PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2014 – 2017

JULHO/2013
UNAÍ-MG

Delvito Alves da Silva Filho
Prefeito Municipal

Andréa Machado Adjuto
Secretária Municipal de Saúde

Allana Dayene
Coordenador de Atenção Primária

Adriana de Souza Araújo Silva
Coordenadora Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador

Fernando Luizi Lobato
Diretor de Vigilância Sanitária

Equipe Técnica Responsável

- Rony Von dos Reis de Camargos
- Ana Carolina Martins dos Santos

Colaboração

- Lizete Mota Brandão
- Daniel Furtado Lemos da Silva
- Adriane de Souza Araújo
- Zeline Carvalho Miranda
- Sonária Faria
- Anne Alves Pires
- Níria Maria Caixeta Maciel
- Josué Barbosa de Brito
- Allana Dayene Vieira
- Ronaldo Rodrigues Camargos Lima
- Umarques da Silva Couto
- Cássia Elizete Caetano Ulhôa
- Elza de Fátima Cunha
- Joyce Cristina Alves de Abreu
- Conselho Municipal de Saúde de Unaí
- Equipe Técnica da GRS/UNAÍ-MG

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
1.1	Justificativa.....	06
1.2	Objetivo Geral.....	06
2	PRINCÍPIOS E ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	07
3	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO E A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	10
3.1	Histórico.....	10
3.2	Situação Geográfica.....	10
3.3	Localização.....	11
3.4	Transporte Terrestre.....	11
3.5	Infraestrutura para o Transporte Aéreo.....	12
3.6	Caracterização da Infraestrutura e Determinantes Sociais.....	12
3.6.1	Educação e Cultura.....	12
3.6.2	Atrativos Tturísticos e Lazer.....	14
3.7	Aspectos Demográficos, Socioeconômicos e Ambientais.....	15
3.7.1	O IDH do Município de Unaí.....	17
3.7.2	Caracterização das Atividades Econômicas e Ocupações.....	17
3.7.3	Estabelecimentos da Economia Municipal.....	17
3.7.4	Produto Interno Bruto do Município de Unaí.....	18
3.8	Saneamento Básico e Aspectos Ambientais Associados às Atividades e Serviços Urbanos	20
3.8.1	Abastecimento de Água e Coleta de Esgoto.....	20
3.8.2	Limpeza Urbana e Destino do Lixo.....	21
3.8.3	Energia Elétrica.....	22
3.8.4	População Exclusivamente Usuária do SUS.....	22
4	CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	23
4.1	Nascidos Vivos.....	23
4.2	Mortalidade Infantil.....	24
4.3.	Mortalidade por Faixa Etária e Causas.....	27
4.3.1	Indicadores de Mortalidade.....	27
4.3.2	Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM).....	27
4.3.3	Mortalidade Proporcional por Grupo de Causa.....	28
4.3.4	Causas Mal Definidas.....	29
4.3.5	Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório.....	30
4.3.6	Mortalidade por Causas Externas.....	31
4.3.7	Mortalidade por Neoplasias.....	32
4.3.8	Mortalidade por Doença do Aparelho Digestivo.....	32
4.3.9	Mortalidade por Doenças Endócrinas e Metabólicas.....	32
4.3.10	Afecções do Período Perinatal.....	33
4.4	Morbidade e Fatores de Risco.....	33
4.4.1	Indicadores de Morbidade.....	33
4.4.2	Dengue.....	35
4.4.3	Leishmaniose Visceral.....	36
4.4.5	Hanseníase.....	37
4.4.6	Acidentes por Animais Peçonhentos.....	37
4.4.7	Leishmaniose, Hanseníase e Tuberculose.....	40
4.4.8	Situação de Portadores de Necessidades Especiais.....	40

5	SERVIÇOS E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO	41
5.1	Serviços de Saúde	41
5.1.1	Atenção Primária	41
5.1.1.1	Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	42
5.1.1.2	Estratégia de Saúde da Família	42
5.1.1.3	Equipes de Saúde Bucal	45
5.1.1.4	Programa de Controle do Diabetes	46
5.1.1.5	Saúde da Mulher e Planejamento Familiar	47
5.1.2	Assistência Farmacêutica	47
5.1.3	Vigilância em Saúde	48
5.1.3.1	Vigilância Epidemiológica	48
5.1.3.2	Imunização	49
5.1.3.3	Vigilância Sanitária	49
5.1.3.4	Centro de Controle de Zoonoses	50
5.1.3.5	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Centro de Testagem e Acolhimento	50
5.1.4	Atenção de Média e Alta Complexidade	51
5.1.4.1	Hospital Municipal	51
5.1.4.2	Pronto Atendimento Médico	53
5.1.4.3	Serviço de Atendimento Médico Especializado	54
5.1.4.4	Policlínica Municipal	54
5.1.4.5	Tratamento Fora do Domicílio	54
5.1.4.6	Casa de Apoio de Barretos	55
5.1.4.7	Outros Serviços de Média e Alta Complexidade	56
5.1.5	Serviços de Saúde da Rede Privada e/ou Conveniada	56
5.2	Produção Ambulatorial	58
6	GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO	59
6.1	Estrutura Organizativa	59
6.2	Estrutura Física e Equipamentos	60
6.3	Recursos Humanos Disponíveis	61
6.4	Logística da Secretaria Municipal de Saúde	62
6.4.1	Processo de Compras	62
6.4.2	Transporte e Veículos	63
6.4.3	Sistemas de Informação	64
6.4.4	Comunicação	64
6.5	Financiamento do SUS	65
6.6	Controle Social	65
6.6.1	Conselho Municipal de Saúde	65
6.6.2	Conferência Municipal de Saúde	66
6.7	Ouvidoria	67
	Anexos	
	Anexo I	69
	Anexo II	73
	Anexo III	76
	Anexo IV	84
	Anexo V	86

