insuficiência cardíaca (251), tratamento da síndrome coronariana aguda (249), tratamento de AVC (167), Tratamento de pneumonias (115), tratamento de pielonefrites (95), Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores (80), tratamento do diabetes mellitus (52), Tratamento de outras doenças do aparelho urinário ( 51), essas internações são consideradas, internacionalmente, como condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Barbacena ainda não alcançou a plenitude de sua rede, demandando ainda serviços para outros polos, principalmente Belo Horizonte e Juiz de Fora.

De acordo com a Programação pactuada Integrada, o perfil de programação físico é o seguinte:

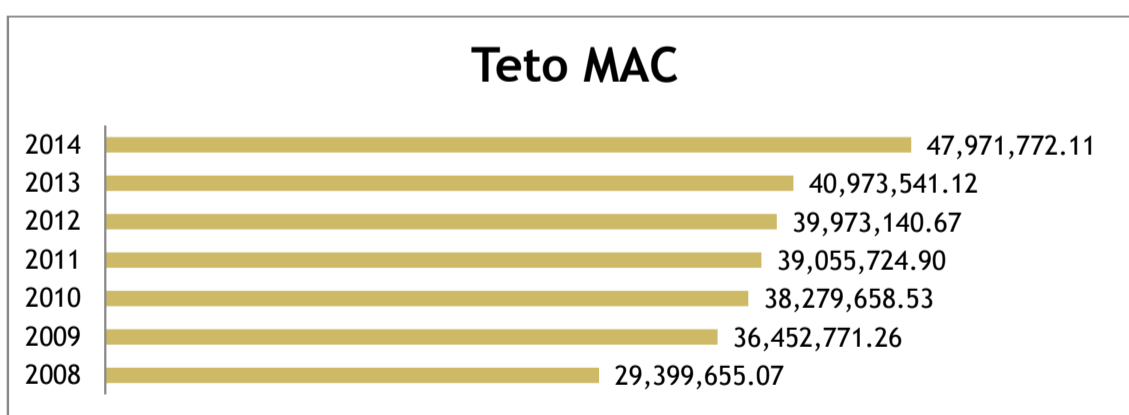
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>1 Ações de promoção e prevenção em saúde</b>	307	314	314	293	293	293	224
<b>2 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	293.848	300.436	328.476	330.673	332.773	329.115	307.914
<b>3 Procedimentos clínicos</b>	193.820	198.327	305.097	303.101	293.216	298.556	220.305
<b>4 Procedimentos cirúrgicos</b>	4.810	5.611	5.750	5.737	5.511	5.623	5.591
<b>7 Órteses, próteses e materiais especiais</b>	134	139	322	317	317	317	294
<b>8 Ações complementares da atenção à saúde</b>	-	-	44	44	44	37	37
<b>9 Outras Programações</b>	29.106	29.557	27.345	27.392	27.471	23.224	23.294
<b>SADT</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>522.025</b>	<b>534.384</b>	<b>667.348</b>	<b>667.557</b>	<b>659.625</b>	<b>657.165</b>	<b>557.659</b>

Fonte: TABNET/SIOPS

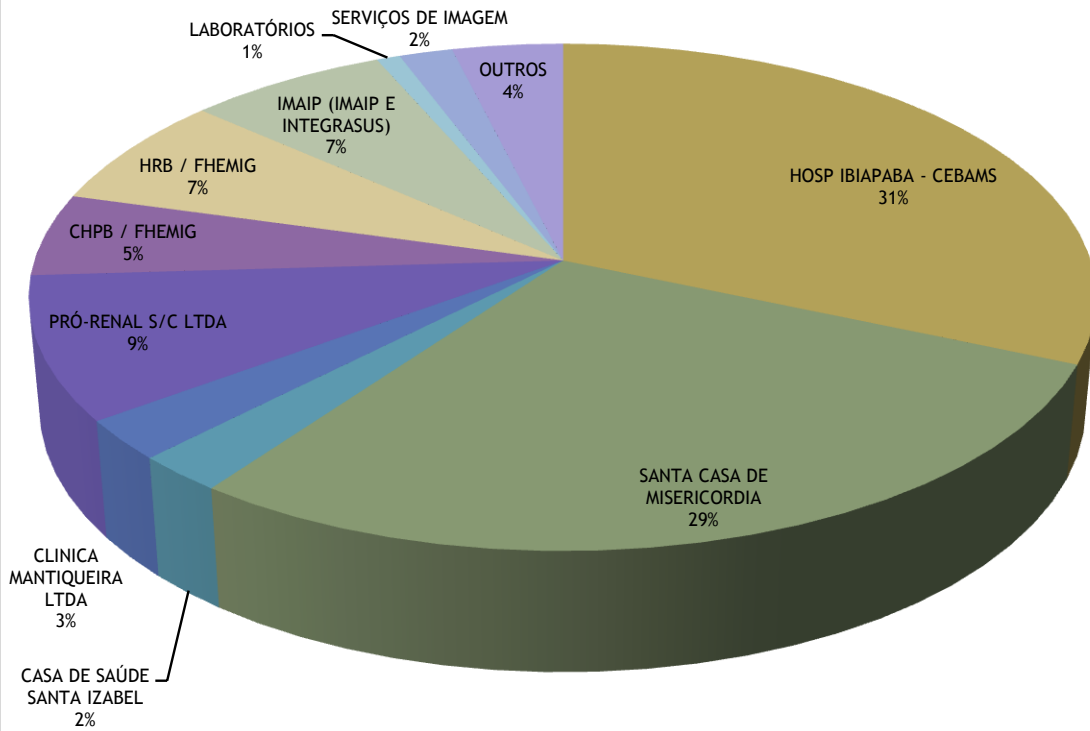
VALORES FINANCEIROS PROGRAMADOS NO TETO MAC:

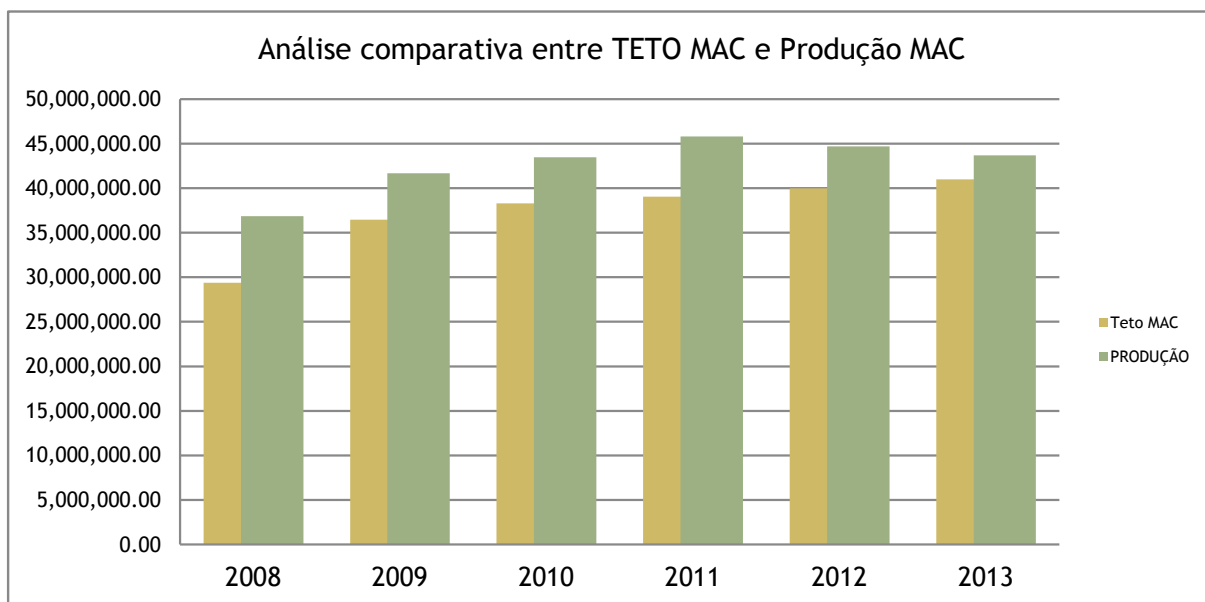
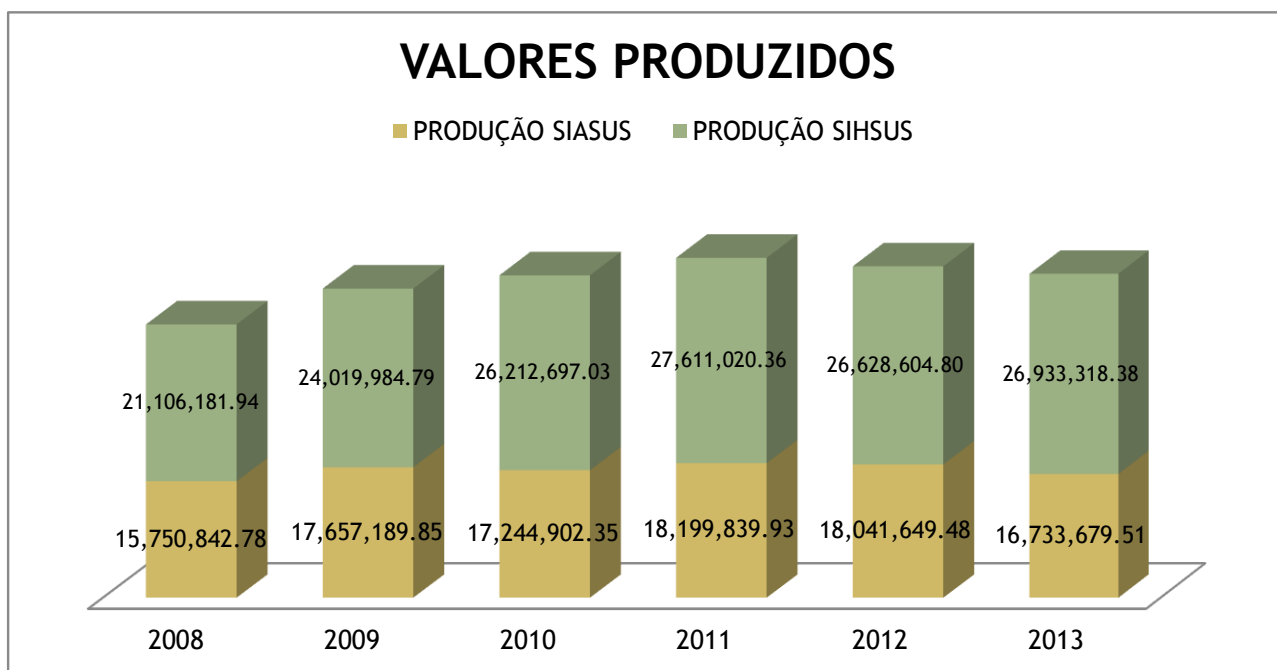
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>1 Ações de promoção e prevenção em saúde</b>	694,09	710,92	710,92	656,29	656,29	656,29	604,8
<b>2 Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>	1.733.701,64	1.887.358,65	2.453.899,65	2.463.024,62	2.434.256,20	2.439.526,04	2.335.634,67
<b>3 Procedimentos clínicos</b>	2.699.361,03	2.789.888,64	4.459.137,22	4.447.809,67	4.290.990,96	7.331.035,99	6.197.548,59
<b>4 Procedimentos cirúrgicos</b>	106.699,38	2.167.355,96	2.997.161,34	2.997.717,83	3.121.028,11	3.871.000,44	4.009.750,79
<b>7 Órteses, próteses e materiais especiais</b>	2.606,83	2.724,53	48.799,39	48.594,26	48.594,26	53.536,10	81.986,72
<b>8 Ações complementares da atenção à saúde</b>			6.066.339,84	6.066.339,84	6.066.339,84	5.101.240,32	5.101.240,32
<b>9 Outras Programações</b>	24.552.723,5	29.244.817,4	21.878.890,0	22.636.361,2	23.610.158,8	21.745.674,3	29.756.237,46
<b>SADT</b>	303.868,58	359.915,16	374.720,10	395.221,15	401.116,16	430.871,62	488.768,77
<b>TOTAL</b>	<b>29.399.655,0</b>	<b>36.452.771,2</b>	<b>38.279.658,5</b>	<b>39.055.724,9</b>	<b>39.973.140,6</b>	<b>40.973.541,1</b>	<b>47.971.772,11</b>

Fonte: TABNET/SIOPS



### Distribuição do teto por prestador conforme chamada Pública





A Região Centro Sul como um todo vem sendo penalizada por dificuldades internas na estruturação de sua rede e também por dificuldades de articulação junto aos demais níveis de gestão, ficando evidente que nos últimos anos esta região foi uma das menos beneficiadas com recursos de investimentos de outras esferas.

O Gráfico acima apresenta disparidades entre o teto programado e o valor executado por não considerar os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e ainda os demais recursos da esfera estadual e municipal.

A gestão realizou uma chamada pública em 2009 e realizará uma nova chamada pública em julho de 2014.

## REDE ASSISTENCIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

---

### PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

---

1. Rede Hospitalar desarticulada, insuficiente e inadequada e sem um desenho assistencial eficiente.
2. Hospital Público sem porta de entrada e sem o protagonismo necessário
3. Baixa resolubilidade dos HPPS na região comprometendo a retaguarda em Barbacena
4. Ausência do serviço de radioterapia junto ao UNACON
5. Baixa resolubilidade da atenção básica com número excessivo número de encaminhamentos
6. Ausência de referência e contra-referência na rede assistencial
7. Sistema de informação insuficiente
8. Filas de espera por tempo inadequado
9. Existência de vazios assistenciais
10. Baixa integração entre o sistema de regulação de leitos SUSFACIL e o SIMACRA.
11. Contratualização dos serviços da rede complementar inadequado.
12. Corporativismo.
13. Descumprimento das metas programadas para cirurgia eletiva.
14. Ministério Público assumindo funções da gestão.
15. Sistema de Urgência e Emergência desarticulado e sem o financiamento adequado
16. Descumprimento das metas assistenciais por parte dos prestadores junto ao PROHOSP e Rede Estadual de Respostas as Urgências.
17. Inexistência de unidades móveis na rede municipal de transporte.
18. Gastos com judicialização de medicamentos de alto custo muito além da capacidade municipal de financiá-la, comprometendo sobremaneira a utilização dos recursos ordinários que deveriam estar sendo aplicados na atenção básica.
19. Recursos financeiros para a alta complexidade cardiológica aquém da necessidade real existente
20. UPA tipo III inaugurada sem funcionamento
21. Baixa capacidade regulatória por parte da gestão municipal

---

---

---

## DIRETRIZ

---

Garantir uma rede assistencial que seja garantidora de acesso em tempo oportuno com qualidade e racionalização de todos os recursos existentes.

---

## ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

---

### Objetivos Estratégicos

1. Garantir que o Hospital Regional de Barbacena da rede FHEMIG seja a porta de entrada da rede de urgência e emergência atuando de forma integrada a UPA e aos demais pontos de atenção do território da região ampliada.
2. Garantir o financiamento adequado desta rede assistencial com a publicação das Portarias Ministeriais para a rede de urgência e emergência, rede de saúde mental e rede cegonha.
3. Elaborar contratos assistenciais de acordo com as diretrizes federal e estadual e que executar o acompanhamento sistêmico sobre resultados quanti-qualitativos.
4. Aprimorar o sistema municipal de regulação, controle, avaliação e auditoria.
5. Ampliar o quantitativo de leitos existentes em Barbacena, suprimindo a real necessidade local como forma de garantia de acesso em quantidade e qualidade, otimizando os recursos existentes.
6. Implementar os projetos SUPRIR e INTEGRAR.
7. Reduzir consideravelmente os encaminhamentos para outros polos assistenciais
8. Realizar as ações educacionais na lógica da educação permanente.

## SITUAÇÃO DESEJADA

---

Como desafio para potencializar o processo de gestão aponta os seguintes itens:

- Estruturar o componente de regulação, controle, monitoramento e avaliação na seguinte perspectiva:
  - Fazer com que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado e zele pela população adstrita, fazendo cumprir os protocolos assistenciais devidamente pactuados entre regulação e atenção básica;
  - Fazer com que a vigilância sanitária acompanhe a fidedignidade os cadastros junto ao CNES no que concerne a estrutura;
  - Informatizar a rede assistencial como um todo;

- Monitorar os resultados sistematicamente comparando-os as metas programadas;
  - Suprir os vazios assistenciais;
  - Habilitar os serviços nas redes temáticas do Ministério da Saúde;
  - Contratualizar os estabelecimentos hospitalares;
  - Acompanhar a execução dos contratos em parceria com o Conselho Municipal de saúde;
  - Reduzir o tempo de espera das filas de espera;
  - Estabelecer uma rotina de trabalho articulada com o fundo Municipal de Saúde para efficientizar os pagamentos a rede assistencial, reduzindo o tempo existente entre repasse federal e pagamento dos serviços prestados;
  - Potencializar a cooperação firmada entre Ministério da Saúde e o Município de Barbacena
  - Auditar toda a rede assistencial existente no Município de Barbacena;
  - Controlar e avaliar toda produção assistencial como forma de coibir inconformidades no sistema.
- Fortalecer as ações executadas por meio do Prestador Público Municipal - Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci.
  - Garantir uma rede assistencial integral e integrada, onde cada uma parte desta rede desempenhe com responsabilidade o seu papel.

## REDE ASSISTENCIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

---

### CENTRO AMBULATORIAL DR. AGOSTINHO PAOLUCCI - DCAP E LABORATÓRIO MUNICIPAL

---

#### MISSÃO:

---

Prestar assistência em consultas especializadas e exames complementares, de forma integral, humanizada e ética, desenvolver atividades de ensino na lógica da educação permanente em saúde, transformando o espaço num espaço saúde/escola, integrado a rede de atenção primária e terciária, qualificando profissionais, contribuindo para a prática e para a melhoria da qualidade de vida da população.

#### VISÃO:

---

Oferecer um atendimento com qualidade, eficiência e excelência à população Barbacenense e da região de saúde, tendo como base a organização de serviços e ter o reconhecimento como unidade ambulatorial escola, atuando como referência em atendimento especializados e exames laboratoriais.

#### VALORES:

---

**Excelência:** Prestação de serviços com eficiência, resolutividade, economicidade, efetividade e qualidade;

**Humanização:** Humanização no atendimento ao usuário, nos processos e nas relações de trabalho;

**Ética:** Respeito a valores e princípios socialmente validados;

**Valorização do SUS:** Incorporação de princípios e preceitos;

**Profissionalização das atividades:** Incorporação nos processos de trabalho das melhores práticas e a qualificação do pessoal;

**Transparência:** Decisão colegiada e disponibilizada à sociedade em geral;

**Valorização dos recursos regionais disponíveis:** Pessoas, empresas e serviços.

#### EQUIPE VIGENTE:

---

- I. **Direção:** Eunice de Almeida Souza
  - 1. **Coordenação Laboratório Municipal:** Marcela Fonseca Campos Souza
    - **Gerência:** Fernando Martins Ferreira
    - **Gerência Centro de Testagem e Aconselhamento:** Ângelo Dias Feres

**Total de Profissionais lotados no DCAP**

<b>CENTRO AMBULATORIAL DR. AGOSTINHO PAOLUCCI - CAP</b>	
<b>Cargo</b>	<b>Existente</b>
Auxiliar de Escritório	2
Digitador	5
Recepcionista	3
Auxiliar de Enfermagem II	10
Auxiliar de Enfermagem I	1
Auxiliar de Daúde Bucal	1
Auxiliar de Administração II	2
Auxiliar Técnico de Engenharia	1
Técnico de Laboratório	7
Técnico de Enfermagem	1
Técnico de Radiologia	2
Cirurgião Dentista II	1
Cirurgião Dentista I	2
Enfermeiro I	1
Enfermeiro II	1
Farmacêutico	1
Bioquímico	1
Psicólogo II	1
Psicólogo I	1
Engenheiro Químico	1
Médico Cardiologista	2
Médico Oftalmologista	1
Médico Neurologista	2
Médico Pneumologista	2
Médico Psiquiatra	2
Médico Urologista	1
Médico Cirurgia Geral	2
Médico Angiologista	1
Médico Ultrassonografista	2

Médico Tisiologista	1
Médico Angiologista	1
Médico Reumatologista	1
Médico Ginecologista	3
Médico Ortopedista	1
Médico Proctologista	1
Médico Dermatologista	3
Médico Gastroenterologista	2
Médico Endocrinologista	1
Médico Mastologista	1
Médico Otorrinolaringologista	1
Médico Pneumopediatra	1
Motorista	1
Vigilante	1
Telefonista	1
Oficial Administrativo – DCAP	1
Oficial Administrativo Laboratório	1
Agente de Saúde	1
Auciliar Odontológico	1
Serviços Gerais	6
<b>Total</b>	<b>90</b>

Fonte: SESAP

## ASSISTÊNCIA EM SAÚDE - CENTRO AMBULATORIAL DR. AGOSTINHO PAOLUCCI E LABORATÓRIO MUNICIPAL

O Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci - DCAP localizado no Bairro Vilela, mais conhecido como Hospital Escola ou Hospital Vilela é referência em especialidades, procedimentos e exames complementares. Além de acompanhamento DST/AIDS, mais conhecido como CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento onde os usuários possuem atendimento odontológico, psicológico, serviços sociais além de médico. Temos como parceiro a Faculdade de Medicina de Barbacena, que nos disponibiliza profissionais de saúde e acadêmicos, auxiliando na ampliação do atendimento prestado.