1 - INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é um documento que explicita a política de saúde a ser adotada para um período de quatro anos. É um dos principais instrumentos de gestão dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de atender às exigências legais, o Plano formaliza o compromisso da Administração Pública Municipal com a saúde do cidadão.

Este Plano Municipal orientou-se por uma visão sistêmica da Saúde no Município de Unaí e para isso buscou subsídios nos diversos instrumentos de Gestão aplicados no Município, como Plano Plurianual (PPA 2014-2017), o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013, o Termo de Compromisso de Gestão, Programação Anual de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão.

Como não poderia deixar de ser, este Plano Municipal teve também como referencial básico o Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde de Unaí, realizada nos dias 27 e 28 de junho de 2013, com ampla participação popular.

Este plano tem a pretensão de ser um instrumento norteador na implantação das políticas públicas de Saúde em Unaí, servindo aos gestores municipais, Conselho Municipal de Saúde e à população em geral para o acompanhamento dessas implantações.

1.1 - Justificativa

O Plano Municipal foi elaborado para nortear as ações prioritárias de saúde para os anos de 2014 a 2017. Em cumprimento das leis 8.080/90, 8.142/90, Lei Complementar 141/12.

1.2 - Objetivo Geral

Dimensionar os maiores problemas de saúde do município e organizar os serviços de maneira a atender a população de maneira integral, universal e equânime, para garantir a sua saúde tanto na área assistencial curativa, quanto nas áreas preventiva e promocional.

Tem ainda como objetivo coadunar as orientações dos instrumentos de planejamento municipal como PPA, LDO e LOA.

2 - PRINCÍPIOS E ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O desenvolvimento das propostas do Plano Municipal de Saúde embasou em um conjunto de informações e questões que incluíram a análise de situação de saúde do território, a consulta ao Plano 2010/2013, aos Relatórios de Gestão dos anos anteriores, à Programação Pactuada e Integrada (PPI) e aos indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 tem como princípio o contínuo aperfeiçoamento e a consolidação do SUS no Município. Foi elaborado após a análise dos documentos citados e da identificação de problemas e situações que interferem na saúde dos munícipes. Apresenta uma visão geral do Município, das condições de saúde da população, dos serviços existentes e da produção e desempenho dos serviços.

O Plano Municipal segue as seguintes diretrizes norteadoras:

- Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.
- Aprimoramento da rede de urgências, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, OS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção.
- Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.
- Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da
- dependência de Crack e outras drogas.
- Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.
- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no programa de aceleração do crescimento.
- Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

- Fortalecimento do complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.
- Implementação do novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.
- Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Para facilitar o entendimento, a política da Secretaria Municipal de Saúde está expressa e contida em quatro eixos que abrigam as linhas condutoras da saúde no Município. Os objetivos estratégicos expressam o que se pretende fazer para superar, reduzir, controlar ou eliminar os problemas identificados. Para cada objetivo foram propostas ações estratégicas de intervenção nos problemas e modificação dos padrões de saúde existentes no Município de Unaí. Foram estabelecidas metas para o período 2014-2017.

Os quatro eixos prioritários identificados são:

- ✓ **Eixo I. Universalizar a oferta e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família** - estão incluídos nesse eixo os objetivos estratégicos que visam: aperfeiçoar a Atenção Básica; reduzir as desigualdades regionais, ampliar o acesso e aprimorar a organização dos serviços; melhorar a qualidade da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e ações para humanizar o atendimento em todas as Unidades;
- ✓ **Eixo II. Fortalecer a atenção integral ao usuário** - garantir a integralidade da atenção à saúde com objetivos e ações que visam à promoção, prevenção e assistência integral com eficiência, qualidade e segurança em todas as fases da vida e para todos os segmentos;

- ✓ **Eixo III. Aprimorar a capacidade Gestora** - neste eixo encontram-se objetivos que propiciam adequada modernização e qualificação da Gestão Municipal com o fortalecimento dos mecanismos existentes e com a implantação de novas estratégias;
- ✓ **Eixo IV. Fortalecer a participação da Comunidade e o Controle Social** - os objetivos e ações desse eixo visam ampliar e qualificar a participação social no Município.

Os objetivos, ações estratégicas e metas do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 foram consolidados e compatibilizados com os programas, atividades e projetos, metas e indicadores do PPA 2014-2017.