O Centro Ambulatorial oferece a população consultas especializadas, procedimentos e exames complementares ao diagnóstico, dentre eles mamografias, ultrassonografias, eletrocardiograma, exames em material biológico e procedimentos como vasectomia, postectomia e outros.

O Laboratório Municipal que teve início em 2013 é referência em exames relacionados às análises clínicas disponibilizados na tabela SUS. Conta com uma equipe de profissionais qualificados e com equipamentos de alta sensibilidade, rapidez e especificidade. Realiza exames de HIV em parceria com a Fundação Ezequiel Dias (FUNED) e Hepatites em parceria com o Ministério da Saúde. Participa do Programa de Qualidade pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas – SBAC, sendo contemplado com **EXCELÊNCIA** no ano de 2013.

Para pacientes com necessidades especiais, são realizadas coletas domiciliares, sob agendamento na recepção do Laboratório Municipal - Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci. A Secretaria de Saúde

Pública (SESAP), por intermédio do Laboratório Municipal, oferece desde meados de julho de 2013, serviços de coleta de materiais biológicos nas seguintes unidades básicas de saúde: Santa Cecília, Santa Efigênia, Rubens Crespo, Carmo, Guido Roman, Senhora das Dores, Padre Brito, Correia de Almeida, Torres e Pinheiro Grosso. As unidades foram escolhidas devido a grande demanda das localidades e também para aliviar o atendimento no Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci e na Santa Casa de Misericórdia.

No atual desenho proposto para rede as coletas tendem ocorrer com maior frequência e nas unidades fortalecidas diariamente.

Integra ainda a estrutura física funcional do Centro Ambulatorial as seguintes modalidades de atenção à saúde:

- ✓ Melhor em Casa
- ✓ Saúde do Trabalhador
- ✓ Laboratório da Vigilância
- ✓ Bebê Clínica
- ✓ Órtese e Prótese

Ainda no desenho do Ambulatório está a implantação das Análises Físico-Química e Toxicológicas estas análises são utilizadas na identificação e quantificação de agentes tóxicos para diversas finalidades, considerando, ser uma região que se baseia no agronegócio e a maior produtora de hortifrutigranjeiros, rosas e flores o que propicia para danos a saúde relacionados a exposição por agentes tóxicos.

Possibilitando realizar análises Físico-Químico e Toxicológicas de leite (adulterantes e outros) e análises toxicológicas em frutas e hortaliças (metais e pesticidas), além do monitoramento biológico dos produtores rurais da região de Barbacena, isto é, a realização periódica de análises toxicológicas em sangue e urina de indivíduos, direta e indiretamente expostos a agentes toxicantes, possibilitando monitorar a saúde dos produtores rurais, orientando-os sobre os riscos e cuidados no manuseio de substâncias químicas contaminantes, como os pesticidas.

O Laboratório de Análises Físico-Químicas e Toxicológicas no Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci seria, então, referência na região, auxiliando de forma direta a prevenção da saúde do trabalhador e vigilância e de forma indireta a saúde como um todo, pois, atua evitando acometimento por doenças ocasionadas a exposição de agentes tóxicos e pelo consumo de alimentos e bebidas contaminados, em breve, relevância no Estado de Minas Gerais.

ANÁLISES	MATRIZES	TÉCNICAS ANALÍTICAS
Toxicológicas de Agrotóxicos	Águas, alimentos, sangue e urina	GC-FID, GC-MS,HPLC, VWD,LC-MS
Toxicológicas de Droga de Abuso	Sangue, urina e pêlos	GC-MS,HPLC-VWD,LC-MS,GC-FID
Toxicológico de Fármaco	Águas, sangue e urina	HPLC-VWD,LC-MS,GC-MS,UV-VIS
Toxicológicas de metais	Águas, sangue e urina	ZGFAAS,ICP-MS
Toxicológicas de Metabólicas Orgânicos	Sangue e urina	GC-FID,CG-MS,HPLCVWD,LC-MS,UV-VIS
Toxicológicas de Compostos Orgânicos Semi e Voláteis	Águas, sangue e urina	GC-FID,CG-MS,HPLCVWD,LC-MS
Físico-Químicas	Águas e alimentos	DIVERSAS
Microbiológicas	Águas e alimentos	DIVERSAS

As técnicas analíticas, como cromatografia Gasosa com Detecção através de Ionização de Chama (GC-FID), cromatografia gasosa associada à espectrometria de massas (GC-MS), Cromatografia Líquida de alta eficiência com detecção por comprimento de onda variável (HPLC\_VWD), cromatografia líquida de alta eficiência associadas à Espectrometria de massas (LC-MS), Espectrometria ultravioleta-visível (UV-VIS), espectrometria de absorção atômica com atomização eletrotermica via forno de grafite e com correção de interferências espectrais via Efeito Zeeman (ZGFAAS) e Espectrometria de emissão atômica por plasma acoplado indutivamente associada a Espectrometria de massas (ICP-MS), devem ser utilizadas a fim de quantificar e monitorar analiticamente as concentrações das substâncias descritas na **Tabela 2** - e o investimento financeiro inicial nessas técnicas é alto.

Os investimentos previstos para atender os requisitos da Portaria nº 2914 do Ministério da Saúde sobre a potabilidade da água, análises de agrotóxicos, demandam investimentos na ordem R\$ 270.000,00 em equipamentos, R\$ 30.000,00 em padrões necessários e reagentes, com uma estimativa de R\$ 300.000,00.

Em exames complementares temos um projeto para aquisição de um endoscópio, aparelho de ultrassonografia e serviço de radiodiagnóstico, equipamentos de oftalmologia..

### FLUXO DE ATENDIMENTO:

---

O acesso ao usuário inicia nas Unidades Básicas de Saúde, onde acontece o primeiro contato, quando o profissional solicita atendimento especializado ou exames complementares, o mesmo ocorre de acordo com o Fluxograma em anexo.

As coletas de materiais biológicos nas unidades consideradas pontos estratégicos como já mencionadas, tem como critério de escolha os usuários que residem próximo a estas, oferecendo desta forma a facilidade ao acesso laboratorial.

### RECURSOS:

---

O plano operativo para o Centro Ambulatorial e Laboratório Municipal totaliza R\$200.000,00 por mês, sendo repassados de acordo com os serviços prestados em consultas especializadas, procedimentos e exames complementares.

O Centro de Testagem e Aconselhamento pertence ao programa DST/AIDS, no qual é repassado um valor R\$ 75.000,00 anual.

### INICIATIVAS:

---

O Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci, em parceria com a Secretaria de Saúde Pública, participaram de vários eventos em prol de uma saúde qualificada e eficaz. Campanhas para a **saúde da mulher, saúde do homem**, saúde nas praças através do **Barbacena Ativa**, exames nos **Mutirões de cataratas, Carreta SESC – mamografia** com verificação de glicemia capilar, todos foram destaques nas iniciativas de 2013 e 2014.

---

---

### DESAFIOS:

---

1. Melhorar a qualidade do atendimento em especialidades;
2. Contratação de mais especialistas principalmente nas seguintes especialidades em que temos maior demanda e vazio assistencial: Cardiologista, otorrinolaringologista, urologista, nefrologista, oftalmologista, mastologista, ortopedista e Geriatria;
3. Ampliar o atendimento em fisioterapia, através da criação de uma sala mais ampla para esta finalidade;
4. Implantar exames complementares de imagem por meio do serviço de radiodiagnóstico e endoscopia;
5. Aumentar o atendimento de ultrassonografias e mamografias;

6. Informatização do Centro Ambulatorial com implantação do prontuário único;
7. Laboratório emitindo laudos web fornecendo agilidade e rapidez nos exames;
8. Disponibilizar o café para desjejum dos pacientes em todas as unidades de coleta;
9. Ampliar o atendimento de coletas em outras unidades facilitando o acesso aos serviços prestados;
10. Implantação do Laboratório de Análises Físico-Químicas e Toxicológicas;
11. Realizar treinamento e capacitação dos profissionais;
12. Adquirir insumos, equipamentos e material de consumo para o bom funcionamento;
13. Reduzir o tempo de espera para concessão de exames e consultas especializadas;
14. Melhorar o fluxo, desburocratizar, tornar o sistema mais eficiente;
15. Implantar serviços especializados de atenção ao idoso;
16. Melhorar o processo de suprimento e ressuprimento de materiais, insumos, equipamentos em tempo hábil.
17. Transformar o centro ambulatorial num ponto de referência para a educação permanente por meio do apoio matricial as equipes de ESF, ESB, NASF realizar treinamentos diversos, realizar estudo de casos e outras tecnologias da gestão da clínica.
18. Aprimorar o sistema de referência e contra-referência.
19. Restabelecer prazos e fluxos nos processos de compra;
20. Efetivar fluxos internos e protocolos internos para facilitar o acesso no sistema pelo usuário;
21. Todo o desenho de aquisição e implantação e para oferecer a população maior resolutividade no atendimento.

#### POTENCIALIDADES:

---

1. Possuímos profissionais qualificados e comprometidos com a saúde;
2. Temos recursos captados do estado para informatização de todo o ambulatório;
3. Temos convênios aprovados para aquisição de equipamentos que irão viabilizar o aumento das ultrassonografias e prática de exames complementares como raio-x e endoscopia, favorecendo a vida do usuário que hoje desloca de Barbacena para realizar a endoscopia em cidades vizinhas;
4. A informatização do DCAP, os laudos web e o desjejum de pacientes do Laboratório Municipal apresentam convênio aprovado. O processo encontra-se na Secretaria de Planejamento para aquisição;
5. De acordo com o novo desenho da Rede de Barbacena as coletas de materiais seguirão o fluxo de atendimento sendo que nas unidades básicas fortalecidas a coleta será diária, nas 4 unidades rurais – 1 vez por semana; 1 unidade mista coleta diariamente; 4 UBS tipo I coleta semanal, descentralizando o serviço.

---

## NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÊS E ESTIMATIVA DE AMPLIAÇÃO

---

Os itens em negrito possuem cobertura necessária/mês de acordo com os parâmetros da Portaria GM N° 1101/2002. Se considerarmos a necessidade mês/mínima todos os itens acima cumprem os parâmetros da Portaria GM N° 1101/2002.

TIPO DE ATENDIMENTO	NÚMERO/MÊS	ESTIMATIVA DE AMPLIAÇÃO DE ATENDIMENTO
Consultas Especializadas	7.044	1.956
Exames Laboratoriais		3.000
Mamografia	240	60
Ultrassonografia	330	170
Atendimento Odontológico	400	0
Eletrocardiograma	400	20

Fonte: SESAP

---

## O DESENHO DA REDE ASSISTENCIAL EM BARBACENA

---

Possui uma rede hospitalar composta por 04 hospitais gerais credenciados pelo SUS, com 747 leitos, sendo um hospital geral da rede FHEMIG com abrangência regional, 03 hospitais psiquiátricos, com um total de 477 leitos. Barbacena é referência para região ampliada e região de saúde em procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial em Hemodinâmica (cateterismo cardíaco), Medicina Nuclear (cintilografias), UNACON (unidade de Alta Complexidade em oncologia, com quimioterapia, cirurgias oncológicas e tratamento clínico), Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise), Tomografia Computadorizada, Psiquiatria (pacientes crônicos e agudos), Cirurgia Neurológica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular, Hemodinâmica Intervencionista (angioplastia).

Possui a rede de urgência e emergência com o SAMU cuja abrangência é a região ampliada (51 municípios), com os pontos de atenção bem delimitados, uma rede de unidades móveis com 05 (USA), 19 (USB), um complexo regulador de urgência gerido por um consórcio público/público que regula todas as demandas de urgência e emergência pré-hospitalar. Além disto, conta também com a central do SUSFACIL (complexo regulador de leitos) que atua de forma eficiente na regulação do acesso.

Em 2012, foram pagas 16.086 AIHS, com um gasto de R\$ 26. 628.604,80, o tempo médio de permanência é alto, 17,9 dias (justificado por conta das internações de longa permanência e psiquiatria), ocorreram 750 óbitos hospitalares (taxa de mortalidade de 6,16%), o valor médio da AIH é de R\$ 1.655,39. Quando filtramos internações para população residente, o total de 8.524, que corresponde a 52,99% das internações ocorridas no período.

PROPOSTAS PARA O REDESENHO ASSISTENCIAL:

- HOSPITAL REGIONAL DA FHEMIG



1. Ampliar a inserção do HGB, tornando-o a Porta de Entrada do sistema de Urgência e Emergência para o trauma.
2. Ampliar o quantitativo de leitos de 71 para 250 leitos.
3. Implantar o serviço de tomografia

	Estrutura atual	leitos que serão acrescidos	Total
Clínica Médica	44	0	44
Clínica Cirúrgica	17	8	25
C T I - Adulto	10	10	20
Sala Vermelha	0	6	6
Observação - Masculina	0	10	10
Observação – Feminina	0	10	10
Observação – Pediátrica	0	5	5
C T I – Pediátrico	0	10	10
Retaguarda - Pediátrica	0	10	10

Neurologia / AVC / Cuidados Prolongados	0	40	40
Álcool e Drogas	0	10	10
Total	71	119	190

Fonte: SESAP

---

### SANTA CASA DE MIDERICÓRDIA DE BARBACENA

---



1. Manter o atendimento em neurocirurgia de alta complexidade;
2. Manter a referência para atendimento obstétrico, inclusive o atendimento a gestante de alto risco;
3. Transferir o pronto atendimento para a UPA.
4. Ampliar os serviços de UTI adulto, pediátrico e neonatal.

---

### CEBAMS - HOSPITAL IBIAPABA

---



Hospital estratégico pois atua na rede resposta da rede de urgência como UNACON e alta complexidade em cardiologia.

1. Manter o atendimento em cardiologia e oncologia de alta complexidade;
2. Manter a referência para atendimento cardiológico, inclusive com apoio matricial para a rede de atenção básica;
3. Ampliar os serviços de UTI adulto, leitos de longa permanência
4. Implantar o serviço de radioterapia

---

### IMAIP - INSTITUTO MATERNIDADE DE ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA - POLICLÍNICA DE BARBACENA

---



1. Atuar para procedimentos de diagnose e terapia por meio do ambulatório de especialidades;
2. Realizar cirurgias eletivas;
3. Realizar exames de diagnose;
4. Saúde do trabalhador;
5. Leitos de longa permanência.

## REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



**PROJETO APRESENTADO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

Foram pactuadas cinco (05) salas de estabilização (SE) no território assistencial. Barbacena não contará com nenhuma sala de estabilização habilitada na rede de urgência e emergência.

INFORMAÇÕES GERAIS				CUSTEIO TOTAL POR ESTABELECIMENTO (ANUAL)		
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TIPO DE GESTÃO	CONVENCIONAL		CUSTEIO TOTAL POR ESTABELECIMENTO
MACRO CENTRO SUL				FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	
	Ibertioga	Hospital Monumento as Mães	Privada	1	300.000,00	300.000,00
	Prados	HPP	Privada	1	300.000,00	300.000,00
	Piranga	Hospital São Vicente de Paulo	Privada	1	300.000,00	300.000,00
	Nazareno	Hospital Municipal Santo Antônio	Municipal	1	300.000,00	300.000,00
	São Tiago	Hospital São Vicente de Paulo	Privada	1	300.000,00	300.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>5</b>	<b>1.500.000,00</b>	<b>1.500.000,00</b>

Fonte: SESAP

#### UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

INFORMAÇÕES GERAIS				
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	TIPO DE GESTÃO		
	Congonhas	Municipal	Porte II	Nova
	São João Del Rei	Municipal	Porte II	Habilitada e Qualificada
<b>MACRO CENTRO SUL</b>	Barbacena	Municipal	Porte III	Nova
	Conselheiro Lafaiete	Municipal	Porte II	Ampliada

Fonte: SESAP

Como pode ser observado a UPA de Barbacena terá uma função estratégica e estará vinculada a rede como uma das principais portas de entrada deste sistema.

Da mesma forma a UPA se integrará a rede de atenção básica de forma inteligente e articulada.

#### SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS – SAMU 192

A região dispõe de 19 ESB e 05 USA em pleno e regular funcionamento.

Atualmente a Região Ampliada Centro Sul por meio do Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências - CISRU já dispõe de Recursos de Custeio para 05 USA que estão lotadas nos Municípios de Barbacena (02), Congonhas (01), Conselheiro Lafaiete (01), São João Del Rei e de 18 USB que estão lotadas nos Municípios de Alto Rio Doce, Barbacena, Carandaí, Ibertioga, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Entre Rios de Minas, Ouro Branco, Piranga, Rio Espera, Barroso, Lagoa Dourada, Madre de Deus de Minas, Nazareno, Resende Costa, São João Del Rei, São Tiago e Tiradentes.

### PROGRAMA MELHOR EM CASA - ATENÇÃO DOMICILIAR

Barbacena é o único município do território que já implantou o Programa de Atenção Domiciliar. Conta com uma equipe de EMAD composta por médico 40 horas, enfermeiro, fisioterapeuta e 05 técnicos de enfermagem. Conta com um EMAP composto por cirurgião dentista, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo.

Os municípios de Carandaí, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Ouro Branco, São João Del Rei.

### COMPONENTE ATENÇÃO HOSPITALAR

Este plano de ação analisado corresponde ao cronograma de pactuação de 2014 e 2015 quanto ao componente hospitalar.

### CUSTEIO DE PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

MUNICÍPIO	UNIDADE/INSTITUIÇÃO	CNES	ESFERA ADM	GESTÃO	PORTAS DE ENTRADA				
					HOSPITAL GERAL		TIPO I	TIPO II	INVESTIMENTO
Barbacena	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	2138875	Privada	Municipal	VALOR ANUAL (R\$)	CUSTEIO ANUAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)	
							R\$ 2.400.000,00		

Observação: O Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo substituirá a Santa Casa de Misericórdia de Barbacena após sua ampliação que contará com 250 leitos.