O PMS 2014-2017 obedece à seguinte estrutura na sua apresentação:

1 Introdução, objetivo e justificativa;
2 Princípios e estruturas do Plano Municipal;
3 Características Gerais do Município e a Rede de Saúde
4 Análise situacional, que compreende os aspectos demográficos, socioeconômicos e ambientais, bem como a situação de saúde com o quadro epidemiológico do Município;
5 Descrição da organização e desempenho dos serviços - Secretaria Municipal da Saúde;
6 Gestão do SUS no Município e
7 Compromissos do Plano Municipal de Saúde

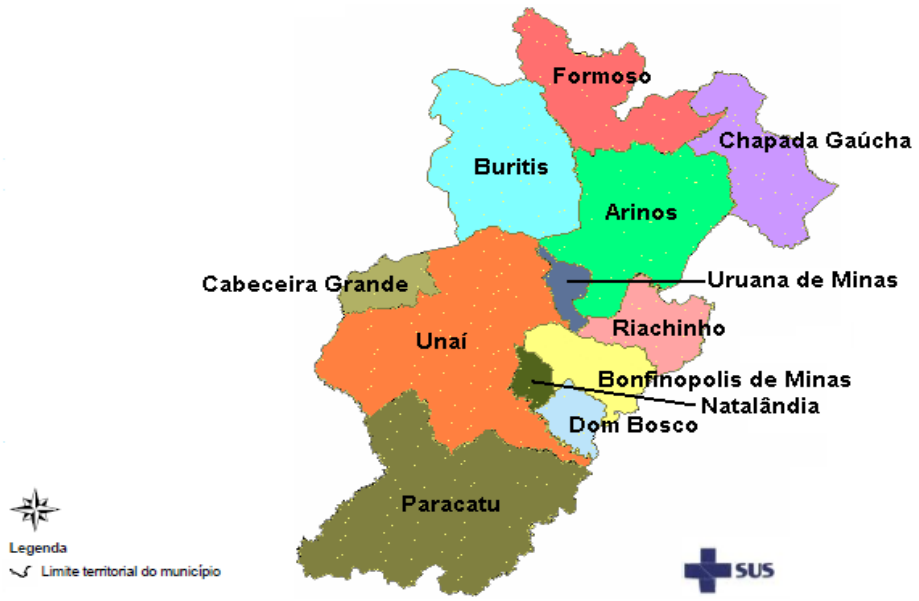
3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO E A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

3.1 - Histórico

O município de Unaí foi criado pela lei Estadual nº 1058 de 31/12/1943 e instalado a 15/01/1944, passando a ser comarca em 1955. Atualmente, ele se constitui na sede da Microrregião de Unaí, composta pelos municípios de Arinos, Buritis, Bonfinópolis de Minas, Cabeceira Grande, Chapada Gaúcha, Dom Bosco, Formoso, Natalândia, Paracatu, Riachinho e Uruana de Minas,

A Microrregião de Unaí possui uma área de 40.607,76 Km² e apenas 12 municípios e sua população soma 252.330 habitantes segundo dados do IBGE 2010. Dada sua vocação para a agricultura irrigada e para a criação extensiva de gado de corte e leiteiro, culturas que ocupam grandes áreas, a microrregião possui baixa densidade demográfica.

Figura 01 – Mapa da Microrregião de Unaí.



Fonte: Gerência Regional de Saúde de Unaí-GRS/SES/MG

3.2 - Situação Geográfica

O município de Unaí está localizado na região Noroeste do Estado de Minas Gerais e tem 8.447,107 km² de área, limitando-se com os municípios de Paracatu, Cabeceira Grande, Uruana de Minas, Dom Bosco, Natalândia, Buritis, Arinos e Cristalina (GO).

Atualmente, o município possui sete distritos: Unaí (sede), Garapuava, Santo Antônio do Boqueirão, Palmerinha, Ruralminas, Pedras de Marilândia e Boa Vista de Santa Maria.

O município, situado na região do Planalto Central, apresenta uma paisagem de planalto, bem como serras alongadas e paralelas e a topografia plana baixa nos vales do rio Preto e seus tributários.

O clima é o tropical úmido de savanas com um período seco (maio até setembro) e um período chuvoso (outubro até abril).

O índice pluviométrico médio anual varia entre 900 mm e 1350 mm, sendo a temperatura média de 24º C, a máxima de 36º C e mínimas de 12º C.

3.3 - Localização

Unaí está localizada à 600 Km de Belo Horizonte (na região Noroeste de Minas Gerais) e a 170 Km da capital Federal (DF), e está ligada a eles e aos municípios vizinhos da seguinte maneira:

- BR 251 Unaí/Brasília 165 Km (asfalto)
- MG 188 Unaí/Paracatu 101 Km (asfalto)
- MG 188/040 Unaí/BH 600Km (asfalto)
- MG 121 Unaí/Buritis/Arinos 150 (asfalto)
- BR 251 Bonfinopolis de Minas 148 Km (asfalto)

Obs: O município possui 6.000 Km de estradas municipais sem asfalto.

Quadro 1 - Distância de outras cidades em relação à Unaí

Centros nacionais	Km	Outros pólos	Km
Goiânia	383	Patos de Minas	330
João Pinheiro	202	Pirapora	411
Rio de Janeiro	1 200	Uberaba	592
São Paulo	1 350	Uberlândia	497

Fonte: Departamento de Estradas de Rodagem – DER/MG.

3.4 – Transporte Terrestre

Unaí possui um terminal rodoviário situado na rua Prefeito João Costa 283 Centro, com uma movimentação de cerca de 9.000 passageiros mês, números de 2012.

No que se refere ao transporte rodoviário de passageiros, o município conta com seguintes empresas: Expresso Noroeste, Santa Izabel, Viação Santo Antônio, Real Expresso, União Caiçara, São Cristóvão e Viação Sertaneja. Unaí conta com a empresa Noroeste para fazer o transporte coletivo da cidade.

Unaí possui segundo dados do IBGE 2009, 25.726 veículos, sendo 8.844 motocicletas e 283 ônibus, 1.548 caminhões dentre outros.

O número total de veículos representa uma proporção de um veículo para cada três habitantes.

O alto número de veículos por habitante, aliado às ruas antigas e sem planejamento e com poucos semáforos, cria um grande potencial para acidentes. Conseqüentemente, isso amplia o potencial para o alto índice de morbimortalidade por causas externas - 3ª causa de mortalidade em 2012 e 19ª por causas de internações - (ver quadros 17 e 24), considerando que muitos casos de traumas ocasionados por acidentes de trânsito em Unaí, são encaminhados para Brasília.

Ressalte-se que as causas externas são a soma de ocorrências devido à violência, acidentes de trânsito, suicídios e outros.

3.5 - Infraestrutura para o Transporte Aéreo

Quadro 2 - Infraestrutura para o Transporte Aéreo

Aeroporto	Quantidade
Aeroporto municipal (pista asfaltada 30x1300m)	01
Aeroporto privados	05

Fonte :Levantamento Sócio-econômico Unaí / 2002

3.6 - Caracterização da Infraestrutura e Determinantes Sociais

3.6.1 - Educação e Cultura

O Município de Unaí teve uma redução do analfabetismo em 11,90 pontos percentuais nos últimos 20 anos. A taxa de analfabetismo entre os jovens de até 24 anos de idade foi reduzida em 89,88% em referência à taxa apurada em 1991.

A redução da taxa de analfabetismo, somada à melhoria da educação da população, tem impactos significativos na saúde pública de uma sociedade. A tabela 04 apresenta a queda na taxa de analfabetismo da população do município em todas as faixas etárias.

Tab. 01 - Taxa (%) de analfabetismo da População Residente por Faixa Etária

Faixa Etária	1991	2000	2010
15 a 24 a	7,9	2,8	0,8
25 a 59	22,8	11,3	7,2
60 a 69	53,5	39,7	25,8
70 a 79	58,7	50,5	34,6
80 e +	76,9	62,5	51,3
Total	20,6	12,1	8,7

Fonte: IBGE/Censo 2010

Quadro 3 - Estabelecimentos de Ensino: 1º e 2º graus

Tipo	Quantidade
Escolas da Rede Municipal de Ensino Multisseriadas	03
Escolas da Rede Municipal pólo	12
Educação infantil	11
Escolas estaduais	13
Colégios particulares	05

Fonte: SEMED

Quadro 4 - Estabelecimentos de Ensino – Nível Superior

Estabelecimento	Cursos
Instituto de Ensino Superior Cenecista – INESC	Administração de Empresas Ciências Contábeis Direito Sistema de Informação Pedagogia
Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí – FACTU	Direito Ciências Contábeis Administração de Empresas Agronomia Pedagogia Educação Física Enfermagem
Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES	Letras Ciências Biológicas
UNITIS (Virtual)	Serviço Social Normal Superior Administração
FACISA	Medicina Veterinária Enfermagem Serviço Social
UNIP – Universidade Paulista (Virtual)	Marketing, Recursos Humanos Processos Gerenciais Tecnologia da Informação Gestão Financeira; Logística Administração de Empresas Ciências Contábeis Serviço Social; Pedagogia

	Letras e Matemática

Fonte:SEMED

3.6.2 - Atrativos Turísticos e Lazer

Os principais atrativos turísticos são: Gruta do Tamboril, Gruta do Sapezal, Gruta do Gentio, Cachoeira da Jibóia, Cachoeira do Rio Preto, Cachoeira do Queimado, os lagos das hidrelétricas de Queimado e Unaí Baixo energética, Hotel Fazenda Curva do Rio e alguns campings permanentes ou esporádicos como Pilão de Pedra e outros. Além de um enorme potencial turístico inserido em áreas particulares, com diversas cachoeiras, grutas, piscinas naturais dentre outros.

Quadro 5 – Estrutura de Lazer disponível

Estrutura	Quantidade
Clube	05
Estádio	02
Campo de futebol	32
Campos Socyte	04
TV por assinatura	03
Quadras abertas	13

Fonte: Prefeitura Municipal de Unaí 2012.

3.6.3 Comunicação e Telefonia

O serviço de telefonia é de responsabilidade da TELEMAR (DDD e DDI).

Quadro 6 - Estrutura de Telefonia

Telefones	Quantidade
Público	536
Rural	70
Telefones privados	14.088

Fonte: Telemar / 2013

Unaí possui quatro emissoras de rádio locais, uma AM e três FM, cinco jornais locais e um canal de televisão. São sintonizados cinco canais de TV.