Fonte: SESAP

### LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICA

Foram pactuados setenta e quatro (74) leitos clínicos novos para o ano de 2014 e dezesseis (16) para o ano de 2015. Serão custeados noventa (90) leitos clínicos pela Rede de Atenção às Urgência e Emergências, conforme tabela a seguir:

Nº DE LEITOS NOVOS	LEITO NOVO CUSTEIO MÊS	LEITO NOVO CUSTEIO ANO
90	R\$ 698.062,50	R\$ 8.376.750,00

Fonte: SESAP

Foram pactuados cinquenta e quatro (54) leitos clínicos qualificados para o ano de 2014 e dezesseis (16) para 2015 totalizando 70 leitos para qualificação, conforme tabela a seguir:

Nº DE LEITOS QUALIFICADOS	LEITO QUALIFICADOS CUSTEIO MÊS	LEITO QUALIFICADOS CUSTEIO ANO
---------------------------	--------------------------------	--------------------------------

70	R\$ 361.958,33	R\$ 4.343.500,00
----	----------------	------------------

Fonte: SESAP

### LEITOS DE UTI

Foram pactuados onze (11) novos leitos de UTI adulto para o ano de 2013 e cinquenta e quatro (54) para o ano de 2014 e vinte (20) leitos para o ano de 2015. O total de oitenta e cinco (85) leitos serão custeados pela Rede de Atenção às Urgência e Emergências, conforme tabela seguir:

Nº DE LEITOS NOVOS	LEITO UTI NOVO CUSTEIO MÊS	LEITO UTI NOVO CUSTEIO ANO	INVESTIMENTO
85	R\$ 1.861.500,00	R\$22.338.000,00	R\$ 8.500.000,00

Fonte: SESAP

Foram pactuados trinta e sete (37) leitos de UTI adulto a qualificar em 2013, conforme tabela a seguir:

Nº DE LEITOS A QUALIFICAR	LEITO UTI QUALIFICADO CUSTEIO MÊS	LEITO UTI QUALIFICADO CUSTEIO ANO
37	R\$ 325.416,48	R\$ 3.904.997,76

Fonte: SESAP

### LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS

Foram pactuados quarenta (40) leitos para o ano de 2013, cinquenta (50) para o ano de 2014. O total de noventa (90) leitos serão custeados pela Rede de Atenção às Urgência e Emergências, conforme tabela a seguir:

Nº DE LEITOS	LEITO LONGA PERMANÊNCIA CUSTEIO MÊS	LEITO LONGA PERMANÊNCIA CUSTEIO ANO
90	R\$ 527.850,00	R\$ 6.334.200,00

Fonte: SESAP

### LEITOS DE UCO

Foram pactuados vinte (20) leitos para serem habilitados em 2014, conforme tabela a seguir:

Nº DE LEITOS	LEITO UCO CUSTEIO MÊS	LEITO UCO CUSTEIO ANO
20	R\$ 438.000,00	R\$ 5.256.000,00

Fonte: SESAP

### RESUMO DE INVESTIMENTOS E CUSTEIO PARA A REGIÃO AMPLIADA CENTRO SUL DE MIANS GERAIS

COMPONENTE	RECURSO INVESTIMENTO	DE	RECURSO CUSTEIO/MÊS	DE	RECURSO CUSTEIO/ANO	DE
------------	----------------------	----	---------------------	----	---------------------	----

<b>SALA DE ESTABILIZAÇÃO</b>	R\$ 500.000,00	R\$ 125.000,00	R\$ 1.500.000,00
<b>UPA</b>	-	-	-
<b>VEÍCULO SAMU 192</b>	-	R\$ 38.500,00	R\$ 462.000,00
<b>CENTRAL DE REGULAÇÃO SAMU 192 REGIONALIZADA</b>	-	-	-
<b>PORTAS PRIORITÁRIAS HOSPITALARES</b>	R\$ 3.000.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 2.400.000,00
<b>LEITOS CLÍNICOS</b>	-	R\$ 1.060.020,83	R\$ 12.720.250,00
<b>LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOA</b>	-	R\$ 527.850,00	R\$ 5.026.050,00
<b>LEITOS DE UTI</b>	R\$ 8.500.000,00	R\$ 1.033.749,81	R\$ 28.913.213,70
<b>LEITOS DE U-AVC</b>	-	-	R\$ 2.714.687,50
<b>ATENÇÃO DOMICILIAR</b>	-	R\$ 304.000,00	R\$ 3.648.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 12.000.000,00</b>	<b>R\$ 3.289.120,64</b>	<b>R\$ 57.384.201,20</b>

Fonte: TABNET/SIOPS

## RECURSOS IMEDIATOS DE CUSTEIO

COMPONENTE	RECURSO DE CUSTEIO/MÊS	RECURSO DE CUSTEIO/ANO
PORTAS PRIORITÁRIAS HOSPITALARES	R\$ 200.000,00	R\$ 2.400.000,00
LEITOS DE UTI QUALIFICADOS	R\$ 325.416,48	R\$ 3.947.213,70
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 525.416,48</b>	<b>R\$ 6.347.213,70</b>

Fonte: TABNET/SIOPS

## PORTAS DE ENTRADA

### CUSTEIO DE PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

REGIÃO DE SAÚDE Macro	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	ESPECIALIZADO		TOTAL	
					FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
Centro Sul	Barbacena	Santa Casa de Misericórdia Barbacena	Privada	Municipal	1	1.200.000,00	1	1.200.000,00

Fonte: TABNET/SIOPS

## LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICA

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS (HABILITAÇÃO)	QUALIFICAÇÃO/CUSTEIO		TOTAL	
				FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
Barbacena	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	Privada	Municipal	930.750,00	10	620.500,00	20	1.551.250,00

<b>Barbacena</b>	Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo	Estadual	Municipal	3.723.000,00	20	1.241.000,00	60	4.964.000,00
<b>São João Del Rei</b>	Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei	Privada	Municipal	930.750,00	10	620.500,00	20	1.551.250,00
<b>Conselheiro Lafaiete</b>	Hospital e Maternidade São José	Privada	Municipal	930.750,00	10	620.500,00	20	1.554.250,00
<b>Barbacena</b>	Hospital Ibiapaba/CEBAMS	Privada	Municipal	930.750,00	10	620.500,00	20	1.551.250,00
<b>São Jiao Del Rei</b>	Hospital Nossa Senhora das Mercês	Privada	Municipal	930.750,00	10	620.500,00	20	1.551.250,00

Fonte: TABNET/SIOPS

### LEITOS UTI

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	LEITOS (HABILITAÇÃO)		NOVOS	QUALIFICAÇÃO		TOTAL	
			FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)		FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
<b>Barbacena</b>	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	Municipal	10	2.628.000,00	8	844.323,84	18	3.472.323,84	
<b>Barbacena</b>	Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo	Municipal	20	5.256.000,00	7	738.783,36	27	5.994.783,36	
<b>São João Del Rei</b>	Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei	Municipal	-	-	7	738.783,36	7	-	
<b>Conselheiro Lafaiete</b>	Hospital Regional – Conselheiro Lafaiete	-	20	5.256.000,00	-	-	20	-	
<b>Conselheiro Lafaiete</b>	Hospital e Maternidade São José	Municipal	-	-	6	633.242,88	6	-	
<b>Barbacena</b>	Hospital Ibiapaba/CEBAMS	Municipal	11	2.890.800,00	5	527.702,40	16	3.418.502,40	
<b>São João Del Rei</b>	Hospital Nossa Senhora das Mercês	Municipal	14	3.679.200,00	4	422.161,92	18	4.101.361,92	
<b>Congonhas</b>	Hospital Bom Jesus	Municipal	10	2.628.000,00	-	-	10	2.628.000,00	

Fonte: TABNET/SIOPS

### LEITOS DE UTI PEDIÁTRICA

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	LEITOS NOVOS (HABILITAÇÃO)		QUALIFICAÇÃO/CUSTEIO		TOTAL	
		FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
Barbacena	Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo	10	2.628.000,00	-	-	10	2.628.000,00

Fonte: TABNET/SIOPS

### LEITOS DE U-AVC INTEGRAL

U-AVC INTEGRAL								
REGIÃO DE SAÚDE/MG	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	LEITOS NOVOS (HABILITAÇÃO)		TOTAL	
					FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
Macro Centro Sul	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	Privada	Municipal	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	25	2.714.687,50	25	2.714.687,50

Fonte: TABNET/SIOPS

### LEITOS DE UNIDADE CORONARIANA – UCO

MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	LEITOS NOVOS (HABILITAÇÃO)		TOTAL	
				FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
Barbacena	2098938	Hospital Ibiapaba/CEBAMS	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	20	5.256.000,00	20	5.256.000,00

Fonte: TABNET/SIOPS

## REDE CEGONHA

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha, a qual foi aprovado a implantação desta rede, incluindo os pontos de atenção referentes à saúde materno-infantil, na Região Ampliada de Saúde Centro Sul, de acordo com a deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.836, de 21 de Maio de 2014.

A Rede Cegonha tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

São objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha atenderá a Região Ampliada Centro Sul do Estado de Minas Gerais que abrange 51 municípios e uma população estimada em 775.560 habitantes.

Este projeto visa reduzir a mortalidade materna e infantil na região com ênfase ao componente neonatal, na atenção ao parto, nascimento e puerpério, na busca por organizar a rede de atenção a saúde materno e infantil de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade para as gestantes deste território onde esta atenção ainda requer um olhar atento devido aos indicadores de morbimortalidade materna e infantil.

Muitos tem sido os desafios para melhoria dos indicadores desta rede, principalmente a relação de consultas de pré-natal por gestante sendo frequente o não cumprimento da meta mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde de 07 consultas; sendo ainda na região Ampliada de Saúde Centro Sul, alta a incidência de partos cirúrgicos (65%) frente aos partos normais (35%), além da mortalidade materna e infantil que apresenta índices muito acima do desejável, conforme tabela a seguir (referente a macrorregião):

<b>Indicador</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>TOTAL</b>
Óbitos infantis	169	158	164	124	134	749
Óbitos fetais	141	110	122	92	94	559
Óbitos maternos	4	7	4	5	2	22
Nascidos Vivos	8871	9063	8577	8755	8868	44134

O projeto da Rede Cegonha foi elaborado conjuntamente pelos municípios adstritos, onde o polo regional de Barbacena junto as microrregiões de São João Del Rei e Conselheiro Lafaiete/Congonhas de acordo com as **Deliberações CIB-SUS/MG nº 978 de 16 de novembro de 2011 e nº 1.762 de 14 de março de 2014**, participaram ativamente desta construção e neste desenho cada município deste território, no qual a Atenção Primária será a coordenadora dos cuidados em todos os casos gestacionais, independente da estratificação de risco. A Atenção Primária garantirá o pré-natal de risco habitual e risco médio que será

realizado exclusivamente nas Unidades Básicas de Saúde através de consultas de pré-natais intercaladas entre o médico clínico e o enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde/Estratégias de Saúde da Família, e quando necessário será encaminhado para avaliação com o médico obstetra da rede básica. O acompanhamento será de acordo com as diretrizes da linha guia da gestante da SES, Programa de Melhoria, Acesso e Qualidade da Atenção Primária (PMAQ) e a DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.682, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2013. Em Barbacena as gestações de alto risco e muito alto risco serão acompanhadas também pelos serviços de referência que serão disponibilizados na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

#### Nascidos Vivos segundo Região de Residência da Mãe e Ano.

Ano do nascimento	Barbacena
1998	3.239
1999	3.373
2000	3.470
2001	3.024
2002	3.143
2003	2.988
2004	3.087
2005	3.079
2006	2.920
2007	2.706
2008	2.700
2009	2.572
2010	2.651
2011	2.564
2012	2.484
TOTAL	44.000

Fonte: TABNET/DATASUS

#### Número estimado de gestante

	Barbacena
População	235213
Nascidos vivos 2012	2484
Taxa bruta de natalidade	10,56
Nº estimado de gestante	2732,2

Fonte: TABNET/DATASUS

**Incidência de Sífilis Congênita por 100.000 Nascidos Vivos segundo Região de Residência da Mãe e Ano**

Ano do nascimento	Barbacena
2006	0,0
2007	0,0
2008	111,1
2009	38,9
2010	113,2
2011	312,0
2012	322,1

Fonte: TABNET/DATASUS

**Percentual de Nascidos Vivos com Sete ou Mais Consultas de Pré Natal segundo Região de Residência da Mãe e Ano**

Ano do nascimento	Barbacena
1998	73,3
1999	72,9
2000	65,3
2001	62,5
2002	65,6
2003	66,0
2004	67,1
2005	62,6
2006	64,9
2007	63,6
2008	59,1
2009	50,7
2010	60,0
2011	65,5
2012	64,0
TOTAL	64,6

Fonte: TABNET/DATASUS

**Percentual de Partos Cesáreos segundo Região de Residência da Mãe e ano.**

Ano do nascimento	Barbacena
1998	47,4
1999	42,2
2000	41,6
2001	44,6
2002	43,8
2003	47,1
2004	49,6
2005	49,6
2006	55,0
2007	57,4
2008	58,0
2009	62,2
2010	65,7
2011	68,8
2012	68,6
TOTAL	52,6

Fonte: TABNET/DATASUS

### Cobertura vacinal no ano de 2013

Município	Tríplice (1ano)	Viral	Febre (<1ano)	Amarela	Poliomielite (<1ano)	Tetra (<1ano)
Barbacena	100,14		99,86		109,62	109,07

Fonte: TABNET/DATASUS

O polo assistencial de Barbacena atualmente conta com o hospital de referência Santa Casa de Misericórdia, devidamente habilitado pelo Ministério da Saúde como Hospital de referência para as gestantes de Alto Risco da Região Ampliada Centro Sul e também atua como Hospital Amigo da Criança. Além de Barbacena os municípios de São João Del Rei e Conselheiro Lafaiete terão uma inserção estratégica, pois contarão com unidades de referência e abrangência regional para a Rede Cegonha.

## REDE DE SAÚDE MENTAL

Em consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem como instrumento legal/normativo a Lei Federal 10.216, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao usuário portador de transtorno mental e mais recentemente a portaria GM 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, com criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS).

A Rede de Atenção Psicossocial/RAPS de Barbacena é constituída pelos seguintes componentes:

#### **I - Atenção Básica em Saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

- a) Unidades Básicas de Saúde;
- b) Equipe de Atenção Básica para populações específicas:
  - 1. Equipe de Consultório na Rua;
  - 2. Equipe Melhor em Casa
- c) Centros de Convivência;

#### **II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

- a) Centro de Atenção Psicossocial III;
- b) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III.

#### **III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro;

#### **V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

- a) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- b) Três Hospitais Psiquiátrico sendo: um 100% SUS e dois Conveniados,
- c) Hospital Dia

#### **VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:**

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e Programa de Volta para Casa

#### **VII - Reabilitação Psicossocial.**

---

---

## PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

---

1. Aumento dos casos de violência e uso de álcool e outras drogas;
2. Ausência do CAPS I;
3. Falta capacitação para os profissionais da rede de atenção primária para atendimento em saúde mental;
4. Constantes queixas e reclamações da rede educacional sobre o suporte da saúde para crianças e adolescentes com necessidade psicossocial;
5. Ausência de capacidade instalada para o perfil epidemiológico infantil e adolescente na área psicossocial;
6. Ausência de protocolos normas e rotinas para organização do fluxo da emergência e urgência Psiquiátrica (polícia; Bombeiro; hospital; etc.);
7. Ausência de interlocução da rede de Saúde Mental;
8. Presença forte do estigma as doenças mentais;
9. Baixa interação com familiares;
10. Desconhecimento dos familiares e comunidade sobre transtornos mentais e de dependência química;
11. Falta de um programa de geração de renda específico para pessoas com transtornos mentais e de dependência química (que atenda suas expectativas e leve em consideração as limitações de cada um).
12. Garantir a interlocução entre s residências terapêuticas e a rede de atenção básica.

---

## DIRETRIZ

---

Garantir uma política de saúde mental integrada à rede de atenção primária.

---

## ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

---

### Objetivos Estratégicos

1. Incentivar o desenvolvimento de um conjunto de medidas sócio educativa, preventiva, assistencial e de reabilitação, possibilitando garantir os direitos dos sujeitos em sofrimento mental, promovendo sua cidadania e favorecendo sua inclusão social através de:
2. Manutenção de toda a estrutura física e de atendimento (prevenção, tratamento e promoção da saúde mental;
3. Articular-se com comunidades terapêuticas – CAPS II e Caps AD;
4. Promover a qualificação e a educação permanente dos profissionais da rede (ESF e NASF), para melhor desempenho de suas funções nos serviços de saúde mental;
5. Apoiar a organização de associações de usuários e familiares com Patrocínio em participação de eventos e divulgação;

6. Promover a reinserção social por meio de projetos de geração de renda incentivo a educação formal e/ou profissionalizante, bem como a participação em esportes, culturas e lazer, através de: Projeto geração de renda, Inclusão para o trabalho e capacitação profissional.
7. Contratação e pagamento de funcionários eventuais;
8. Promover e incentivar o desenvolvimento de pesquisas sobre as doenças mentais em parceria com ONGs e Instituições de Ensino Informatização do sistema para digitação e tabulação dos dados de pesquisa;
9. Manter em funcionamento o Programa Consultório na Rua.

## REDE DE CUIDADO PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

---

Será implementada esta rede que possui os seguintes componentes:

- Atenção Básica
- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual
- Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência

## REDE DE SAÚDE BUCAL

---

Esta rede também será implantada com os seguintes componentes:

- Construção do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- Atenção Básica
- Atenção Especializada em Saúde Bucal
- Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência
- Apoio diagnóstico e terapêutico

## BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

---

### SITUAÇÃO ATUAL

---

*“Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob ótica integral”.*

(Ministério da Saúde)

---

## MISSÃO

---

Organizar a política municipal de assistência farmacêutica de Barbacena, visando o acesso e o uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios do SUS e as necessidades da população.

---

## VISÃO

---

Ser reconhecido como referência de serviços farmacêuticos para a população do município e da microrregião.

---

## VALORES

---

Honestidade, transparência, organização, assistência, segurança, racionalidade.

*“Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob ótica integral”.*

Entendendo que o acesso ao medicamento de forma gratuita, organizada e segura é fundamental para a população, deu-se início à elaboração deste plano municipal de assistência farmacêutica de Barbacena a fim de reestruturar o serviço no município.

Pretendemos, com a elaboração deste plano, delimitar as competências de cada esfera de governo, definir o papel da assistência farmacêutica no município e na microrregião, estruturar os pontos de atenção e distribuição de medicamentos respeitando as políticas municipais de saúde.

Baseamo-nos na definição de um modelo de assistência farmacêutica no SUS, onde a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a população adscrita. Dentro desta perspectiva o serviço de Assistência Farmacêutica será dividido, neste plano, em três componentes: Medicamentos para Atenção Primária à Saúde, Medicamentos Especializados e Medicamentos Estratégicos. Além destes três componentes, o serviço farmacêutico também é responsável pelos medicamentos de uso ambulatorial, na urgência e emergência, no programa Melhor em Casa, na saúde mental, suplementação alimentar, atendimento à população carente e demandas decorrentes de ações judiciais.

O resultado esperado com a elaboração e implantação deste plano é reorganizar a Assistência Farmacêutica em Barbacena para apoiar as ações de saúde, promovendo o acesso da população aos medicamentos, seu uso racional e com otimização dos recursos.

A vigência deste plano será o período de 2013 a 2016, sendo que anualmente será revisado, podendo sofrer alterações desde que aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Barbacena.

A Política Nacional de Medicamentos foi aprovada em outubro de 1998, tornando-se o instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país. A importância de se estabelecer políticas tem por objetivo resolver ações concretas, executar, acompanhar e avaliar, criando espaço para debates e discussão pertinentes à área.

A portaria nº 3916/MS/GM de 30 de outubro de 1998 define a “Assistência Farmacêutica como o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”.

Um modelo ideal de Assistência Farmacêutica deve considerar aquisição, armazenamento, dispensação, orientação, pesquisa, acesso e farmacovigilância do medicamento.

O acesso envolve várias dimensões, entre as quais se destacam: estrutura, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, qualificação de serviços e de pessoal, utilização adequada dos recursos e promoção do uso racional.

Com a perspectiva de reorganização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS no município de Barbacena, a SESAP apresenta uma proposta de adequação deste serviço, inicialmente por meio de utilização de um incentivo financeiro próprio e posteriormente utilizando incentivo estadual pertinente à Rede Farmácia de Minas.

## SITUAÇÃO DESEJADA

---

Desta forma, pensou-se na seguinte estruturação:

- 1) Criação da CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico.
- 2) Ampliação do serviço do componente especializado. Ampliação da área física com incentivo estadual e dos medicamentos ofertados pelo município através de reavaliação da relação municipal de medicamentos.
- 3) implantação de Farmácias Comunitárias Públicas de referência nos Distritos Sanitários. Inicialmente readequando as unidades já existentes e posteriormente integrando à Rede Farmácia de Minas, programa já estruturado e implementado com incentivo financeiro estadual. O incentivo inclui recursos para montagem das farmácias, adequação de área física e equipamentos e custeio mensal de profissionais de saúde, farmacêuticos e atendentes de farmácia de acordo com os parâmetros previamente definidos, bem como qualificação dos recursos humanos envolvidos com a Assistência Farmacêutica no SUS.

*“A Assistência Farmacêutica, como sistema de apoio em consonância com a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, deve interagir com os serviços de saúde, garantindo a oferta do insumo, além de ser uma fonte preciosa de informação. Para tanto, uma Rede de Assistência Farmacêutica deve ser composta por serviços farmacêuticos qualificados e eficientes que contribuam para o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS, atendendo às necessidades da população”. (SAF MG, 2008)*

Em 2003, a primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica propõe “equipar as farmácias, em todos os níveis de complexidade, com profissional farmacêutico e com recursos materiais para a garantia da qualidade da Assistência Farmacêutica prestada à população. Estruturar os serviços de Assistência Farmacêutica em todos os municípios, garantindo a infraestrutura necessária para sua implementação, incluindo a contratação de farmacêuticos para as equipes de saúde, com vistas ao trabalho interdisciplinar em saúde e a busca da integralidade da atenção”.

Pode-se dizer que, mais do que nunca, a questão dos medicamentos e da AF se tornou central nas agendas das três esferas de governo (BONTEMPO, 2007), e hoje, em 2013 ainda temos grande necessidade de adequações deste serviço de forma a garantir a assistência a qual ele se propõe.

Para justificar a reorganização da Assistência Farmacêutica no Município de Barbacena, utilizou-se quatro pontos fundamentais: os gastos com medicamentos nos últimos anos, a infraestrutura das farmácias (e

dispensários) nas Unidades Básicas de Saúde, a utilização do recurso do bloco da Assistência Farmacêutica e o papel da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.

## INVESTIMENTO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE BARBACENA

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica (AF) atualmente é constituído de três componentes: componente básico da AF, componente estratégico da AF e componente especializado (medicamentos de alto custo), conforme descrito a seguir:

- **Componente básico:** destinado à aquisição de insumos e medicamentos

para a atenção básica. Parte desses recursos ainda permanece de forma centralizada no Ministério da Saúde (MS).

- **Componente estratégico:** recursos financeiros centralizados pelo MS destinados à aquisição de medicamentos para os seguintes programas estratégicos:

- 1) Controle de endemias, tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;
- 2) Sangue e hemoderivados e; Imunobiológicos.

- **Componente especializado (medicamentos de alto custo/alta complexidade):** destinado ao financiamento do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

Os recursos destinados a investimento em aquisição de medicamentos são pactuados no âmbito do estado de Minas Gerais através de CIB SUS. Estes recursos destinam-se apenas a aquisição de medicamentos e insumos aprovados em portarias e deliberações vigentes, não sendo permitido investimento em infraestrutura. A tabela abaixo mostra o investimento atual pactuado:

População 128.572 hab.	Recurso - R\$ anual
Atenção básica (considerando o repasse tripartite)	1.134.005,04 (conforme deliberação 2010)
Insumos DM (federal) – insulinas	85.873,12
Insumos DM (estadual) – tiras e glicosímetros	64.286,00
Insumos DM (municipal) – seringas e lancetas	64.286,00
Programa de atendimento à População Carente e Suplementação Alimentar	120.000,00 (aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde utilizando recurso da atenção básica)
Ordens Judiciais	Indefinido

Fonte: TABNET/SIOPS

- Investimento em medicamentos pelo município no ano de 2012: R\$825.030,74
- Investimento em medicamentos pelo município no ano de 2013 (até julho): R\$1.453.274,28

Podemos observar um aumento significativo no investimento municipal em medicamentos.

## INFRAESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS DAS FARMÁCIAS (E DISPENSÁRIOS) NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Observando os pontos de distribuição de medicamentos no município de Barbacena, pode-se apontar problemas relacionados ao desenvolvimento e à qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na

infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos. Geralmente, a infraestrutura é precária, em espaço físico limitado, sem adequação para o correto armazenamento dos medicamentos, os quais acabam sendo espalhados nas unidades de saúde.

A implantação de Farmácias Comunitárias envolve mudanças profundas na ordem estrutural, organizacional, gerencial e, sobretudo, cultural. A estrutura organizacional proposta vem em substituição ao atual modelo, em que os pontos de dispensação estão distribuídos de forma heterogênea dentro das várias unidades de saúde da rede municipal, sem critérios técnicos padronizados. O atual modelo é mais conhecido pelas dificuldades interpostas ao acesso aos medicamentos, acarretando o descrédito do serviço público farmacêutico frente à população. Dentre os problemas encontrados, ressalta-se disponibilidade inconstante e inferior a 50% do elenco essencial, forçando o usuário a peregrinar pela rede em busca do seu medicamento e comprometendo a acessibilidade geográfica à terapêutica prescrita (GUERRA Jr., 2004).

A pulverização dos estoques de medicamentos nos diversos pontos de dispensação, em sua maioria dentro de unidades de saúde, traz problemas tais como: desorganização do serviço falta de medicamentos, ineficiência no controle de estoques e armazenamento inadequado, atendimento inadequado, que muitas vezes era realizado por profissional não habilitado.

Torna-se importante salientar a inexistência de profissionais farmacêuticos para assumir a responsabilidade pelas farmácias. O atendimento é raramente realizado sob supervisão do Profissional Farmacêutico, envolvendo, na maioria dos casos, pessoal de baixa qualificação.

Em geral a eficiência do serviço é muito baixa, dada à inexistência de instrumentos gerenciais adequados e a falta de capacitação dos recursos humanos. Além da ineficiência gerencial, verifica-se a incapacidade de avaliar a resolutividade das ações realizadas.

Verifica-se na rede uma grande dificuldade em estabelecer o fluxo de informações necessário ao gerenciamento eficiente e ao acompanhamento de usuários. O problema decorre da desorganização das atividades e do baixo índice de informatização.

A Lógica de funcionamento caracterizada pelo produto medicamento e não como serviço de saúde. Observa-se a necessidade resgatar os aspectos sociais referentes ao próprio papel dos farmacêuticos na prestação dos serviços de saúde, como o apoio técnico à equipe de saúde, provendo informação sobre medicamentos, ações educativas, qualificação do atendimento ao usuário e viabilizando a implementação futura de outros serviços como aqueles relacionados à farmacovigilância.

O cenário apresentado contribui para o atendimento inadequado dos usuários do SUS, além de perdas, elevada mobilização de recursos e, principalmente, uso irracional de medicamentos, baixa cobertura populacional e baixa resolutividade dos serviços de saúde.

---

## PAPEL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

---

A adoção de um sistema de Redes de Atenção à Saúde procura superar a crise de um sistema fragmentado e organizado por componentes isolados voltado para a atenção das condições agudas. Essas redes são organizações de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral, orientada para as condições crônicas e agudas, voltadas para uma população em que o sujeito é agente de sua saúde. O sistema é proativo, baseado na atenção integral e no cuidado multiprofissional. (Mendes, 2009).

A Assistência Farmacêutica deve orientar-se e trabalhar como um componente do plano de saúde municipal, seguindo seus conceitos, suas diretrizes, estratégias e prioridades.

Dessa forma, o foco fundamental deve ser o paciente e não o medicamento, o farmacêutico deve ser um membro da equipe do Programa de Saúde da Família, capaz de estabelecer um vínculo com a população adscrita implementado as ações que envolvem o uso de medicamentos e focando em trabalhos educativos que envolvam o auto cuidado.

Estabelecer a organização do serviço de assistência farmacêutica inserido nas redes de atenção à saúde de forma a otimizar a aplicação dos recursos, definitivamente será o caminho para a melhoria do estado de saúde da população e a obtenção de resultados esperados tanto na prestação dos serviços quanto no uso racional do recurso público.

## FINANCIAMENTO

---

### RECURSOS FINANCEIROS DISPONÍVEIS:

---

Recursos repassados baseado na população estimada para 2013 a 2016 (132.980 habitantes):

União: R\$678.000,00

Estadual: R\$247.342,80 (fornecimento em medicamentos)

Municipal: R\$247.342,80

Os valores acima são baseados nos valores pactuados na DELIBERAÇÃO CIBSUSMG 687/2011 e na estimativa populacional do IBGE.

Recursos que poderão ser repassados através de programas e convênios para Assistência Farmacêutica:

Estes recursos ainda não estão disponíveis ao município, mas destaca-se aqui a necessidade de buscá-los a fim de melhorar a estrutura da Assistência Farmacêutica municipal, sendo eles:

---

## ORGANIZAÇÃO

---

### REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:

---

A Assistência Farmacêutica deve estar inserida, como já demonstrado, no contexto do plano de saúde municipal, a fim de atender às necessidades de cuidado e acompanhamento do tratamento que envolve o uso correto de medicamentos.

Dessa forma, o serviço de Assistência Farmacêutica delimita-se com os demais serviços de atendimento ao usuário no SUS, como UBS's, Centros de Especialidades médicas (CEM's), NASF, Urgência e Emergência

(UPA's e Rede Hospitalar), Saúde Mental (CAPS e Residências Terapêuticas) e atendimento domiciliar (Melhor em casa).

---

## INTERFACES:

---

A Assistência Farmacêutica é uma atividade multidisciplinar. A produção de conhecimento é considerada estratégica para seu desenvolvimento, bem como o desenvolvimento dos recursos humanos e serviços. Exige articulação permanente com áreas técnicas, administrativas, coordenações de programas estratégicos de saúde – Hanseníase, Tuberculose, Saúde Mental, Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Vigilância Sanitária, Epidemiológica, área administrativa-financeira, planejamento, material e patrimônio, licitação, auditoria, Ministério Público, órgãos de controles, Conselho de Saúde, profissionais de saúde, entidades de classe, universidades, fornecedores e setores de comunicação da Secretaria, entre outros segmentos da sociedade, para melhor execução, divulgação e apoio às suas ações. De acordo com o organograma da SESAP o serviço de Assistência Farmacêutica possui uma coordenação que está diretamente subordinada a subsecretaria Assistencial.

A Assistência Farmacêutica está inserida no organograma da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Barbacena (SESAP) diretamente subordinada à Subsecretaria de Promoção e Ações de Saúde, esta, por sua vez está diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde.

A Coordenação de Assistência Farmacêutica é responsável pelo controle de todas as unidades dispensadoras de medicamentos (Farmácia da Saúde Mental, Componente Especializado, Componente Estratégico, Farmácias dos Distritos Sanitários, Farmácia Popular, e Almoxarifado)

---

## METAS:

---

### 2013-2014

- Estabelecer a inserção da Assistência Farmacêutica na estrutura organizacional da rede municipal de saúde;
- Readequar os programas de Atendimento à População Carente e Suplementação Alimentar;
- Otimizar as etapas de Seleção, Programação, Aquisição e Distribuição de medicamentos da Assistência Farmacêutica;
- Qualificar a Assistência Farmacêutica;
- Criar a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Instituir a REMUME – Relação Municipal de Medicamentos ampliando a oferta de medicamentos no município e reduzindo a judicialização;
- Instituir educação permanente para os farmacêuticos e demais servidores do setor.

### 2014 – 2015

- Inserir o município na rede Farmácia de Minas com a construção de 8 Unidades Farmácia de Minas e 1 Farmácia Integrada;
- Instituir o CAPACIFAR (Programa de Capacitação Profissional ofertado pelo Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais) no município de Barbacena

### 2016

- Implantação do centro de pesquisa e monitoração em saúde no âmbito da assistência farmacêutica municipal e implementação do serviço com base nos resultados obtidos.

<b>PROGRAMA</b>	<b>SAUDE NOS BAIROS - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>
<b>OBJETIVOS</b>	Garantir a assistência farmacêutica para toda a rede pública de saúde e para os cidadãos barbacenenses que dela dependem diretamente.

## DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM DESEMPENHADAS

### 1. ORGANIZAR AS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica no município ficará organizada da seguinte forma:

Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF):

Os medicamentos básicos são aqueles destinados à atenção primária à saúde. Os recursos anuais tripartites (federal, estadual e municipal) destinados à execução do CBAF são calculados sobre a população IBGE. Os medicamentos deste componente são adquiridos pelo município com recurso tripartite, federal, estadual e municipal e distribuídos para os Distritos Sanitários do Município (Lei Delegada nº60 de 13/05/2013).

Os valores dos recursos financeiros destinados ao cumprimento da programação anual de medicamentos básicos são pactuados em deliberação CIB-SUS.

Os recursos federal e municipal serão depositados no fundo municipal de saúde e sua gestão ficará a cargo do município. O recurso estadual será entregue ao município em medicamentos. É responsabilidade do município a aquisição e distribuição aos usuários dos medicamentos adquiridos com o recurso financeiro de Assistência Farmacêutica depositado no Fundo Municipal de Saúde.

Para regulamentar os medicamentos a serem disponibilizados pelo CBAF, fica determinado que a Relação Municipal de Medicamentos Básicos - REMUME (Anexo I) será a lista dos medicamentos disponíveis deste componente. Os medicamentos constantes na REMUME ficarão disponíveis para distribuição gratuita nas unidades de referência dos distritos sanitários descritas abaixo.

Para adquirir os medicamentos da REMUME o usuário ou responsável deverá procurar a farmácia de referência da residência do usuário portando receita médica do SUS, legível, devidamente preenchida conforme normas vigentes para prescrição médica, documento de identificação e cartão do SUS do usuário.

Tendo em vista o estudo epidemiológico do município e a constatação de que as seis principais causas de internações hospitalares em Barbacena por causas sensíveis à atenção básica ocorrem pelos CID's: I20 (angina pectoris), I50 (Insuficiência cardíaca), I64 (AVC NE), J15 (Pneumonia bacteriana), J44(DPOC) e N39 (Transtornos do TU); propõe-se a implementação da oferta de medicamentos juntamente com atendimento para melhoria do cuidado na atenção primária.

De acordo com a Lei Delegada nº60 de 13/05/2013 que reformulou a área de abrangência dos distritos sanitários, definida anteriormente pela Portaria Municipal nº 032/2009, tem-se uma unidade de farmácia de referência com a devida área de abrangência conforme descrito:

- I. **Distrito Sanitário I – Santa Efigênia:** Santa Efigênia, Novo Horizonte, Caminho Novo, Santo Antonio, São Pedro, Guarani, Água Santa, Caeté, Margaridas e Cabeça Branca;
- II. **Distrito Sanitário II - Vilela:** Vilela, Caiçaras, Passarinhos, Penha, Ipanema, Nova Cidade, Nova Suíça, Jardim das Alterosas, Boa Vista, Andaraí, São José, Tijuca e Chácara das Andorinhas;
- III. **Distrito Sanitário III - Carmo:** Carmo, Fátima, Bom Pastor, Dom Bosco, Campo, Jardim, Ponte do Cosme, Loteamento Ceolin e Serra Verde;
- IV. **Distrito Sanitário IV - Funcionários:** Funcionários, Nossa Senhora Aparecida, Diniz I e II, Floresta e São Jorge;
- V. **Distrito Sanitário V - Grogotó:** Grogotó, Vista Alegre, São Francisco, Santa Luzia, Panorama, Vale das Rosas, João Paulo II, Nove de Março, Santa Maria, Jacó, Serrão, São João Batista, Violetes, Bananal, Caxambu, Patrimônio, Rosa Park, Loteamento Loschi e Cidade Verde;
- VI. **Distrito Sanitário VI – Santa Cecília:** Santa Cecília, Valentim Prenassi, Monte Mário, Monsenhor Mário Quintão, São Cristóvão, Eucisa, Retiro das Rosas, São Vicente de Paulo e Residencial Savassi;
- VII. **Distrito Sanitário VII - Centro:** Centro, Mansões, Boa Morte, São Geraldo, Belvedere, Santa Tereza I e II, Pontilhão, São Sebastião, Padre Cunha, Ponto Chic, Quilombola, Padre Brito, Conquista, Invejosa, Faria, Colônia Rodrigo Silva e Roman;
- VIII. **Distrito Sanitário VIII – Correia de Almeida:** Correia de Almeida, Costas da Mantiqueira, Campestre II, Torres, Palmital, Galego, José Luis, Pedra, Barbosa, Pombal e Quintas da Mantiqueira;
- IX. **Distrito Sanitário IX – Senhora das Dores:** Senhora das Dores, Estiva, Sete Fogões, Vargem Grande, Várzea dos Cochos, Moraes, Grota da Pedra, Graminha, Carapinas, Argola, Campestre I e Pinheiro Grosso.

Estas unidades terão atendimento por profissional farmacêutico dentro das normas sanitárias vigentes (Portaria 344/98, RDC44, RDC61 e RDC20, etc).

O recurso destinado ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, referente às contrapartidas Federal e Municipal, poderá ser utilizado na aquisição de outros medicamentos além dos constantes na REMUME, desde que pertencentes à RENAME vigente.

Na ausência do medicamento prescrito na lista da REMUME, o usuário poderá fazer uma solicitação deste medicamento para a Câmara Técnica da SESAP. Para solicitar medicamentos da RENAME não padronizados na REMUME, o usuário deverá encaminhar à coordenação de Assistência Farmacêutica a documentação referenciada no Anexo II deste plano municipal.

A Assistência Farmacêutica fará a análise da solicitação e se o medicamento pertencer à RENAME vigente, os documentos serão encaminhados para a Câmara Técnica da SESAP que terá um prazo de até 60 dias para analisar e encaminhar o parecer técnico à Central de Assistência Farmacêutica. O Fluxograma deste procedimento consta no Anexo III.

---

## COMPONENTE ESPECIALIZADO

---

Também denominados medicamentos de alto custo. Destinados a doenças raras que seguem diretrizes próprias. São em geral medicamentos de uso prolongado e alto custo. O estado é o responsável pela aquisição, distribuição e autorização da dispensação dos medicamentos deste componente. O município auxilia a dispensação do medicamento, montagem dos processos e renovações por meio do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica.

Para solicitar o medicamento deste componente é necessário preencher a documentação referente ao protocolo clínico do qual ele faz parte. O município mantém um unidade de alto custo que é responsável pela orientação ao usuário.

Os processos são analisados, pelo Estado de acordo com os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas específicos para as patologias autorizadas (CID 10) na Portaria MS N° 2981/2009.

Como atualmente o município faz todo o gerenciamentos deste componente, ficando o estado responsável apenas pelo fornecimento dos produtos aos municípios, propõe-se a implantação de uma Unidade Integrada da Rede Farmácia de Minas no centro da cidade a fim de solucionar o problema de acesso, controle e recurso destinado a este componente.

A Unidade Integrada da Rede Farmácia de Minas é um programa do Governo Estadual que visa a melhoria dos serviços de Assistência Farmacêutica.

---

## PROGRAMA PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO CARENTE

---

Para atender a uma demanda crescente por medicamentos não padronizados e atender à população considerada de baixa renda/carente, o município de Barbacena criou em 2009 o Programa de Atendimento à População Carente.

Este programa teve o seu financiamento aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde utilizando parte do recurso financeiro da atenção básica até um limite mensal de R\$10.000,00

No entanto, a demanda atual tem mostrado a necessidade cada vez maior de recursos para atender a este programa e na maioria das vezes são medicamentos que não pertencem a RENAME ou estão inseridos em algum componente da AF.

Propõe-se neste plano alterar a forma como é realizado o atendimento desta população utilizando-se do sistema de redes integradas de forma a garantir a atuação das equipes no controle e avaliação das solicitações

As redes de atenção, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, são responsáveis por uma população definida num processo de territorialização, tendo as famílias cadastradas e classificadas por riscos sócios sanitários. Essa população está vinculada às equipes de atenção primária, tem suas subpopulações identificadas por fatores de risco, tem as suas doenças ou condições estabelecidas por graus de risco e com as subpopulações com muito alto risco identificada.

Desta forma, aqueles que necessitam de medicamentos não padronizados devem ser encaminhados pela equipe de saúde local com a documentação necessária (Anexo IV) a fim de ser atendido com o recurso destinado a este programa conforme planilha de financiamento da Assistência Farmacêutica.

A documentação encaminhada será analisada pela Câmara Técnica da SESAP que dará o parecer técnico para a aquisição ou negativa caso seja pertinente.

Os critérios para deferimento serão baseados em protocolos clínicos pré-estabelecidos para tratamento da doença e nas condições de risco do cidadão conforme classificação da equipe de saúde (ESF) e não mais na renda familiar.

Os medicamentos serão adquiridos para um período de 180 dias quando deverá ser feita a renovação do pedido e reavaliação pela equipe de saúde conforme documentação do anexo V.

Critérios para deferimento das solicitações:

- O paciente deve residir no município de Barbacena;
- O paciente deve ser cadastrado e acompanhado na atenção primária;
- O paciente deve estar classificado com grau de risco socio sanitário;
- As prescrições devem ser originadas de médicos da Rede Assistencial do SUS municipal;
- Deverá ser encaminhada as documentações e relatório dos profissionais de saúde envolvidos (enfermeiro, assistente social, etc) comprovando a situação socioeconômica e socio sanitária do paciente;
- O tratamento deve seguir o protocolo clínico e diretriz terapêutica da doença;
- A equipe de saúde responsável pela área de residência do usuário atendido pelo programa irá acompanhar o fornecimento do medicamento até que o problema esteja controlado e o fornecimento suspenso;
- Serão atendidos neste programa apenas medicamentos que não estão contemplados nos demais componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico ou Especializado);
- Serão atendidos apenas medicamentos registrados pela ANVISA e que estejam prescritos conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde (Acesso pelos sites [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) ou [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)).

Este não será um programa de fornecimento de medicamentos, uma vez que todos os medicamentos fornecidos pela assistência farmacêutica municipal estarão disponíveis para a população adscrita. Este será um programa para atendimento a uma demanda temporária a fim de sanar uma necessidade especial com o objetivo de preservação da vida.

## PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

---

Criado em 2012, este programa visa o atendimento às demandas por leites e dietas necessários à suplementação alimentar.

Tendo em vista o uso racional da suplementação e o estímulo ao aleitamento materno, propõe-se a readequação deste programa de forma a garantir o uso racional e o atendimento da população que realmente necessita, com atendimento médico e de nutricionista.

Nesta reestruturação este programa deverá ficar vinculado à equipe de ESF e não mais diretamente à AF.

O financiamento não mais será com utilização do recurso referente à contrapartida da Assistência Farmacêutica.

Critérios para deferimento das solicitações:

- O paciente deve residir no município de Barbacena;
- O paciente deve ser cadastrado e acompanhado na atenção primária;
- O paciente deve estar classificado com grau de risco socio sanitário. O paciente deve atender aos critérios estabelecidos em protocolo clínico de atendimento e diretriz terapêutica a ser formulado por equipe multidisciplinar;
- O paciente deve atender aos critérios socioeconômico estabelecido semelhante ao programa bolsa família (Renda *per capita* não excedente a meio salário mínimo. Observe-se que o § 1º do artigo 20 da Lei de Organização de Assistência Social, Lei nº 8.742/93, define família como o conjunto de pessoas que vivam sobre o mesmo teto);
- As prescrições devem ser originadas de médicos ou nutricionistas da Rede Assistencial do SUS municipal;

- Deverá ser encaminhada documentação e relatório dos profissionais de saúde envolvidos (enfermeiro, assistente social, etc) comprovando a situação socio-econômica e socio sanitária do paciente;
- Deve-se priorizar o aleitamento materno;
- Dietas para pacientes oncológicos não serão atendidas por este programa uma vez que o tratamento necessário aos pacientes oncológicos são garantidos pelos centros de alta complexidade em oncologia (CACON), credenciados pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br);
- O fornecimento de leites e dietas ocorrerá de acordo com o protocolo clínico estabelecido pelo município de Barbacena e a lista de itens padronizados.