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) conta com uma agência própria e outra franqueada, 300 caixas postais e 03 caixas de coleta.

3.7 - Aspectos Demográficos, Socioeconômicos e Ambientais

Em agosto de 2013 o IBGE refez os cálculos da população estimada de diversos Municípios a população estimada apresentada para Unaí passou para 81.693habitantes. A

população censitária é de 77.565 (setenta e sete mil, quinhentos e sessenta e cinco) habitantes (CENSO IBGE 2010), distribuídos conforme apresentado nas tabelas a seguir.

Tab. 2 - População do Município de Unaí

Área de domicílio	População	%
Urbana	**62.329**	**80,36**
Rural	**15.236**	**19,64**
Total	**77.565**	**100**

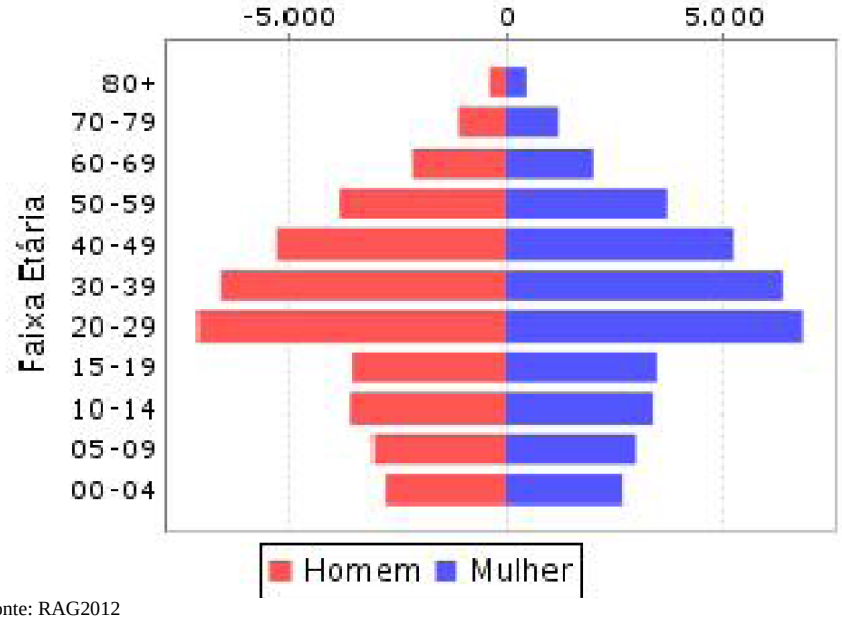
Fonte: IBGE 2010

Tab. 3 – Dados Demográficos

Faixa etária	**SEXO**		**TOTAL**
	Masculino	Feminino	
0a 4 anos	2.794	2.687	5.481
5 a 9anos	3.060	3.009	6.069
10 a 14 anos	3.574	3.352	6.926
15 a 19 anos	3.522	3.452	6.974
20 a 29 anos	7.091	6.843	13.934
30 a 39 anos	6.579	6.376	12.955
40 a 49 anos	5.251	5.201	10.452
50 a 59 anos	3.826	3.690	7.516
60 a 69 anos	2.155	1.997	4.152
70 a 79 anos	1.066	1.173	2.239
80 ou +	387	480	867
População Total	39.305	38.260	77.565