---

## MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIAL

---

São medicamentos destinados ao uso interno nas Unidades Básicas de Saúde pelas equipes de ESF's. O financiamento destes medicamentos será com recurso PAB conforme orçamento municipal.

A lista dos itens fornecidos está disponível no Anexo I.

Para requisitá-los o enfermeiro da unidade deverá utilizar o sistema Fly Saúde e fazer a solicitação à farmácia que irá separar os itens solicitados conforme disponibilidade.

A unidade solicitante deverá retirar os itens na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico).

---

## MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS UBS'S

---

São medicamentos destinados ao uso interno nas Unidades Básicas de Saúde pelas equipes de ESF's durante os atendimentos de urgência e emergência. O financiamento destes medicamentos será com recurso PAB conforme orçamento municipal.

A lista dos itens fornecidos está disponível no Anexo I.

Para requisitá-los o enfermeiro da unidade deverá utilizar o sistema Fly Saúde e fazer a solicitação à farmácia que irá separar os itens solicitados conforme disponibilidade.

Os itens deverão estar armazenados sob os cuidados do enfermeiro da unidade que procederá a reposição das maletas de urgência e emergência conforme procedimento operacional (Anexo VIII).

A unidade solicitante deverá retirar os itens na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) apresentando documento de reposição (anexo VIII) assinado e carimbado por enfermeiro ou médico da unidade.

---

## MEDICAMENTOS PARA USO EM PROCEDIMENTOS NO CENTRO AMBULATORIAL AGOSTINHO PAULLOCI

---

São os medicamentos destinados ao uso interno do Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci durante os atendimentos ambulatoriais, de urgência e emergência. O financiamento destes medicamentos será com recurso para manutenção das atividades do CEMED conforme orçamento municipal.

A lista dos itens fornecidos está disponível no Anexo I.

Estes medicamentos ficarão sob o cuidado direto da administração do Centro Ambulatorial e suas solicitações não serão feitas através da assistência farmacêutica municipal.

---

## MEDICAMENTOS PARA A SAÚDE MENTAL (CAPS E RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS)

---

São os medicamentos destinados ao atendimento das demandas decorrentes do CAPS, CAPS AD e Residências Terapêuticas que integram o serviço de Saúde Mental do município. O financiamento destes medicamentos será com recurso da Saúde Mental e os itens serão disponibilizados através da Assistência Farmacêutica mediante solicitação da equipe representada pelo farmacêutico.

---

## MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTOS AO PROGRAMA MELHOR EM CASA

---

São medicamentos para atender a demanda deste programa que tem como objetivo principal melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família. Estes medicamentos são financiados pelo governo federal e fornecidos à equipe através do serviço de Assistência Farmacêutica municipal.

Como o programa está em fase de implantação a lista de medicamentos está sendo formulada conforme a demanda e o perfil do município.

### RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS MUNICIPAL

<b>Medicamentos para atenção básica</b>
AAS 100mg
Ácido fólico 5mg
Albendazol 400mg
Alendronato sodico 10mg
Alendronato sódico 70mg
Alopurinol 100mg
Alopurinol 300mg
Amiodarona 200mg
Amitriptilina 25mg
Amoxicilina 250mg/5ml susp
Amoxicilina 500mg
Amoxicilina+Clavulonato 500/125mg
Amoxicilina+Clavulontao 250/62,5mg
Anlodipino 5mg
Atenolol 50mg
Azitromicina 500mg
Benzetacil1200000 amp
Biperideno 2mg
Captopril 25mg
Carbamazepina 2% xpe
Carbamazepina 200mg
Carbonato de Calcio 500mg
Carbonato de lítio 300mg cp
Carvedilol 12,5 mg
Carvedilol 3,125 mg

Cefalexina 250mg/5ml susp.
Cefalexina 500mg cp
Cetoconazol Cr
Claritromicina 500mg cp
Clenil spray 250mcg
Clenil spray nasal 50mcg
Clenil spray oral 50mcg
Clomipramina 25mg
Clonazepam 2,5mg/ml gotas
Clonazepam 2mg
Clorpromazina 100mg
Clorpromazina 25mg cp
Dexametasona Cr
Dexclorfeniramina 2mg cp
Dexclorfeniramina xpe
Diazepam 10mg
Digoxina 0,25mg
Dipirona gts
Enalapril 10mg
Enalapril 20mg cp
Espironolactona 25mg cp
Fenitoina 100mg cp
Fenobarbital 100mg
Fluconazol 150mg capsula
Fluoxetina 20mg capsula
Furosemida 40mg cp
Glibenclaminda 5mg cp
Haloperidol 2mg/ml gts
Haloperidol 5mg cp
Haloperidol decanoato
Hidroclorotiazida 25mg cp
Ibuprofeno 600mg cp
Ibuprofeno xpe 20mg/mL
Imipramina 25mg
Isossorbida 40mg cp
Ivermectina 6mg cp
Levodopa+Benserazida 100/25mg
Levodopa+Benserazida 200/50mg
Levotiroxina sodica 25mcg
Levotiroxina sódica 50mcg
Levotiroxina sódica 100mcg
Loratadina 10mg cp
Loratadina xpe 5mg/5mL
Losartana 25mg cp
Losartana 50mg cp
Mebendazol 100mg cp

Mebendazol suspensão
Metformina 850mg cp
Metildopa 500mg cp
Metildopa 250mg cp
Metoclopramida gotas
Metoclopramida 10mg cp
Metoprolol succinato 25mg
Metoprolol succinato 50mg
Metronidazol 250mg
Metronidazol susp 40mg/ml
Miconazol creme vaginal
Neomicina pomade
Nifedipina 20mg
Nortriptilina 10mg cp
Nortriptilina 25mg
Nortriptilina 50mg
Omeprazol 20mg
Paracetamol 500mg cp
Paracetamol gotas
Deltametrina 0,2mg/mL shampoo
Prednisolona 1mg/ml
Prednisona 20mg cp
Prednisona 5mg cp
Propranolol 40mg cp
Salbutamol aerosol
Sinvastatina 10mg cp
Sinvastatina 40mg cp
SMT + TMP 400/80 mg cp
SMT + TMP suspensão
SRO pó - faz 1L
Sulfato Ferroso cp
Sulfato ferroso gts
Timolol 0,25 colírio
Timolol 0,5 colírio
Valproato de sodio 250mg
Varfarina 5mg
Verapamil 80mg

<b>Medicamentos de uso ambulatorial em procedimentos</b>
Kollagenase pomada sem cloranfenicol - tubo com 15g
Dexametasona creme - tubo com 10g
Sulfadiazina de Prata - tubo com 30g
Cloreto de Sódio 0,9% - frasco com 250mL para curativo
Sulfato de neomicina + bacitracina pomada - tubo com 10g
Lidocaina gel - tubo com 30g
Papaina 2% - tubo com 30g

Papaina 5% - tubo com 30g
Papaina 10% - tubo com 30g

<b>Medicamentos para uso em procedimentos de urgência e emergência das UBS's</b>
ABD ampola 10MI
Aminofilina 24mg/mL ampola 10mL
Amiodarona 50mg/mL ampola 3mL
Atropina 0,5mg ampola 1mL
Bicarbonato de sódio 8,4% 10mL
Bicarbonato de sódio 5%
Cedilanide 0,2mg/mL ampola 2mL
Cloreto de potássio (KCL) 10% ampola 10mL
Cloreto de sódio ampola 10mL a 20%
Cloridrato de lidocaina 2% com vasoconstritor
Cloridrato de lidocaina 2% sem vasoconstritor
Dexametasona ampola
Diazepam 10mg ampola 1mL
Dinitrato de isossorbida 10mg comprimido sublingual
Dipirona ampola
Dopamina 5mg/mL ampola 10mL
Epinefrina ampola
Fenitoina 50mg/mL ampola 5mL
Fenobarbital 200mg ampola 1mL
Fentanil 0,0785mg/mL ampola 10mL
Furosemida 10mg/ml ampola 2mL
Glicose hipertônica 50% ampola 20mL
Gluconato de cálcio 10% frasco ampola 10mL
Haloperidol 5mg ampola 1mL
Heparina 500UI ampola 0,25mL
Hidrocortisona 500mg frasco-ampola + diluente (2mL)
Hioscina + Escopolamina ampola
Metoclopramida 10mg/2mL ampola
Midazolam 15mg ampola 3mL
Nifedipina sublingual 10mg comprimido sublingual
Noradrenalina ampola
Prometazina 50mg ampola 10mL
Soro fisiológico 0,9% 250mL sistema fechado
Soro fisiológico 0,9% 500mL sistema fechado
Soro glicosado 5% 250mL
Soro glicosado 5% 500mL
Sulfato de magnésio 50% ampola 10mL

## BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### SITUAÇÃO ATUAL

O objetivo é executar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde, norteado pelo Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde - Resolução SES nº3.717/2013, que organiza a Vigilância assim exposta:

1. Promoção da Saúde;
2. Vigilância Ambiental;
3. Vigilância a Saúde do Trabalhador;
4. Vigilância Epidemiológica;
5. Vigilância Sanitária.

Embasados na referida Resolução, avaliamos e executamos as metas no prazo quadrimestral para a vigência de um ano:

ÁREA	AÇÃO	FONTE DE DADOS
<b>Promoção da Saúde</b>	Realizar atividades físicas/prática corporal destinada aos idosos, hipertensos e diabéticos	SIAB e Planilhas de consolidado mensal e frequência.
<b>Promoção da Saúde</b>	Realizar a vigilância alimentar e nutricional de crianças de 0 a 5 anos, gestantes e idosos	SISVAN WEB
<b>Promoção da Saúde</b>	Notificar os casos de violência no SINAN	SINAN
<b>Promoção da Saúde</b>	Implantar ambientes livres de tabaco nas unidades de saúde	Base de dados da SMS CNES Registro de atas
<b>Promoção da Saúde</b>	Implantar o Núcleo Intersetorial de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz	Base de dados da SMS
<b>Vigilância Ambiental</b>	Realizar a vigilância de acidentes por animais peçonhentos, por meio de notificação, investigação e encerramento de casos	SINAN
<b>Vigilância Ambiental</b>	Garantir a cobertura adequada das visitas realizadas pelos Agentes de Controle de Endemias para o controle da Dengue	SMS PCFAD
<b>Vigilância Ambiental</b>	Realizar supervisão de campo das atividades de controle vetorial da Dengue	SMS PCFAD
<b>Vigilância Ambiental</b>	Realizar pesquisa de triatomíneos conforme estratificação de risco para Doença de Chagas	SIS-PCDCh
<b>Vigilância Ambiental</b>	Realizar notificação e	NEA

	investigação das emergências ambientais	Coordenadoria Estadual de Defesa Civil
<b>Vigilância Ambiental</b>	Realizar a investigação epidemiológica dos casos humanos de Leishmaniose Visceral	SINAN
<b>Vigilância Ambiental</b>	Alimentar os dados referentes ao controle e a vigilância da água para consumo humano no SISÁGUA	SISÁGUA
<b>Vigilância Ambiental</b>	Realizar, mensalmente, a vigilância da qualidade da água para consumo humano no parâmetro Coliformes Totais	SISÁGUA
<b>Vigilância Ambiental</b>	Garantir a vacinação antirrábica a todos os cães e gatos do município	SI-PNI
<b>Vigilância à Saúde do Trabalhador</b>	Investigar os acidentes de transporte de carga envolvendo produtos perigosos pelo NEA	FormSUS
<b>Vigilância à Saúde do Trabalhador</b>	Investigar os acidentes de trabalho grave	SINAN
<b>Vigilância à Saúde do Trabalhador</b>	Realizar o diagnóstico do perfil produtivo das Unidades de Saúde que tenham ESF e PACS	Fonte de dados da SMS
<b>Vigilância à Saúde do Trabalhador</b>	Elaborar e executar Plano de Ação Municipal em Saúde do Trabalhador	Plano de Ação em Saúde do Trabalhador
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Investigar oportunamente os óbitos fetais	SIM-WEB
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Investigar oportunamente os óbitos infantis	SIM-WEB
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Investigar oportunamente os óbitos maternos declarados	SIM-WEB
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Investigar oportunamente os óbitos de Mulheres em Idade Fértil por causas presumíveis de morte materna	SIM-WEB
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Digitar as ações de prevenção e controle dos agravos da Dengue e Febre Amarela no PCFAD	PCFAD Formulários
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Digitar mensalmente no SI-PNI/API todas as doses de imunobiológicos aplicadas	SI-PNI/API
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Notificar ao CIEVS-MG, em até 24 horas após o início do evento, a ocorrência de agravos constantes da lista	SIME/CIEVS-MG

	de Doenças de Notificação Compulsória	
<b>Vigilância da Situação de Saúde</b>	Notificar, digitar e encerrar no SINAN, as doenças, os agravos e os eventos em saúde pública de notificação compulsória	SINAN
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Realizar vacinação para as crianças de 0 a menos de 2 anos contemplados no CNV	SI-PNI/API
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Realizar e alcançar as metas preconizadas das CNV para Influenza e Poliomielite	SI-PNI
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Notificar e investigar adequadamente todo caso de eventos adversos à vacinação	EAPV
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Monitoramento rápido de cobertura vacinal pós-campanha de Multivacinação	SI-PNI
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Investigar adequadamente todo caso suspeito de doença exantemática (sarampo/rubéola)	SINAN
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Investigar contatos domiciliares de todo caso suspeito de coqueluche	SINAN Informação do GAL
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Investigar adequadamente todo surto de doença de transmissão hídrica/alimentar (DTA), diarreias agudas (DDA) e hepatite A	SINAN
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Realizar a vigilância de contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase e tratar todo caso novo	SINANNET – Hanseníase
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Identificar e examinar os Sintomáticos Respiratórios estimados	Planilha de monitoramento padronizada pela Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Coletar amostra clínica (líquor, sangue e soro) em todo caso confirmado de Meningite para identificação do agente etiológico e adoção de medidas de controle e prevenção em tempo hábil	SINAN
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Coletar amostra clínica (líquor, sangue e soro) de todo caso suspeito de Doença Meningocócica para	SINAN

	identificação do agente etiológico e adoção de medidas de controle e prevenção em tempo hábil	
<b>Vigilância Sanitária</b>	Implantar e baixar normas relativas às ações de vigilância em saúde no âmbito de sua competência	ANVISA
<b>Vigilância Sanitária</b>	Inspeccionar estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde	ANVISA
<b>Vigilância Sanitária</b>	Instaurar e julgar processo administrativo, no âmbito de sua competência	SES/SVS
<b>Vigilância Sanitária</b>	Conceder alvará sanitário para funcionamento de estabelecimento de interesse sanitário	SES/SVS
<b>Vigilância Sanitária</b>	Coletar amostra para análise e controle sanitário	SES/SVS
<b>Vigilância Sanitária</b>	Investigação de surto provocado por DTA	SES/SVS
<b>Vigilância Sanitária</b>	Lavrar autos, expedir notificações, apreender e inutilizar produtos sujeitos ao controle sanitário	SES/SVS
<b>Vigilância Sanitária</b>	Realizar ações educativas direcionadas aos estabelecimentos de interesse à saúde	SES/SVS
<b>Vigilância Sanitária</b>	Implementação de medidas de controle e supressão de fatores de risco para a saúde	ANVISA SES/SVS SMS

RELATÓRIO ANUAL DE 2013 - INSPEÇÕES REALIZADAS												
JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
44	80	122	180	168	114	105	115	76	112	72	77	1265

Fonte: TABNET/DATASUS

## SITUAÇÃO DESEJADA

### RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS A MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA

- ✓ 01 Engenheiro(a) ou Arquiteto(a) com especialização em análise de projeto arquitetônico de estabelecimentos à saúde;
- ✓ 01 Farmacêutico(a);
- ✓ 01 Nutricionista;
- ✓ 01 Fisioterapeuta;
- ✓ 01 Veterinário(a);

- ✓ 01 Cirurgião Dentista;
- ✓ 01 Enfermeiro(a);
- ✓ 03 Profissionais de Nível Médio;
- ✓ Será necessária a presença de 02 motoristas para atender a equipe da Vigilância Sanitária.

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE

POTENCIALIDADES	DESAFIOS
Coberturas vacinais além da meta estipulada pelo MS;	Recursos estagnados nas contas devido à burocratização e contrapartida do município;
Investigações de agravos realizadas em prazo oportuno;	Equipe de campo incompleta/número insuficiente de agentes de endemias;
Parceria com o Controle Social;	Insuficiência de transporte e falta de manutenção da frota;
Recurso próprio;	Falta de profissionais capacitados e falta de comprometimento de alguns membros da equipe;
Articulação favorecida com a SES/MG e MS;	Equipe reduzida para programa de Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador;
Facilidade para realização de capacitações; [CEREST]	Falta de EPI, crachá, uniforme, identificação, vale transporte para deslocamento dos agentes e logística;
Central de Distribuição e Controle de Imunobiológicos Humanos que controla e distribui todos os imunobiológicos humanos nas unidades de saúde e serviços conveniados; Controle e distribuição dos soros humanos e imunoessenciais;	Busca ativa de Declarações de Óbito;
Cumprimento de > 80% das ações do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde;	Comitê de Mortalidade funcionando precariamente;
Resultado positivo das campanhas de vacinação antirrábica;	Dificuldade de atendimento de toda área do CEREST devido à equipe reduzida e ao número de municípios a serem atendidos;
Implantação da Hora do Trabalhador e Projeto de Agroecologia, Homeopatia, Saúde e Segurança no Trabalho Rural;	Sede própria para o CEREST;
Coleta de amostras para análise e controle sanitário;	Falta de fluxo de referência e contra-referência em Saúde do Trabalhador;
Realização de ações educativas direcionadas aos estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde;	Excesso de animais errantes em vias públicas devido à inexistência de um Centro de Controle de Zoonoses ou Canil Municipal;
Implementação de medidas de controle e supressão de fatores de risco para a saúde;	

## DIRETRIZES DA 8ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBACENA

### PRIMEIRA DIRETRIZ - COMO ORGANIZAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BARBACENA?

A gestão deverá dar prioridade às ações básicas de saúde, atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

<b>PROPOSTAS APROVADAS:</b>
<b>1. Garantir o cumprimento da carga horária completa pelos profissionais médicos e cirurgiões dentistas da ESF/AB;</b>
<b>2. Garantir 8 horas semanais destinadas a planejamento das ações (reunião de equipe, reunião de grupo, estudo de casos, elaboração de Protocolos, repensar os processos de trabalho) para todos os profissionais da equipe incluindo nível médio e superior;</b>
<b>3. Capacitação dos ACS em serviço pelas equipes;</b>
<b>4. Garantir ação educacional para os Agentes Comunitários de Saúde conforme política de educação permanente;</b>
<b>5. Firmar contrato de gestão com os profissionais da saúde podendo bonificá-los com a verba do PMAQ;</b>
<b>6. Adequar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde. De acordo com a legislação atual do Estado e do MS;</b>
<b>7. Adequar do espaço físico: hoje as condições de trabalho são precárias, prédio úmido (quando chove corredor costuma ficar inundado, água escorre pelas paredes e teto pondo em risco equipamentos elétricos);</b>
<b>8. Adequar o Funcionamento da Farmácia básica, para garantir atenção durante todo o período de funcionamento nos distritos sanitários, com a presença do profissional farmacêutico em período integral e medicações em quantidade suficiente;</b>
<b>9. Adquirir os equipamentos para exame da qualidade da água para consumo</b>