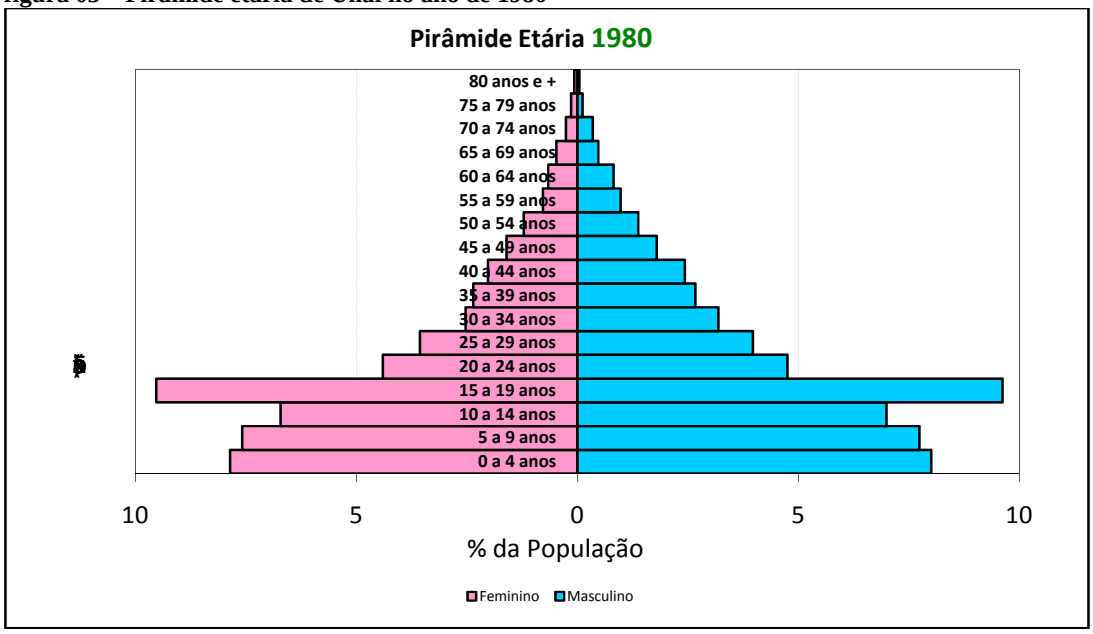
Fonte: IBGE – 2.010/RAG2012

Figura 02 – Pirâmide etária de Unaí-MG



Fonte: RAG2012

figura 03 – Pirâmide etária de Unaí no ano de 1980



Fonte:DATASUS

Historicamente Unaí apresenta uma população masculina maior que a feminina, porém, o último censo, demonstrou uma predominância no número de mulheres em relação aos homens, somente nas faixas etárias superiores aos 70 anos. A população geral apresentou um crescimento na última década de 10,75% .

As figuras 01 e 02 acima evidenciam o envelhecimento da população do Município, em conformidade com o envelhecimento da população nacional. No início da década de 80 a predominância da população se encontrava nas faixas etárias até 19 anos. Em 2010 vemos um crescimento significativo da população com idade superior a 40 anos.

Segundo o IBGE, " o declínio generalizado da fecundidade no país, conjugado à redução da mortalidade, contribuiu de forma decisiva para as mudanças processadas na composição por idade da população. Tais alterações caracterizam fundamentalmente o início do processo de envelhecimento da população brasileira"[1]

O Município apresenta uma densidade demográfica de 9,18 habitantes por quilômetro quadrado, enquanto o Estado de Minas Gerais apresenta uma densidade demográfica de 33,41 (hab/Km²)

O Município possuía em 2012, 33 assentamentos rurais, abrigando cerca de 2.600 famílias. Estima-se que a população residente de fato nos assentamentos corresponda a mais

[1]IBGE. Tendências Demográficas: uma análise do resultado do universo do Censo Demográfico 2000.

de 10% da população, ou seja, a parte preponderante de moradores da zona rural que segundo o IBGE em 2010 é de 19,64%. Além desses assentamentos existem alguns acampamentos que abrigam aproximadamente 170 famílias.

3.7.1 O IDH do Município de Unaí e a expectativa de vida.

O Município de Unaí conseguiu um salto significativo em seu Índice de Desenvolvimento Humano – IDH nas duas últimas décadas. Segundo dados do PNUD em 1991 o município possuía um IDH de 0,447, saltando para um IDH de 0,651 em 2000.

Em 2010 o IDHM- apurado pelo PNUD foi de 0,736, colocando o Município na 67ª posição do IDHM- no Estado de Minas Gerais e em 876ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros.

O PNUD também apurou o aumento na expectativa de vida do unaiense que em 2000 era de 74,8 anos e em 2010 alcançou 75,8 anos.

3.7.2 - Caracterização das Atividades Econômicas e Ocupações

No plano econômico, Unaí é de economia essencialmente agropecuária, com destaque para a produção agrícola que é de aproximadamente 787.920 toneladas de grãos. O quadro 3 apresenta a produtividade das três principais culturas agrícolas do município.

Quadro 7 - Principais Culturas Municipais

Cultura	Quantidade (ton./ano)
Milho	249.000
Soja	330.000
Feijão	120.000

Fonte: IBGE

A área atualmente cultivada é de 213.537 hectares, de lavouras anuais. Atualmente se destacam neste cenário, outras culturas tais como: algodão, trigo, sorgo e o café.

A pecuária também representa um dos alicerces da economia municipal. A criação de gado bovino alcança 339.750 cabeças, a criação de suínos chega à 22.500 cabeças. Unaí é uma das maiores bacias leiteiras de Minas e do Brasil com média de 268.000 litros de leite/dia.

3.7.3 - Estabelecimentos da Economia Municipal

QUADRO 8 - ESTABELECIMENTOS DA ECONOMIA MUNICIPAL

ESTABELECIMENTOS	QUANTIDADE
Comerciais	2.250
Indústrias	269
Agencias bancárias	05
Cooperativas de crédito	02
Correspondentes Bancários	05

Fonte: ACIU/2012

Essas empresas empregam, segundo o IBGE-2011, 14.772 pessoas, com um rendimento médio mensal de 2,1 salários mínimos.

Considerando dados de 2003 do IBGE o índice de pobreza do município era de 28,81% com um índice de Gini de 0,41. Este índice mede a concentração de renda de uma população, varia de 0 a 1, onde zero seria a condição de igualdade, ou seja, todos teriam a mesma riqueza. Enquanto 1 seria o extremo da desigualdade onde toda a riqueza estaria concentrada em apenas uma. O índice de Gini do Brasil em 2004, segundo o IPEA foi de 0,591 aparecendo quase no final de uma lista de 127 países. (fonte: Revista Desafios do Desenvolvimento)[2]

3.7.4 - Produto Interno Bruto do Município de Unaí

Entre os produtos industrializados no município, destacamos: temperos, gêneros alimentícios enlatados, derivados do leite, embutidos, derivados do milho, beneficiamento e empacotamento de arroz e feijão, telhas, tijolos, brita, calcário, móveis de madeira e tubulares. Os produtos são comercializados na região geoeconômica de Brasília, Belo Horizonte e Goiânia.