<b>humano (recebemos apenas os reagentes);</b>
<b>10. Ampliar as equipes do NASF para que estas possam dar cobertura a 100% das equipes da ESF;</b>
<b>11. Aumentar a resolutividade da atenção básica por meio da efetiva ação da ESF/ESB de tal forma que esta seja capaz de solucionar no âmbito do território 85% das necessidades do cidadão;</b>
<b>12. Conclusão e inauguração das Unidades Básicas de Saúde Funcionários, Vilela e Nova Suíça;</b>
<b>13. Construção de uma UBS no Bairro Monde Mário;</b>
<b>14. Construir , equipar, contratar e manter o funcionamento do Centro de Zoonose;</b>
<b>15. Construir e implantar de forma prioritária o Centro Viva Vida com atendimento para mulheres, crianças e gestantes e desta forma suprir um déficit assistencial da maior relevância no contexto assistencial;</b>
<b>16. Contratação de digitadores em número suficientes para o SISVAN e o Bolsa Família; VS;</b>
<b>17. Definir a população real (dados do SIAB não condizem com a realidade, segundo frequentes queixas da população); implantar o E-sus até março de 2014;</b>
<b>18. Disponibilidade de veículos e manutenção dos mesmos – pelo menos 03 (três) veículos exclusivos para a Vigilância Epidemiológica, para os deslocamentos em campo para cumprimento do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD - (atender 06 (seis) Levantamentos de Índices de Infestação Predial (LIs), 06 (seis) ciclos de tratamento focal ou perifocal; 03 (três) Levantamentos de Índices Rápidos (LIRAA); para atender à Vigilância Ambiental, ao Programa de Controle da Esquistossomose, para realizar busca ativa e investigações de óbitos; 02 (dois) veículos exclusivos para as ações de Vigilância Sanitária, dentre elas as investigações de surtos (transmitidos por alimentos ou outros), acidentes com cargas perigosas juntamente com a Vigilância Epidemiológica e outros órgãos de controle ambiental;</b>
<b>19. Disponibilizar para a população Unidades Básicas de Saúde adequadas, com acessibilidade, manutenção, limpeza, acolhimento, humanização, recursos humanos suficientes e treinados para o desenvolvimento das atribuições que lhes competem. Implantar instrumento de referência e contra-referência;</b>
<b>20. Estabelecer fluxos de atendimento para os serviços especializados (melhorar os níveis de acesso, reduzir o tempo de espera, aumentar a efetividade da atenção primária, estabelecer mecanismos de referência e contra-referências);</b>
<b>21. Garantir 1 ginecologista e obstetra e 1 pediatra em cada distrito sanitário;</b>
<b>22. Garantir as condições mínimas de funcionamento para a Unidade de Padre Brito, inclusive com atenção odontológica regular; 1vez por semana;</b>
<b>23. Garantir Equipamentos de proteção individual (EPIs) – os ACEs lidam diretamente com produtos químicos (larvicidas, adulticidas) para combate aos focos que surjam;</b>
<b>24. Garantir Equipamentos e insumos, para todas os setores da SESAP (VS, administração);</b>
<b>25. Garantir espaço suficiente e adequado para o trabalho do NASF; com uma sala de reuniões e uma para guarda de materiais;</b>
<b>26. Garantir imediatamente uma linha telefônica e um aparelho telefônico de qualidade para todas UBS incluindo as unidades de apoio;</b>
<b>27. Garantir infraestrutura básica nos serviços de saúde, tais como, recursos humanos suficientes, auxiliar de serviços gerais, telefone, informatização, rotinas, fluxos e protocolos assistenciais compatíveis com a realidade local;</b>
<b>28. Garantir maior integração com a Atenção Básica e demais setores apoiadores</b>

(rede);
29. Garantir o fornecimento de insumos para o NASF;
30. Garantir o fornecimento dos medicamentos estratégicos para tratamento da TBC;
31. Garantir o número dos Agentes de Campo de Endemias com suficiência para a realização das atividades;
32. Garantir os equipamentos necessários, para que as vigilâncias tenham condições efetivas para o seu exercício de trabalho;
33. Garantir os insumos necessários para a saúde bucal, infraestrutura, equipamentos, implantação da rede de SB, manutenção preventiva e corretiva e comprometimento dos profissionais;
34. Garantir priorização do idoso, deficiente e da gestante em todos os pontos de atenção;
35. Garantir que os médicos da atenção primária exijam na consulta de retorno à contra referência da rede secundária e terciária;
36. Garantir um auxiliar/técnico de enfermagem nas UBS para apoio das ESF;
37. Garantir Uniformes, crachás, protetor solar, capa de chuva, boné, bota, e outros para os ACS e ACE;
38. Garantir os recursos financeiros necessários as ações de vigilância em saúde (hoje da ordem de R\$ 1.000.000,00 anual);
39. Implantar a política de Educação permanente para aprimorar o processo de prestação de serviços à comunidade, o servidor precisa compreender o seu campo de atuação, entender a dinâmica do trabalho e zelar pela saúde da população adstrita, para tal precisa conhecer melhor o funcionamento do sistema de saúde;
40. Implantar o sistema de comunicação e informação dos grupos operativos, junto a comunidade;
41. Implantar um sistema de referência e contra-referência;
42. Inserir um funcionário com perfil de administrador para auxiliar/secretariar/orientar/acompanhar o processo de aquisição dematerial permanente e equipamentos; de utilização de recursos que, muitas vezes, ficam “parados” nas contas (não temos formação técnico-administrativa);
43. Instituir uma equipe multidisciplinar para o enfrentamento de surtos e outros agravos de maiores proporções, sempre pronta e apta a exercer essa função, desde que devida e permanentemente capacitada; plano de contingência;
44. Melhorar a articulação da rede promovendo a integração dos diversos pontos de atenção;
45. Realizar a capacitação dos médicos no PEP (de forma especial para que eles possam atender os usuários das residências terapêuticas nas suas necessidades básicas, inclusive com a renovação das receitas), pois estes são moradores do bairro. Com o desenho do fluxo de saúde mental;
46. Realizar curso de qualificação para motoristas, serviços gerais, recepcionistas e atendentes para melhorar o atendimento;
47. Retirar a barreira física (vidro/grades) no atendimento, garantir acolhimento e humanização no atendimento das Unidades Básicas de Saúde;
48. Retomada do Consultório na Rua como uma política de prevenção de drogas ;
49. Fortalecer o controle social por meio de mobilização dos atores sociais buscando parcerias com as associações de bairros de modo a garantir o funcionamento dos conselhos locais tendo em vista promover uma rede capilarizada de cidadãos conscientes dos seus direitos e deveres;
50. Garantir um espaço seguro durante atendimento, implantar uma lógica de segurança para os trabalhadores que se sentem constantemente ameaçados. (guarda municipal);

<b>51. Melhorar a comunicação com informações sobre os serviços para usuários e servidores; processo de trabalho e conhecimento da rede como um todo;</b>
<b>52. Preencher corretamente todos os instrumentos de alimentação dos sistemas oficiais, com ênfase das DO;</b>
<b>53. Que o serviço de ouvidoria escute o profissional e garanta o amplo direito de defesa, além de também escutar o usuário.que as denúncias sejam feitas de forma clara;</b>
<b>54. Valorizar o servidor com implantação do plano de cargos e salários;</b>
<b>55. Garantir Unidade de Suporte Básico (serviço de ambulância) integrado a rede de urgência e emergência;</b>
<b>56. Melhorar os níveis de acesso ao sistema pré-hospitalar da urgência e emergência (SAMU não atende os Distritos à contento, de forma especial Padre Brito nas suas necessidades.</b>

## SEGUNDA DIRETRIZ - REDE ASSISTENCIAL E SUA INTERFACE COM ATENÇÃO BÁSICA

---

Redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de unidades funcionais e/ou pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A porta de entrada e base para a organização do sistema é a estrutura de atenção primária da saúde. Sob a égide deste novo conceito, o tema da regionalização deve ser visto dentro do marco do conceito de Rede. Desta forma, Regionalização é o processo de constituição de Regiões de Saúde, nas quais se arranjam redes regionalizadas de atenção à saúde, visando garantir a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a resolubilidade das ações e serviços de saúde. Desta forma Barbacena precisa suprir os vazios assistenciais, aprimorar o processo de gestão e melhorar a relação intergestores.

<b>PROPOSTAS APROVADAS</b>
<b>1. Adotar protocolos assistenciais que normalizem os critérios de encaminhamento, concessão, realização de procedimentos especializados, bem como coibir o clientelismo na fila de espera;</b>
<b>2. Reduzir o tempo de espera para concessão de exames e consultas especializadas preconizando que este tempo não poderá ultrapassar o tempo de máximo de 7 (sete) dias para os pacientes de risco e 30 (trinta) dias para os eletivos;</b>
<b>3. Implantar classificação de risco na rede de Atenção Primária estruturando a capacidade de oferta á necessidade de acesso;</b>
<b>4. Melhorar o fluxo assistencial, desburocratizar, tornar o sistema mais eficiente e humanizado estabelecer um protocolo de consulta ao serviço especializado;</b>
<b>5. Adotar protocolos para solicitação de exames com referência e contra referência por via eletrônica (SIGH);</b>
<b>6. Implantar Centro de Reabilitação com uma equipe multidisciplinar nas linhas de cuidados estabelecidas pelo Ministério, em atenção á crianças, idosos, portadores de deficiências, gestantes, saúde da mulher e saúde do trabalhador utilizando os espaços das extintas creches apropriando-os para um espaço de saúde;</b>
<b>7. Realizar uma Pesquisa de Satisfação sistematizada e periodicamente (avaliação dos serviços e dos prestadores);</b>
<b>8. Garantir na política da AF um cronograma de reavaliação periódica que atenda as linhas de atenção aos pacientes crônicos;</b>

9. Estabelecer uma rotina para resultados de exames realizados via Tratamento Fora do Domicílio;
10. Melhorar a articulação da rede promovendo a integração dos diversos pontos de atenção;
11. Aprimorar o transporte sanitário.
12. Garantir um serviço de oftalmologia nas urgência e emergência e atendimentos eletivos de forma sistematizada;
13. Melhorar o nível de acesso a consultas para pacientes oncológicos, reduzindo as faltas e otimizando a capacidade de oferta;
14. Implantar um Serviço de Verificação de Óbitos;
15. Garantir o jejum para os pacientes no dia de coleta de exames laboratoriais nas unidades básicas de saúde;
16. Implantar um serviço especializado de atenção ao idoso;
17. Garantir maior comprometimento por parte dos médicos especialistas evitando faltas e impedimentos;
18. Garantir priorização do idoso e da criança e da gestante em todos os pontos de atenção na integralidade no protocolo de risco;
19. Implantar o CEO (Centro Especializado de Odontologia);
20. Criação dos cargos de fonoaudiologia, nutricionista e fisioterapia no PCCS da saúde;
21. Estabelecer um sistema de referência e contrarreferência que promova a comunicação entre os vários pontos de atenção na saúde;
22. Implantar referência e contra-referência na rede através de um sistema on-line de informatização do prontuário eletrônico em todos os níveis de atenção atentos a linha de cuidados à saúde;
23. Implantar um Banco de coletas de sangue em Barbacena e aprimorar a política de sangue e hemoderivados;
24. O IMAIP possui 74 leitos que podem ser utilizados como leito de retaguarda nos casos menos complexos. Potencializar os leitos de retaguarda de acordo com a capacidade de oferta;
25. Criar um programa de cuidado especializado para os pacientes da APAE, implementando os SERDI com financiamento adequado;
26. Garantir manutenção preventiva e corretiva nos equipamentos da rede assistencial;
27. Garantir um espaço seguro durante o atendimento, implantar uma lógica de segurança para os trabalhadores que se sentem constantemente ameaçados;
28. Que o serviço de ouvidoria escute o profissional, garanta o amplo direito de defesa, além também escutar o usuário; que as denúncias sejam feitas, de forma clara com identificação e que a acareação seja justa;
29. Melhor a comunicação com informação sobre os serviços para os usuários sobre os serviços (cartilha do SUS) e treinamentos dos servidores quanto ao sistema;
30. Fortalecer o controle social dos atores, buscar parcerias com associação de bairro, isso promoverá uma rede capilarizada de cidadão conscientes de seus direitos e deveres;
31. Garantir o exame anual de fundo de olho dos portadores de Diabetes Mellitus.

TERCEIRA DIRETRIZ - CIDADÃO E O SEU PAPEL NO AUTOUIDADO E NA  
PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

---

<b>PROPOSTAS APROVADAS</b>
1. Capacitação permanente dos agentes de saúde nas questões de promoção à saúde e auto cuidado para atuação nas comunidades;
2. Fortalecer o controle social, implementando os conselhos locais, estruturando assim uma rede de cidadania;
3. Retomada do consultório na rua como uma política de prevenção de drogas, com a capacitação dos funcionários;
4. Realizar campanhas de educação em saúde para o usuário como forma de sensibilizá-lo do seu dever do auto cuidado;
5. Sensibilizar os agentes e a população nas questões relacionadas ao uso de agrotóxicos;
6. Melhorar a qualidade dos equipamentos utilizados na Rede de Atenção à Saúde, proporcionando melhores condições para o auto cuidado;
7. Aumentar o número de equipes do NASF;
8. Garantir o acesso ao recurso dos programas de atenção à saúde, otimizando assim as ações com a comunidade;
9. Agilidade na obtenção de material para o para ações de promoção e prevenção na saúde bucal;
10. Otimizar a atuação em grupos operativos, fazendo com que o próprio cidadão estabeleça suas metas e também o tempo para a avaliação dos resultados;
11. Otimizar o serviço de educação permanente da SESAP;
12. Implantar meios de informação e comunicação na SESAP, promovendo divulgação ampla dos projetos já existentes e demais ações do SUS;
13. Otimizar as ações contra a dengue em épocas de chuva, fornecendo meios e estrutura necessária para o trabalho dos agentes de endemia e sensibilizar a população quanto às visitas desses agentes. Realizar mutirão de limpeza na cidade, no mês de janeiro, porém com a participação dos cidadãos;
14. Elaborar planejamentos estratégicos para a implantação e manutenção das ações de promoção à saúde;
15. Implantar coleta seletiva no município;
16. Efetivação das salas de espera nas UBSs, para prevenção e educação dos usuários quanto ao auto cuidado;
17. Humanização dos profissionais nas ações de educação em saúde;
18. Fortalecer o vínculo e a comunicação dos serviços de atenção com a comunidade;
19. Melhorar o setor de transporte para que os profissionais consigam chegar à população;
20. Melhorar a atenção secundária para não desviar os profissionais da atenção primária das ações de promoção, para as ações de atendimento individualizado;
21. Realizar ampla divulgação das ações da Rede de Atenção à Saúde por todos os meios de comunicação possíveis e criar um jornal informativo da SESAP;
22. Inclusão do psicólogo na equipe de capacitação permanente, visando à sensibilização do profissional de saúde para o bom atendimento prestado ao usuário;
23. Aproximar as UBS das comunidades mais distantes no território adscrito;
24. Implantar as academias nas praças das comunidades;
25. Melhor aproveitamento dos espaços físicos das unidades;

26. Implantação do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ);
27. Melhorar as condições de higiene das unidades de saúde, mantendo o profissional de serviços gerais na unidade;
28. Desburocratização da saúde;
29. Aprimorar o vínculo entre SESAP e população, diminuindo a rotatividade de profissionais;
30. Implantação do Telessaúde;
31. Implantação do Programa de Práticas Integrativas Complementares (PIC);
32. Divulgar os fluxogramas da rede de atenção à saúde pra todos colaboradores da PMB por meio de cartilha instrutiva, agendando dia e hora para lançamento desta cartilha;
33. Incluir critérios avaliativos do perfil para o processo seletivo dos funcionários da Atenção Primária;
34. Garantir a utilização dos recursos do SUS para os usuários do SUS (que os planos de saúde privados tenham estruturas próprias);
35. Fortalecer o vínculo entre a Saúde e Educação com o objetivo de realizar ações intersetoriais;
36. Implantação do Conselho Municipal de Políticas antidrogas, garantindo a legitimidade e composição paritária com membros da sociedade civil;
37. Manter e ampliar os serviços das casas de acolhimento;
38. Implantar 2 (duas) casas de acolhimento infantil;
39. Promover ações que garantam maior inserção da comunidade por meio do fortalecimento do controle social;
40. Garantir prioridade de atendimento na rede de atenção à saúde de acordo com a lei 10048/2000;
41. Estabelecer uma política de atenção ao idoso, com a inserção do geriatra no sistema.
42. Melhorar a infraestrutura urbana (passeios, etc);
43. Promover a intersetorialidade e garantir água potável nas escolas, pavimentação das estradas rurais, saneamento básico no bairro Dom Bosco (Sapé), ações de prevenções às drogas.

QUARTA DIRETRIZ - O ORÇAMENTO COMO FERRAMENTA DE ESCOLHA DA  
ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS

---

<b>PROPOSTAS APROVADAS</b>
1. Conclusão e inauguração da Unidade Funcionários, Vilela e Nova Suíça;
2. Garantir saneamento básico;
3. Garantir o acesso viário de qualidade aos serviços de saúde;
4. Construir e aprovar no CMS até 31 de março de 2014 um indicador capaz de demonstrar o aumento percentual dos recursos ordinários aplicados em Atenção Básica;
5. Garantir que a participação social aconteça antes da proposta da Lei orçamentária;
6. Melhorar o transporte sanitário de tal forma que seja capaz de viabilizar e dar apoio logístico à secretaria de saúde no seu todo;
7. Desburocratização na petição de materiais - estabelecer um fluxo interno que permita que o setor de materiais de a provisão necessária aos vários setores da SESAP;
8. Implantar planos de cargos de cargos e salários, fortalecer as relações de trabalho com atenção especial a ESF;

<b>9. Promover ações que garantam maior comprometimento servidor no SUS/Barbacena;</b>
<b>10. Implantar a política de Educação permanente para aprimorar o processo de prestação de serviços à comunidade, o servidor precisa compreender o seu campo de atuação, entender a dinâmica do trabalho e zelar pela saúde da população adstrita, para tal precisa conhecer melhor o funcionamento do sistema de saúde;</b>
<b>11. Reduzir disparidades salariais entre mesmas funções;</b>
<b>12. Realizar campanhas de educação em saúde para o usuário como forma de conscientizá-lo do seu dever, do auto cuidado e construir uma relação mais positiva sobre o cuidado em Barbacena;</b>
<b>13. Orientar as comunidades quanto as informações necessárias para a garantia do acesso;</b>
<b>14. Implantar um programa municipal nos moldes da TELESÁUDE (MS) para que haja informações precisas que oriente em tempo real o cidadão ao ponto de acesso que o mesmo deve buscar para o devido atendimento;</b>
<b>15. Implantação de TV informativa nos postos;</b>
<b>16. Aprimorar o sistema de informação em saúde com ênfase no sistema de informação do óbito;</b>
<b>17. Garantir a segurança para trabalhadores do setor de saúde;</b>
<b>18. Garantir que os serviços de ouvidoria e de corregedoria sejam realizados de forma a garantir os direitos dos usuários de saúde e dos servidores;</b>
<b>19. Melhorar comunicação entre setores, garantindo inter-relações positivas e promovendo a integralidade da rede.</b>

#### QUINTA DIRETRIZ - O SISTEMA MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGENCIA E SUA INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Barbacena dispõe de uma UPA tipo III, 23 Unidades Básicas de Saúde, sendo 19 UBS e 04 Unidades de Apoio. É a segunda rede assistencial de urgência e emergência o sistema pré-hospitalar está desenhado e conta com um Consórcio Público/Publico. Desta forma pretende-se aprimorar esta rede estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência.

<b>1. Garantir Unidade de Suporte Básico (serviço de ambulância) integrado a rede de urgência e emergência;</b>
<b>2. Melhorar os níveis de acesso ao sistema pré-hospitalar da urgência e emergência (SAMU não atende Padre Brito nas suas necessidades;</b>
<b>3. Garantir que a UPA focasse um atendimento de demanda secundária, e atendesse a demanda da atenção primária das 17h as 07h, horário no qual os postos de saúde estarão fechados. (Informou que já visitou mais de 10UPA's em outros municípios, e todas que direcionaram o atendimento para porta de entrada de urgência/emergência não tiveram resultados positivos, pois o custo é muito elevado).</b>
<b>4. O ideal para a UPA seria atender como um ponto de apoio da AB quando apresentar insuficiências como falta de médicos nas unidades, descumprimento de carga horária dos funcionários, e outros.</b>

## PLANEJAMENTO DAS AÇÕES:

---

Esta fase do Plano Municipal é a mais importante e para sua conclusão tivemos a colaboração de muitos técnicos por meio da participação ativa de pessoas que jamais participaram da elaboração de um Plano Municipal de Saúde.

O nosso produto nesta fase do plano consiste basicamente em consolidar as diretrizes da 8a. Conferência Municipal de Saúde realizada em dezembro de 2013, com o Plano Plurianual do Governo Municipal, todas as pactuações e acordos firmados em CIB e ainda, com o conjunto de obrigações assumidas pelos diversos setores da SESAP.

De forma especial queremos agradecer ao Senhor Cristiano , técnico responsável pela programação da SESAP junto a SUPLAN que participou de todos os eventos envolvendo os muitos setores da SESAP, sempre alinhando o saber do planejamento orçamentário aos muitos saberes do SUS.

Também queremos agradecer e parabenizar ao Conselho Municipal de Saúde pela brilhante e dedicada contribuição nesta difícil tarefa de alinhamento conceitual, de desejos e sonhos e pela convicção que sempre mantém de que o melhor para Barbacena tem que ser o melhor para os barbacenenses que dependem do nosso trabalho para a melhoria da condição de vida.

Sabemos que será necessária a revisão do PPA para alguns ajustes necessários ao processo de planejamento, mas sabemos que podemos contar com sensibilidade de todos os atores que envolve esta ação.