Além das atividades acima, o município possui um mercado informal composto de confecções, artesanato, fabricação caseira de doces, biscoitos e outros gêneros alimentícios e prestadores de serviços, gerando cerca de 2000 empregos diretos neste segmento.

A partir da edição de Lei 123 em 2006 que criou o regime tributário conhecido como Simples Nacional, foram inscritas junto ao Município 1.109 nesse regime.

O PIB 2010 é de R$: 1.398.983.000,00 assim distribuídos;

- Agropecuária: R$ 395.320.000,00
- Comercial: R$ 662.392.000,00
- Industrial: R$ 234.197.000,00
- Serviços: R$ 662.392.000,00

O PIB per capita apurado pelo IBGE relativo ao ano de 2010 foi de R$ 18.030,46

O crescimento do PIB municipal pode ser observado na tabela 04.

[2] Dado coletado por meio eletrônico, disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28&Itemid=23

Tab.04 Produto interno bruto (R$), 2005-2009

	ANOS				
	2005	2006	2007	2008	2009
Produto interno bruto (PIB)	830.594,00	777.080,80	973.743,80	1.332.771,20	1.310.654,40
PIB *per capita*	11.030,17	10.192,03	12.616,20	17.211,93	16.776,38
Valor adic bruto agropecuária	285.363,40	219.442,20	306.598,30	512.234,20	503.247,80
Valor adic bruto indústria	69.495,00	74.068,50	118.617,60	165.210,40	144.571,80
Valor adic bruto serviços	407.547,30	422.516,10	480.120,20	569.436,80	588.677,40
Valor adic bruto admin pública	92.318,80	108.004,70	118.151,40	137.975,90	150.468,30
Val. impostos	68.188,30	61.054,00	68.407,70	85.889,80	74.157,50

Fonte: IBGE, , em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA.

Notas: 1) Valores do PIB per capita estão em reais correntes. Os demais valores estão em milhares de reais correntes. 2) A população utilizada é a proveniente da base demográfica do MS/Datasus. Os valores do PIB per capita podem divergir do publicado em outras fontes, caso haja diferença nos valores estimados da população.

A tabela abaixo demonstra a renda de famílias em Unaí segundo raça/cor nos, evidenciando uma ligeira queda de rendimentos das famílias brancas em 2010 em relação a 2000. Em contrapartida houve significativo aumento da renda das famílias de cor/raça Preta, amarela e parda.

Pode-se denotar disso uma distribuição mais igualitária na última década, o que pode resultar em impactos positivos para a saúde da população.

Tabela 05 - Renda média domiciliar (R$) *per capita* por Ano segundo Cor/Raça, 2010

Cor/raça	1991	2000	2010
Branca	277,9	1.087,1	896,7
Preta	153,7	238,5	611,8
Amarela	553,6	637,5	905,9
Parda	167,3	365,0	525,1
Indígena	50,4	138,9	447,4
Sem declaração	146,5	522,8	-
Total	216,6	682,6	680,1

Fonte: IBGE/CENSOS

Notas: 1) O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R$ 510,00.

A tabela 06 evidencia a diminuição da pobreza no município, com uma diminuição significativa da porcentagem da população com renda inferior a meio salário mínimo, essa redução tem impactos significativos nos índices de saúde.

Já a tabela 07 demonstra também a redução do percentual de crianças menores de 14 anos de baixa renda. O que também tem impactos significativos nos índices de saúde e educação.

Tabela 06 - Pessoas com baixa renda, 1991-2010

	1991	2000	2010
% da população com renda < 1/2 SM	81,0	51,3	30,2
-População com renda < 1/2 SM	55.288	35.089	23.127
% da população com renda < 1/4 SM	55,7	21,0	10,5
-População com renda < 1/4 SM	38.007	14.390	8.051

Fonte: IBGE/Censos

Notas: 1) SM- salário mínimo

2) O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R$ 510,00.

Tabela 07 - **Crianças (menores de 14 anos) em situação domiciliar de baixa renda, 1991-2010**

	1991	2000	2010
% crianças renda dom <1/2 SM	85,6	63,3	44,8
-Crianças renda domic < 1/2 SM	21.998	13.120	8.221
% crianças renda dom <1/4 SM	66,1	29,9	17,3
-Crianças renda domic <1/4 SM	16.986	6.198	3.172

Fonte: IBGE/Censos

Notas: 1) SM- salário mínimo

2) O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R$ 510,00.

3.8 - Saneamento Básico e Aspectos Ambientais Associados às Atividades e Serviços Urbanos

3.8.1 - Abastecimento de Água e Coleta de Esgoto

O Município de Unaí faz parte da Bacia hidrográfica do Rio São Francisco. Seus principais recursos hídricos são: Rio Preto, Rio Canabrava, Rio São Marcos, Rio Soberbo, Ribeirão do Carmo, Ribeirão Aldeia e Roncador.