## ATENÇÃO BÁSICA

<b>PROGRAMA</b>	<b>SAÚDE NOS BAIRROS - ATENÇÃO BÁSICA</b>
<b>DIRETRIZ</b>	Tornar a atenção primária como primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais, ampliando a abrangência e o escopo das ações efetivando o processo de territorialização.
<b>OBJETIVO</b>	Fortalecer e ampliar as ações de atenção básica de saúde no município de Barbacena, fazendo com que o cidadão barbacenense receba o atendimento inicial no seu bairro e que tenha a linha de cuidado coordenada pela equipe de saúde local.
<b>JUSTIFICATIVA</b>	Necessidade de aumentar a resolubilidade e a abrangência da atenção básica.
<b>EMBASAMENTO CONCEITUAL</b>	<p>A gestão deverá dar prioridade às ações básicas de saúde, sendo que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resistência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.</p> <p>É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.</p> <p>Desta forma, baseado nestas concepções teóricas a gestão deverá dar prioridade a atenção básica, garantindo SAÚDE NOS BAIRROS para toda a população local.</p>
<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO</b>	Cumprir os indicadores pactuados no SISPACTO, desenvolvendo ações por todo o período para que se alcance os melhores níveis de eficiência.
<b>META</b>	Alcance de 70% ou mais das metas programadas.
<b>AÇÕES</b>	As ações estão descritas na programação abaixo.

Ações contidas no PPA	Ações do Plano	Produto	FONTE DO RECURSO										FINANCEIRO	FÍSICO	OBSERVAÇÃO	
			0.1.0100	0.1.0102	0.1.0123	0.1.0148	0.1.0149	0.1.0150	0.1.0151	0.1.0152	0.1.0153	0.1.0154				0.1.0155
Construção da Farmácia de Minas	Construir a Farmácia de Minas Integrada	Farmácia de Minas integrada, construída no CNES e em funcionamento regular conforme Resolução SESMG 3959/16/10/2013 e Deliberação CIBSUSMG 1612 de 16/10/2013		R\$ 81.000,00									R\$ 270.000,00	R\$ 351.000,00	1	
Construção, reforma, readequação e ampliação de UBS	Construir 02 UBS tipo III – Centro, Grogotó (Santa Luzia),	UBS Construídas – Portaria GM/MS 3766/2010 e 2840/2013 e Resolução SES/MG 4075			R\$ 1.339.150,00						R\$ 408.000,00		R\$ 70.000,00	R\$ 1.817.150,00	2	
	Construir 04 UBS tipo I Monte Mário, Santo Antônio, Torres, Pinheiro Grosso	UBS Construídas – Portaria GM/MS 3766/2010 e 2840/2013 e Resolução SES/MG 4075/2013								R\$ 1.883.000,00		R\$ 140.000,00	R\$ 2.023.000,00	4		
	Reformar 11 Unidades Carmo, Santa Cecília, Santa Efigênia, Senhora das Dores, João Paulo II, Padre Brito e Guido Roman, São Pedro, Correia de Almeida, Grogotó e Nove de Março	UBS reformadas - conforme Portaria GM/MS 2814/2011 e Resolução SES/MG 4215/2014									R\$ 874.393,88		R\$ 965.996,02	R\$ 1.840.389,90	11	
	Ampliar as 05 Unidades – Carmo, Santa Cecília, Nove de Março, Santa Efigênia e Senhora das Dores	UBS Ampliadas - Portaria GM/MS 1170/2012 e Resolução SES/MG 4215/2014			R\$ 910.000,00						R\$ 339.825,00			R\$ 1.249.825,00	5	
	Finalização das obras do Vilela, Nova Suiça, Funcionários												R\$ 253.800,66	R\$ 253.800,66	3	

Construção de Academia de Saúde	Construir e equipar 13 academias de saúde, sendo 02 intermediárias, 11 Básicas	Academias construídas – Portarias GM/MS 1203/2012 e 3150/2013									R\$ 1.080.000,00			R\$ 1.080.000,00	13	
Aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Rede de Atenção Básica	Toda a rede básicas de saúde deve estar adequadas Resolução SESMG/MS	Relatório anual com detalhamento da adequação percentual das unidades			R\$ 1.203.780,80	R\$ 1.126.899,60								R\$ 2.330.680,40	4	
Melhorias na infra-estrutura da UBS de Correa de Almeida	Emenda parlamentar Municipal	Obra executada		R\$ 4.407,17								R\$ 4.407,17		R\$ 8.814,34	4	
Construção Unidade Básica de Saúde - Bairro Diniz	Emenda Parlamentar Municipal	Obra executada		R\$ 4.407,17								R\$ 4.407,17		R\$ 8.814,34	4	
Aquisição de equipamentos e materiais necessários a UBS - Bairro Diniz	Emenda parlamentar Municipal	Equipamento adquirido		R\$ 4.407,17							R\$ 4.407,18			R\$ 8.814,35	18	
Manutenção das equipes de Saúde Bucal	18 ESB em pleno e regular funcionamento, garantindo a cobertura de 70% sobre a ESF e garantindo a viabilidade do CEO	Relatório anual expedido pelo Gerente		R\$ 4.580.664,40		R\$ 1.926.720,00								R\$ 6.507.384,40	4	
	Manter 30 ESF	Relatório Anual expedido pela Gerente		R\$ 12.462.144,00		R\$ 15.048.250,00								R\$ 27.510.394,00	4	
	Manter 180 ACS	Relatório Anual expedido pela Gerente		R\$ 3.650.400,00		R\$ 9.491.040,00								R\$ 13.141.440,00	0	
Manutenção da Rede de Atenção Primária	Relatório anual elaborado pela Coordenação	Perfil de alcance do SISPACTO igual ou maior que 70%		R\$ 2.747.573,10		R\$ 7.149.760,00								R\$ 9.897.333,10	4	

Manutenção NASF	06 Equipes de NASF em regular funcionamento com os seguintes profissionais nutricionista, psicólogo, educador físico, assistente social, fisioterapeuta, conforme relatório anual elaborado.	Relatório anual com consolidado dos atestados de conformidade		R\$ 2.585.888,60		R\$ 5.760.000,00							R\$ 8.345.888,60	4	
Manutenção do Programa Hipertensão	Ações para a redução da morbimortalidade de diabetes e hipertensão arterial	Manutenção mensal realizada		R\$ 4.407,18									R\$ 4.407,18	4	
Manutenção Saúde nas Unidades Prisionais	Implementar o Plano Presídio por meio de apoio matricial – relatório anual	Manutenção mensal realizada		R\$ 4.407,18									R\$ 4.407,18	1	
Manutenção Programa Melhor em Casa	Manter uma Equipe do EMAD (médico 40 horas, enfermeiro 40 horas, 04 técnicos de enfermagem com 40 horas, fisioterapeuta 30 horas e 01 EMAP com Cirurgião dentista 30 horas, 01 nutricionista 30 horas, 01 psicóloga	Relatório anual da regularidade das equipes				R\$ 2.273.100,48							R\$ 2.273.100,48	4	
Manutenção do Programa Consultório na rua	Manter em regular funcionamento a Equipe composta por 03 profissionais de nível superior e 03 de nível médio	Manutenção mensal realizada				R\$ 922.108,32							R\$ 922.108,32	4	
Manutenção do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade - PMAQ	Gratificação por desempenho dos profissionais da APS de acordo com o Programa INTEGRAR	100% das equipes com adesão ao PMAQ e meta mínima de avaliação externa de 60%				R\$ 4.752.000,00							R\$ 4.752.000,00	4	

Reforma e ampliação da UBS Santo Antônio	Emenda parlamentar Municipal	Obra executada		R\$ 4.407,18									R\$ 4.407,18	1		
Assistência Farmacêutica Básica	Distribuir medicamentos medicamentos básicos e realizar assistência farmacêutica no período de funcionamento diários da UBS Fortalecidas e Rurais com presença de profissional farmacêutico básico	Relatório Anual elaborado pela Coordenação de Assistência Farmacêutica consolidando todas as informações das atividades neste setor durante um ano com planilha de controle de estoque		R\$ 871.186,80					R\$ 2.388.738,00				R\$ -	R\$ 3.259.924,80	4	o valor de R\$ 1.405.140,00 corresponde ao montante recebido em medicamentos, pois a SESMG não repassa os recursos, conforme Deliberação CIBSUSMG n 1610 de 16/10/2013
	Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa ao assistência farmacêutica	Relatório anual elaborado pela coordenação de assistência farmacêutica contendo os dados de atendimento		R\$ 118.184,40					R\$ 324.054,00				R\$ -	R\$ 442.238,40	4	
	Distribuir medicamentos do componente estratégico da assistência farmacêutica	Relatório anual elaborado pela coordenação de assistência farmacêutica consolidando os dados de dispensas realizadas deste componente em acordo com o SIGAF		R\$ 4.407,18										R\$ 4.407,18	4	o valor de R\$ 98.940,00 corresponde ao montante recebido em medicamentos, pois a SESMG não repassa os recursos, conforme Deliberação CIBSUSMG n 1610 de 16/10/2013
	Reelaboração da REMUME por uma Comissão de Farmácia Terapêutica	Guia fármaco-terapêutico aprovado pelo Gestor, impresso e acessível		R\$ 4.407,18										R\$ 4.407,18	1	
	Distribuir lancetas e lancetadores e seringas aos portadores de Diabetes Melitus tipo I e II, gestacional e insulino dependentes	Relatório anual das Dispensas realizadas emitido pela Coordenação de Assistência Farmacêutica com número de pacientes cadastrados do SIGAF e as dispensas		R\$ 265.960,00										R\$ 265.960,00	4	

		realizadas													
	Manutenção da Equipe de Assistência farmacêutica (01 farmacêutico e 01 atendente de farmácia nas 11 unidades)	Relatório anual da contabilidade contendo nome de todos os profissionais e respectivos cargos da assistência farmacêutica e certidões de responsabilidade e respectiva compatibilidade destes profissionais cadastrados no CNES		R\$ 1.142.179,20		R\$ 3.272.171,04	R\$ 449.956,80					R\$ 179.200,00	R\$ 5.043.507,04	4	Deliberação CIBSUSMG No.
Manutenção da Farmácia Popular	Manter em perfeito e regular funcionamento a Farmácia Popular do Brasil com recurso fundo a fundo do bloco de assistência farmacêutica	Relatório anual elaborado pelo Farmacêutico responsável técnico desta unidade contendo os dados contábeis		R\$ 250.924,61				R\$ 600.000,00					R\$ 850.924,61	4	Portaria Ministerial define valor de incentivo mensal de R\$ 12.500 por mês para custeio
Manutenção das atividades do Programa Alimentação e Nutrição Usuários SUS	Entregar os insumos referente ao Programa de alimentação e nutrição vinculado a atenção básica	Relatório anual elaborado pela Coordenação de Assistência Farmacêutica contendo os dados sobre as dispensações realizadas										R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	4	
Parte desta ação passou a ser do Bloco da Atenção Básica	Atender os pacientes renais crônicos e oncológicos na suplementação alimentar e nutricional de acordo com o protocolo clínico	Relatório anual elaborado pela Coordenação de Assistência Farmacêutica contendo os dados sobre as dispensações realizadas para este perfil de clientela					R\$ 400.000,00						R\$ 400.000,00	4	

Manutenção do Programa Municipal de Distribuição de Medicamentos a Carentes	Atender a população com medicamentos extra-REMUME comprovadamente insubstituível por algum item da REMUME, conforme atesto pela Comissão de farmácia terapêutica	Relatório elaborado pela Comissão de farmácia terapêutica contendo as solicitações X deferimento		R\$ 154.251,11									R\$ 154.251,11		
Esta ação não existe no PPA, mas deve ser inserida (Programa Guarda-chuva)	Garantir ações de assistência farmacêuticas pactuadas pela CIBSUSMG	Relatório anual elaborado pelo coordenador de assistência farmacêutica com as deliberações aprovadas e o status de sua implementação no Município		R\$ 4.407,18									R\$ 4.407,18	4	
Inserir no PPA	Manutenção do Programa Saúde na Escola -	Resultado obtido no relatório anual em 100% das metas alcançadas.				R\$ 180.000,00							R\$ 180.000,00	4	
Inserir no PPA	Aquisição de insumos para viabilidade da rede de atenção primária	Relatório anual de fornecimento de insumos com pelo menos 70% de atendimento			R\$ 1.000.000,00	R\$ 3.100.000,00					R\$ 1.468.000,00		R\$ 5.568.000,00	4	
Inserir no PPA	Manutenção de fórmula infantil para RN e puerperal, gestante	Perfil de desnutrição infantil, puerperal e gestacional apresentado por meio de relatório anual igual ou menor que 3%									R\$ 200.000,00		R\$ 200.000,00	4	
Inserir no PPA	Manutenção da Frota da AB e terceirização de serviços	Relatório anual				R\$ 826.291,70							R\$ 826.291,70	4	
Inserir no PPA	Informatização da Atenção Primária	Prontuário eletrônico único implantado em 100% das UBS				R\$ 250.000,00					R\$ 160.473,04		R\$ 410.473,04	4	

Inserir no PPA	Manutenção preventiva e corretiva de material permanente, equipamentos, infra-estrutura física.	Nenhum cancelamento de atividade por falta de equipamento				R\$ 676.041,60								R\$ 676.041,60	4	
Inserir no PPA	Manutenção de Pessoal para as academias de saúde conforme Portaria 2684/2013	Equipe regular				R\$ 1.297.958,40								R\$ 1.297.958,40	4	
Inserir no PPA	Implantar e manter a educação permanente para a atenção primária	Apoio matricial implantada em 100% das equipes por meio de relatório anual				R\$ 150.000,00								R\$ 150.000,00	4	
Inserir no PPA	Manter em regular funcionamento o Odontomóvel	01 Odontomóvel atendendo as unidades não cobertas pela ESB – relatório anual		R\$ 361.521,36										R\$ 361.521,36	4	
Inserir no PPA	Garantir a ação social da saúde do homem	Ações executadas				R\$ 73.944,04								R\$ 73.944,04	4	
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 29.311.542,17</b>	<b>R\$ 4.452.930,80</b>	<b>R\$ 58.276.285,18</b>	<b>R\$ 849.956,80</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 3.312.792,00</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 4.589.626,06</b>	<b>R\$ 8.814,34</b>	<b>R\$ 3.907.469,72</b>	<b>R\$ 104.709.417,07</b>		

<b>PROGRAMA</b>	<b>SAUDE NOS BAIROS - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE</b>	
<b>DIRETRIZ</b>	Garantir uma rede assistencial que seja garantidora de acesso humanizado e qualificado em tempo oportuno com e racionalização de todos os recursos existentes.	
<b>OBJETIVO</b>	Instituir uma rede assistencial integrada que garanta acesso ao cidadão para o atendimento de média e alta complexidade em tempo oportuno e com racionalidade.	
<b>JUSTIFICATIVA</b>	Necessidade ampliar os níveis de acesso aos serviços, reduzindo o tempo de espera para serviços secundários e terciários.	
<b>EMBASAMENTO CONCEITUAL</b>	<p>Redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais e/ou pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A porta de entrada e base para a organização do sistema é a estrutura de atenção primária da saúde. Sob a égide deste novo conceito, o tema da regionalização deve ser visto dentro do marco do conceito de Rede. Desta forma, Regionalização é o processo de constituição de Regiões de Saúde, nas quais se arranjam redes regionalizadas de atenção à saúde, visando garantir a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a resolubilidade das ações e serviços de saúde. Desta forma Barbacena precisa suprir os vazios assistenciais, aprimorar o processo de gestão e melhorar a relação intergestores.</p> <p>Baseado nesta premissa caberá à gestão do SUS desenhar esta rede, com definição clara dos pontos de atenção, da vocação e potencialização das ofertas de cada ente desta rede, com acordo de resultados, buscando suprir os principais vazios assistenciais e garantir o devido controle, monitoramento, avaliação dos resultados, garantindo acesso em quantidade e qualidade para o atendimento da demanda, com fluxos assistenciais bem definidos, por meio de um sistema de informação em saúde integrado que permita à referência a contra-referência, na lógica de um prontuário único.</p> <p>A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, por meio do acolhimento com classificação de risco e resolutividade. São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Promoção e prevenção; Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24h, SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas; Atenção domiciliar – Melhor em Casa. Barbacena dispõe de uma UPA tipo III, 23 Unidades Básicas de Saúde, sendo 19 UBS e 04 Unidades de Apoio. É a segunda rede assistencial de urgência e emergência do sistema pré-hospitalar do Estado de Minas Gerais, está desenhado e conta com um Consórcio Público/ Público que envolve 50 municípios do território da Região ampliada, com a rede SAMU 192 articulada e em funcionamento neste mesmo território.. Desta forma pretende-se aprimorar esta rede estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência em conformidade com a diretrizes nacional e estadual para as redes de urgência e emergência</p>	
<b>INDICADOR AVALIAÇÃO</b>	<b>DE</b>	Que nenhum usuário aguarde por mais de 30 dias na fila de espera para quaisquer procedimentos. Cumprimento das ações do programa integrar Estruturação da rede de urgência emergência
<b>META</b>	Tempo máximo de espera igual ou menor que 30 dias	
<b>AÇÕES</b>	As ações estão descritas na programação das ações.	

Ações contidas no PPA	Ações do Plano	Produto	FONTE DO RECURSO										FINANCEIRO	FÍSICO	OBSERVAÇÃO	
			0.1.0100	0.1.0102	0.1.0123	0.1.0148	0.1.0149	0.1.0150	0.1.0151	0.1.0152	0.1.0153	0.1.0154				0.1.0155
Construção do Centro Viva Vida	Transferir esta ação para o bloco do MAC, pois o centro Viva Vida não pertence a atenção básica	CVV Construído – Convênio SES/MG 886/2009			R\$ 577.775,79								R\$ 1.784.298,67	R\$ 2.362.074,46	1	
Construção da UPA Porte III	Conclusão da Obra da UPA tipo III	Upa cadastrada no CNES em pleno e regular funcionamento			R\$ 1.313.809,81							R\$ 811.594,00		R\$ 2.125.403,81	4	
Construção CER	Construção do CER	Construção											R\$ 1.500.000,00	R\$ 1.500.000,00	1	
Construção, reforma e ampliação do Hospital Geral de Barbacena	Adequar o HGB para reorganização da Rede Hospitalar	Construção			R\$ 4.407,18									R\$ 4.407,18	48	
Implantação de Unidade de Coleta e Distribuição de Sangue e Hemoderivados	Implantação de Unidade de Coleta e Distribuição de Sangue e Hemoderivados	Unidade Implantada			R\$ 88.143,49									R\$ 88.143,49	48	
Construção do Centro de Especialidades Odontológicas	CEO Implantado	Construção		R\$ 4.407,18										R\$ 4.407,18	1	
Reforma, ampliação e readequação do CEREST	Construir, reformar, ampliar o CEREST	Construção						R\$ 4.407,18						R\$ 4.407,18	4	
Manutenção do Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci	Manter em funcionamento a Unidade Pública Municipal	Relatório anual de funcionamento regular atestado pela Diretora do CAP		R\$ 1.920.000,00				R\$ 5.280.000,00						R\$ 7.200.000,00	48	
Manutenção da Rede Complementar da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Pagar os incentivo federais referente a contratualização dos hospitais filantrópico IGH e INTEGRASUS	Atesto anual do cumprimento das metas atestado pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação						R\$ 19.407.666,88						R\$ 19.407.666,88	4.244	
	Pagar os procedimentos da rede ambulatorial do SUS - SIASUSMAC	Atesto anual do cumprimento das metas atestado pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação						R\$ 39.096.741,72						R\$ 39.096.741,72		
	Pagar os procedimentos da rede Hospitalar do SUS, exceto internações psiquiátricas de pacientes crônicos	Atesto de funcionamento regular						R\$ 83.344.374,76						R\$ 83.344.374,76		

	Pagar os procedimentos ambulatoriais da rede contratada SUS referente ao Fundo de Ações Estratégicas - SIASUSFAEC	Relatório Anual comparativo entre produção e valores contratualizados					R\$ 17.014.212,68						R\$ 17.014.212,68		
	Pagar os procedimentos hospitalar da rede contratada SUS referente ao Fundo de Ações Estratégicas - SIHSUSFAEC						R\$ 463.341,60						R\$ 463.341,60		
	Pagar os procedimentos financiados com os recursos estadual											R\$ 217.919,32	R\$ 217.919,32		
	Financiar as portas de entrada da rede hospitalar			R\$ 3.600.000,00									R\$ 3.600.000,00		
	Pagamento das internações compensadas pela SES/MG devido a regulação do SUSFÁCIL conforme Câmara de Compensação											R\$ 3.360.000,00	R\$ 3.360.000,00		
	Pagamento das redes temáticas						R\$ 4.407,18						R\$ 4.407,18		
<b>Manutenção da UPA</b>	Garantir o funcionamento e a viabilidade da UPA integrada a Rede de urgência e emergência	Manutenção mensal realizada		R\$ 9.621.523,88			R\$ 26.443.047,75					R\$ 13.221.523,88	R\$ 49.286.095,51	48	
<b>Manutenção do CEREST</b>	Realizar as ações de Vigilância em saúde do trabalhador	Relatório anual firmado pelo Gerente do CEREST com o consolidado de notificação do SINAN e investigações de acidente de trabalho grave e acidente com transporte produtoperigoso					R\$ 2.594.460,00						R\$ 2.594.460,00	4	
	Realizar as ações de Gestão e assistência em saúde do trabalhador	Manter o horário do trabalhador					R\$ 1.071.692,16						R\$ 1.071.692,16		
		Relatório anual firmado pelo Gerente do CEREST com o consolidado das ações de gestão detalhada no plano					R\$ 1.031.000,00						R\$ 1.031.000,00		
	Realizar as ações de Educação permanente em saúde do trabalhador	Relatório anual firmado pelo Gerente do CEREST com o consolidado das ações de gestão detalhada no plano					R\$ 120.000,00						R\$ 120.000,00	48	

<b>Manutenção do Transporte Sanitário</b>	Garantir transporte sanitário, inclusive o SETS para os usuários com atendimento fora do domicílio	Manutenção mensal realizada		R\$ 1.440.000,00								R\$ 1.440.000,00	480	
<b>Manutenção da Rede de Saúde Mental</b>	Manutenção das Residências terapêuticas	Manutenção mensal realizada		R\$ 200.000,00		R\$ 17.426.306,40			R\$ 200.000,00			R\$ 17.826.306,40	192	
	Manutenção do Centro de Convivências	Manutenção mensal realizada				R\$ 48.000,00						R\$ 48.000,00		
	Manutenção dos CAPS e demais serviços da rede de saúde mental	Manutenção mensal realizada		R\$ 294.285,12		R\$ 10.235.112,00			R\$ 50.000,00			R\$ 10.579.397,12		
	Pagamento da internações psiquiátricas de pacientes crônicos	Manutenção mensal realizada				R\$ 30.576.935,64						R\$ 30.576.935,64		
	Manutenção dos leitos dos egressos do CAPS para tratamento de álcool e droga	Manutenção mensal realizada				R\$ 2.692.852,80						R\$ 2.692.852,80		
	Manutenção das ações educacionais conforme política de educação permanente	Processo Formativo da RAPS								R\$ 396.500,00			R\$ 396.500,00	
<b>Construção, reforma, ampliação e readequação do CAPS</b>	Construir, reformar, ampliar os CAPS	Construção		R\$ 500.000,00						R\$ 2.800.000,00		R\$ 3.300.000,00	3	
<b>Implantação do COAP</b>	Implantação do COAP	Atividade Administrativa				R\$ 4.407,18						R\$ 4.407,18	48	
<b>Manutenção da Rede de Urgência e Emergência</b>	Garantir as portas de entrada em pleno e regular funcionamento	Manutenção mensal realizada		R\$ 17.672.770,25								R\$ 17.672.770,25	48	
<b>Manutenção CISRU</b>	Garantir o repasse regular do Contrato de Rateio	Manutenção mensal realizada		R\$ 1.388.260,01								R\$ 1.388.260,01	48	
<b>Manutenção do Laboratório Municipal</b>	Garantir a viabilidade e funcionamento do Laboratório Municipal	Manutenção mensal realizada		R\$ 4.407,18		R\$ 4.320.000,00						R\$ 4.324.407,18	48	
<b>Manutenção TFD</b>	Garantir Ajuda de custos, alimentação para os usuários com deslocamento para outros municípios	Relatório anual do SIASUS				R\$ 264.430,49						R\$ 264.430,49	48	
<b>Manutenção do Centro Especializado de Reabilitação</b>	Manutenção do CER	Manutenção mensal realizada				R\$ 224.616,47						R\$ 224.616,47	48	
<b>Manutenção de Centro Especializado Odontológico</b>	Manutenção do CER	Manutenção mensal realizada		R\$ 4.407,18								R\$ 4.407,18	48	
<b>Gestão de Contratos</b>	Garantir e viabilizar publicações, extratos e despesas administrativas do contratos	Contrato		R\$ 4.407,18								R\$ 4.407,18	240	
<b>Manutenção do CISALV</b>	Garantir o contrato de rateio com o CISALV conforme determina a Lei 4544	Manutenção mensal realizada		R\$ 1.762.869,85								R\$ 1.762.869,85	48	
<b>Construção do Núcleo Reg. De Barbacena de voluntários de prev. E combate câncer do Hosp. Mário Penna</b>	Emenda parlamentar Municipal	Obra executada				R\$ 44.071,70						R\$ 44.071,70	4	
<b>Inserir esta Ação</b>	Implantar O Programa SUPRIR que visa garantir a assistência aos vazios assistências em											R\$ -		

	Barbacena															
<b>Inserir esta Ação</b>	Implantar o Programa INTEGRAR que visa a integração da Regulação Assistencial com a Rede de atenção básica promovendo o aumento da resolutividade assistencial e o fortalecimento do ComplexoRegulador											R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00			
<b>Assistência Farmacêutica Judicial alterar o nome desta ação para Distribuição de medicamentos para atendimento a mandados judiciais</b>	Distribuir os medicamentos conforme determinação judicial	Relatório elaborado pela consultoria administrativa da SESAP, contendo informações das ações e atendimentos pertinentes		R\$ 1.101.793,66								R\$ -	R\$ 1.101.793,66	48		
<b>Assistência Farmacêutica de Alto Custo e Estratégica (parceria)</b>	Distribuir medicamentos do componente especializado da assistência Farmacêutica	Relatório Anual elaborado pelo farmacêutico RT e assinado pelo responsável por este componente da SRS Barbacena consolidando os dados das despesas realizadas deste componente em conformidade com o SIGAF		R\$ 546.552,48									R\$ 546.552,48			
<b>TOTAL</b>			R\$ -	R\$ 21.398.628,60	R\$ 20.651.191,64	R\$ -	R\$ 261.712.084,59	R\$ -	R\$ -	R\$ 646.500,00	R\$ 3.611.594,00	R\$ -	R\$ 20.443.741,87	R\$ 328.463.740,70		

<b>PROGRAMA</b>	<b>SAUDE NOS BAIROS – VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>
<b>DIRETRIZ</b>	Tornar a Vigilância em Saúde garantidora do funcionamento do sistema de saúde nos âmbitos de Promoção em Saúde, Vigilância Ambiental, Vigilância à Saúde do Trabalhador, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. Ampliando a abrangência do programa.
<b>OBJETIVO</b>	Proporcionar a ampliação e fortalecimento da Vigilância em Saúde através da união de profissionais de várias áreas, garantindo aos barbacenenses maior cuidado com as situações que proporcionam risco a saúde.
<b>JUSTIFICATIVA</b>	Necessidade de ações conjuntas das áreas da Vigilância em Saúde, dada as diferentes características de cada bairro do município.
<b>EMBASAMENTO CONCEITUAL</b>	<p>Vigilância em Saúde é composta por 6 (seis) diferentes áreas, cada uma com suas especificidades e características, portanto faz-se necessário que cada um seja conceituada separadamente. Sendo então:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>Promoção em Saúde:</u> Conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;</li> <li><u>Vigilância Ambiental:</u> Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;</li> <li><u>Vigilância à Saúde do Trabalhador:</u> Visa à promoção da saúde e à reeducação da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos;</li> <li><u>Vigilância da Situação de Saúde:</u> Desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e comportamento das principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;</li> <li><u>Vigilância Epidemiológica:</u> Vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;</li> <li><u>Vigilância Sanitária:</u> Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.</li> </ol>
<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO</b>	<p>Cumprir os indicadores pactuados no Programa de Fortalecimento das Ações de Vigilância em todas as áreas, que são:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Promoção em Saúde;</li> <li>Vigilância Ambiental;</li> <li>Vigilância à Saúde do Trabalhador;</li> <li>Vigilância da Situação de Saúde;</li> <li>Vigilância Epidemiológica;</li> <li>Vigilância Sanitária.</li> </ol>
<b>META</b>	70% de cumprimento da PPIVS e projeto de fortalecimento das ações de Vigilância.
<b>AÇÕES:</b>	As ações estão descritas na programação das ações.

Ações contidas no PPA	Ações do Plano	Produto	FONTE DO RECURSO											FINANCEIRO	FÍSICO	OBSERVAÇÃO	
			0.1.0100	0.1.0102	0.1.0123	0.1.0148	0.1.0149	0.1.0150	0.1.0151	0.1.0152	0.1.0153	0.1.0154	0.1.0155				
<b>Construção, reforma e readequação do Centro de Controle de Zoonoses</b>	Construir, equipar, contratar e manter em funcionamento o Centro de Controle de Zoonoses	Relatório do Médico veterinário responsável técnico sobre o funcionamento regular		R\$ 210.000,00					R\$ 90.000,00						R\$ 300.000,00	1	Gerente de Obras da SUGEST
<b>Equipamentos e materiais permanentes da Vigilância em Saúde</b>	Adquirir os materiais permanentes para a Vigilância em Saúde	Relatório do Setor de material atestando a compra e utilização dos bens materiais (01 veículo para VISA, 02 veículos VIEP, mais uma fiorino VIEP, 01 de 15 lugares para VIEP, 01 veículo CTA							R\$ 382.797,88						R\$ 382.797,88	4	Gerente da VISA
<b>ABPA - Associação Barbacense de Proteção aos Animais</b>	Alterar a Redação da Ação - Firmar convênio com entidades sem fins lucrativos	Relatório analítico anual elaborado pelo Coordenador		R\$ 4.407,18											R\$ 4.407,18		Gerente da VISA
<b>Manutenção da Vigilância Sanitária</b>	Aquisição de Equipamentos e materiais permanentes da Vigilância Sanitária (carro, termômetro, computadores, máquina fotográfica, freezer)	Relatório anual assinado pelo Coordenador de VISA com os itens adquiridos e à disposição da VISA							R\$ 316.380,40						R\$ 316.380,40		Gerente de Materiais SUGEST
	Garantir as condições necessárias para o exercício das ações programáticas em VISA, Aquisição de material, frota, pessoal, elaboração de folders, diárias.	Perfil de cumprimento das metas de VISA maior ou igual a 70% comprovado por meio do relatório de produção assinado pelo Coordenador de VISA		R\$ 1.644.757,57					R\$ 319.152,00						R\$ 1.963.909,57		

<b>Manutenção do Programa das Ações de Vigilância em Saúde</b>	Garantir o funcionamento pleno das vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária, promoção em saúde, situação de saúde	Relatório anual assinado pelo Coordenador de Vigilância em Saúde atestando o desempenho das Vigilâncias frente as metas		R\$ 830.217,60				R\$ 2.767.392,00					R\$ 265.960,00	R\$ 3.863.569,60	Coordenador de Vigilância em Saúde
	Garantir a cobertura adequada de ACE para o programa de Controle da Dengue com a garantia de 40 Agentes comunitários de endemias	Relatório anual assinado pelo coordenador quanto ao cumprimento das metas pactuadas no PCFAD		R\$ 2.662.096,04				R\$ 258.223,96						R\$ 2.920.320,00	Coordenador de Vigilância em Saúde
	Manutenção do SISVAN (Sistema de Informação em Saúde da Vigilância Alimentar e nutricional)	Sistema de Vigilância Alimentar regularmente junto ao DATASUS						R\$ 16.000,00						R\$ 16.000,00	Coordenador de Vigilância em Saúde
<b>Manutenção do Centro de testagem e Aconselhamento - DST/AIDS</b>	Manutenção do Centro de testagem e Aconselhamento - DST/AIDS			R\$ 443.029,44				R\$ 804.000,00						R\$ 1.247.029,44	Gerente do CTA
<b>Manutenção do Centro de Controle de Zoonoses</b>	Excluir esta ação													R\$ -	
<b>Manutenção do Programa de Imunização</b>	Manutenção do Sistema de Imunização	Cobertura vacinal dos imunobiológicos programáticos na faixa etária menor que um ano		R\$ 4.407,18										R\$ 4.407,18	Enfermeira RT Centro de Imunização
<b>Implantação do Centro de Verificação de Óbito</b>	Implantar o Centro de Verificação de óbito	Sistema de Informação de Mortalidade alimentado regularmente		R\$ 4.407,18										R\$ 4.407,18	
<b>Inserir esta ação</b>	Equipar o laboratório de entomologia	Relatório anual assinado pelo Coordenador de Vigilância em saúde quanto ao cumprimentos dos indicadores de vigilância ambiental						R\$ 8.500,00						R\$ 8.500,00	Responsável pelo Laboratório de Entomologia

Inserir esta ação	Estruturar o Programa Saúde da Mulher	Relatório anual assinado pelo Coordenador de Vigilância em saúde quanto ao cumprimento dos indicadores de saúde da mulher (Sispacto e SISmama)		R\$ 43.200,00										R\$ 43.200,00		Referência Técnica em Saúde da Mulher
Inserir esta ação	Realizar ações de educação permanente para as Vigilância em Saúde	Relatório anual exarado pelo Coordenador		R\$ 4.407,18				R\$ 20.000,00						R\$ 24.407,18		Responsável pela Educação Permanente
Inserir esta ação	Firmar convênio com laboratórios para fins de controle de zoonoses	Realização de exames específicos em zoonoses		R\$ 4.407,18				R\$ 5.000,00						R\$ 9.407,18		Gerente de Contratos
<b>TOTAL</b>			R\$ -	R\$ 5.855.336,55	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.987.446,24	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 265.960,00	R\$ 11.108.742,79		

GESTÃO

<b>PROGRAMA</b>	<b>SAUDE NOS BAIROS - GESTÃO</b>
<b>DIRETRIZ</b>	Garantir uma gestão articulada que apresente bons resultados à população.
<b>OBJETIVOS</b>	Fortalecimento da gestão do SUS para garantir maior eficiência na alocação dos recursos da saúde e maior efetividade nas suas políticas.
<b>JUSTIFICATIVA</b>	Necessidade de modernizar a gestão do SUS, com obras, equipamentos, educação permanente, controle da saúde.
<b>EMBASAMENTO CONCEITUAL</b>	“o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde”, “basicamente, planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja, “o quê”, “por quê”, “como”, “quando”, “com quem” e “com o quê”. O orçamento público na saúde é uma ferramenta obrigatória de planejamento. O orçamento é utilizado na administração pública para o planejamento e o controle de receitas e despesas. Com base neste instrumento, é possível concretizar as políticas programadas, tornando transparentes as prioridades das ações que integram os planos de governo. Desta forma esta diretriz orienta por um orçamento participativo em respeito à legislação em vigor, e que garanta que as ações necessária na área da saúde sejam efetivamente realizadas, com acompanhamento e o controle social, adotando indicadores para o monitoramento e avaliação dos resultados obtidos.
<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO</b>	Processos de trabalho definidos e implantados
<b>META</b>	100% dos processo implantados
<b>AÇÕES:</b>	As ações estão descritas na programação das ações.

Ações contidas no PPA	Ações do Plano	Produto	FONTE DO RECURSO										FINANCEIRO	FÍSICO	OBSERVAÇÃO		
			0.1.0100	0.1.0102	0.1.0123	0.1.0148	0.1.0149	0.1.0150	0.1.0151	0.1.0152	0.1.0153	0.1.0154				0.1.0155	
Construção, reforma, ampliação e readequação da Sede SESAP	Construir, Reformar, manter instalações prediais da SESAP	Construção		R\$ 4.407,18										R\$ 4.407,18	R\$ 8.814,36	4	
Tecnologias da Informação e Comunicação aplicadas a Saúde	Tecnologias da Informação e Comunicação aplicadas a Saúde	Sistema Implantado		R\$ 484.789,21										R\$ 484.789,21	R\$ 969.578,42	88	
Equipamentos e materiais permanentes - Gestão SUS	Adquirir Equipamentos e materiais permanentes	Equipamento Adquirido							R\$ 4.407,18					R\$ 4.407,18	R\$ 8.814,36	48	
Educação permanente em Saúde	Garantir a execução da Política Municipal de Educação permanente	Ação Educacional				R\$ 44.071,75								R\$ 44.071,75	R\$ 88.143,50	96	
Controle Social	Garantir e viabilizar os Conselho Municipal e a Comissões distritais de Saúde	Atividade Administrativa		R\$ 317.316,58										R\$ 317.316,58	R\$ 634.633,16	48	
Manutenção da Ouvidoria	Manutenção da Ouvidoria	Manutenção mensal realizada							R\$ 264.430,48					R\$ 264.430,48	R\$ 528.860,96	48	

<b>Manutenção da SIMACRA</b>	Manutenção da SIMACRA	Manutenção mensal realizada		R\$ 4.618.719,01									R\$ 4.618.719,01	R\$ 9.237.438,02	48	
<b>Fortalecer o Processo de Gestão do Trabalho</b>	Fortalecer o Processo de Gestão do Trabalho	Processos Implantados								R\$ 167.472,62			R\$ 167.472,62	R\$ 334.945,24	48	
<b>Observatório da Saúde</b>		Unidade Implantada		R\$ 4.407,18									R\$ 4.407,18	R\$ 8.814,36	48	
<b>Construção, ampliação e reforma da Rede Própria - MAC</b>		Construção					R\$ 8.814,36						R\$ 8.814,36	R\$ 17.628,72	4	
<b>Assistência Farmacêutica Judicial alterar o nome desta ação para Distribuição de medicamentos para atendimento a mandados judiciais</b>	Distribuir os medicamentos conforme determinação judicial	Relatório elaborado pela consultoria administrativa da SESAP, contendo informações das ações e atendimentos pertinentes										R\$ 1.101.793,66	R\$ 1.101.793,66	R\$ 2.203.587,32	48	
<b>TOTAL</b>			R\$ -	R\$ 5.429.639,16	R\$ -	R\$ 44.071,75	R\$ 8.814,36	R\$ -	R\$ -	R\$ 436.310,28	R\$ -	R\$ 1.101.793,66	R\$ 7.020.629,21	R\$ 14.041.258,42		

<b>PROGRAMA</b>	<b>SAUDE NOS BAIROS - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>
<b>DIRETRIZ</b>	Implementar uma política de assistência farmacêutica onde o foco fundamental deve ser o paciente e não o medicamento, o farmacêutico deve ser um membro da equipe do Programa de Saúde da Família, capaz de estabelecer um vínculo com a população adstrita implementando as ações que envolvem o uso de medicamentos e focando em trabalhos educativos que envolvam o auto cuidado. Estabelecer a organização do serviço de assistência farmacêutica inserido nas redes de atenção à saúde de forma a aperfeiçoar a aplicação dos recursos, definitivamente será o caminho para a melhoria do estado de saúde da população e a obtenção de resultados esperados tanto na prestação dos serviços quanto no uso racional do recurso público.
<b>OBJETIVO</b>	Garantir medicamentos de forma racional e oportuna.
<b>JUSTIFICATIVA</b>	Integrar-se a rede assistencial cumprindo com o seu papel assistencial
<b>EMBASAMENTO CONCEITUAL</b>	Portaria MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) referente ao serviço farmacêutico, legislação referente à Assistência Farmacêutica e Manuais Técnicos.
<b>INDICADOR DE AVALIAÇÃO</b>	Realizar as contrapartidas do componente básico. Taxa de manutenção de itens do elenco de medicamentos básicos acima do estoque mínimo
<b>META</b>	12 parcelas anuais no valor de R\$247.342,80 75% dos itens com o estoque atual acima do estoque mínimo
<b>AÇÕES:</b>	As ações estão descritas na programação das ações.

Observação: As ações do Bloco de Assistência Farmacêutica estão contidas nos blocos de Atenção Básica e Média e Alta Complexidade

## CONCLUSÃO:

---

Queremos que este plano produza os seus melhores resultados, que seja garantidor de mudanças sobre todos os aspectos, que os trabalhadores da saúde o conheçam com profundidade para poder executá-lo na sua plenitude, que o conselho municipal de saúde fiscalize cada passo dado, pois desta fiscalização depende os resultados, que os usuários tenham um sistema de saúde muitomelhor e capaz de lhes garantir acesso, que o SUS se fortaleça cada vez mais em todos os seus princípios, pois a decisão por um sistema público nos moldes que vem sendo construído o SUS é o maior benefício que a nossa sociedade poderia ter obtido e com o trabalho sério e dedicado de todos ainda teremos o SUS que queremos e que todos se comprometam com a gestão na luta por uma saúde pública em Barbacena de Qualidade, com acesso, equidade, dignidade e vida na sua plenitude.

Agradecemos a todos que de forma direta ou indireta contribuiu conosco na construção deste documento público.

Gestão 2013/2016

“Só aqueles que têm paciência para fazer coisas simples com perfeição é que irão adquirir habilidade para fazer coisas difíceis com facilidade”.

(Johann Christoph Von Schiller)