O sistema de abastecimento de água e coleta de esgoto de Unaí está a cargo do Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) – Autarquia Municipal. Segundo o SAAE, 98% das residências urbanas do município estão ligados à rede de distribuição de água tratada. Ligados à rede de esgoto, segundo o SAAE, 85% das residências urbanas. Todo o esgoto coletado é enviado à uma ETE – Estação de Tratamento de Esgoto, que, após ser tratada a água é separada e lançada novamente no Rio Preto.

Quadro 9 - Características do Sistema de Água

Sistema de Tratamento	ETA Sistema Rio Preto
Capacidade / estação de água	648.000 m³/mês
Volume de água tratada	515.556 m³/mês
Comprimento de rede	249.745 m
Número de ligações	20.247
Número de economias	23.367

Fonte: SAAE / 2012

A Estação de Tratamento de Água (ETA) que passou de 150 L/s para 250 L/s, propicia atendimento para aproximadamente 65.000 habitantes.

Quadro 10- Características do Sistema de Esgoto

Números de Ligações	18.040
Números de Economias	21.135
Comprimento de Rede	146.364 m
Poços de Visita	1.245

Fonte: SAAE / 2012

A tabela abaixo evidencia os tipos de instalações sanitárias encontradas no Município de Unaí, ressaltando os anos de 1991 e 2000segundo o IBGE.

Tabela 08 - Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	30,2	55,9
Fossa séptica	0,3	6,2
Fossa rudimendar	47,7	29,3
Vala	0,1	0,5
Rio, lago ou mar	-	0,1
Outro escoadouro	0,4	0,1
Não sabe o tipo de escoadouro	0,0	-
Não tem instalação sanitária	21,2	7,8

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Quadro 11 - Saneamento Ambiental

Domicílios com água tratada	21.934
Domicílios ligados à rede de esgoto	21.135
Domicílios com fossa séptica	3.660

Domicílios com fossa negra	-

Fonte: SAAE / 2012

3.8.2 - Limpeza Urbana e Destino do Lixo

A varrição das ruas e a coleta do Lixo é realizada por empresa terceirizada, sendo que, a coleta do lixo de hospitais e clínicas é feita separadamente e o lixo incinerado pela empresa coletora.

Até o momento, o lixo tem destinação a céu aberto, nas imediações da zona urbana. Há um processo que já está avançado, com o propósito da destinação do lixo a um aterro sanitário.

Uma pequena porção do lixo produzido, já é coletada separadamente pela Associação Recicla Unaí – AREUNA.

A tabela abaixo demonstra o destino do lixo no Município de Unaí nos anos de 1991 e 2000.

Tabela 09 - Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo

Coleta de lixo	1991	2000
Coletado	37,7	77,1
Queimado (na propriedade)	30,6	17,8
Enterrado (na propriedade)	2,0	1,6
Jogado	13,2	3,0
Outro destino	16,5	0,5

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

3.8.3 - Energia Elétrica

A energia elétrica é fornecida pela CEMIG, através da Hidrelétrica de Três Marias. Atualmente, funciona também a Hidrelétrica de Queimado com capacidade de 100 MW, A PCH Unaí Baixo com capacidade de geração de 26 MW e há um projeto adiantado para a construção da PCH de Mata Velha, todas no Rio Preto.

Quadro 12 - Consumo de energia em Unaí/ 2012

Classes de Consumidores	Dados 2002	Dados 2012
Residencial	16.305	22.680
Comercial, Industrial e de Serviços	2.185	3.259
Rural	1.832	4.288
Outros	282	217
Total	20.604	30.444

Fonte: CEMIG / 2002/2012

3.8.4 - População Exclusivamente Usuária do SUS

Considerando a população residente em Unaí que utiliza planos de saúde segundo a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar que é de 14.501 pessoas em 2012, podemos estimar que a população exclusivamente usuária do SUS residente no Município de Unaí é de 64.202 pessoas em 2012, considerando também a população estimada pelo IBGE nesse ano que foi de 78.703 habitantes.

Ainda segundo dados da ANS á taxa de cobertura de planos de saúde no interior de Minas Gerais é de 21,9%.

A clientela do município, além de sua população própria, constitui-se de pacientes vindos de todo o Noroeste.

A região é escassa em recursos humanos e capacidade instalada, e Unaí, como sede de microrregião atende, além dos pacientes que referencia, uma demanda espontânea alta, inclusive para procedimentos da Atenção Básica, escapando muitas vezes do controle da Secretaria Municipal de Saúde.

Nos casos eletivos, o município referencia os serviços baseados na Programação Pactuada Integrada – PPI revista anualmente.

Os municípios da região podem agendar as consultas e exames pelo SUS Fácil dentro das quantidades pactuadas.

O município recebe os pacientes vizinhos para internações nas clínicas básicas e na Nefrologia.

Quadro 13 - Internação de pacientes de outros municípios / Procedência 2008 e 2012

Procedência	2008	2012
Paracatu	17	08
Arinos	56	120
Bonfinópolis	25	53
Riachinho	47	51
Cabeceira Grande	67	80
Buritis	34	21
Chapada Gaúcha	12	19
Brasilândia de Minas	01	09

Fonte: Serviço de Controle e Avaliação

4 - CONDIÇÕES DE SAÚDE

4.1 - Nascidos Vivos

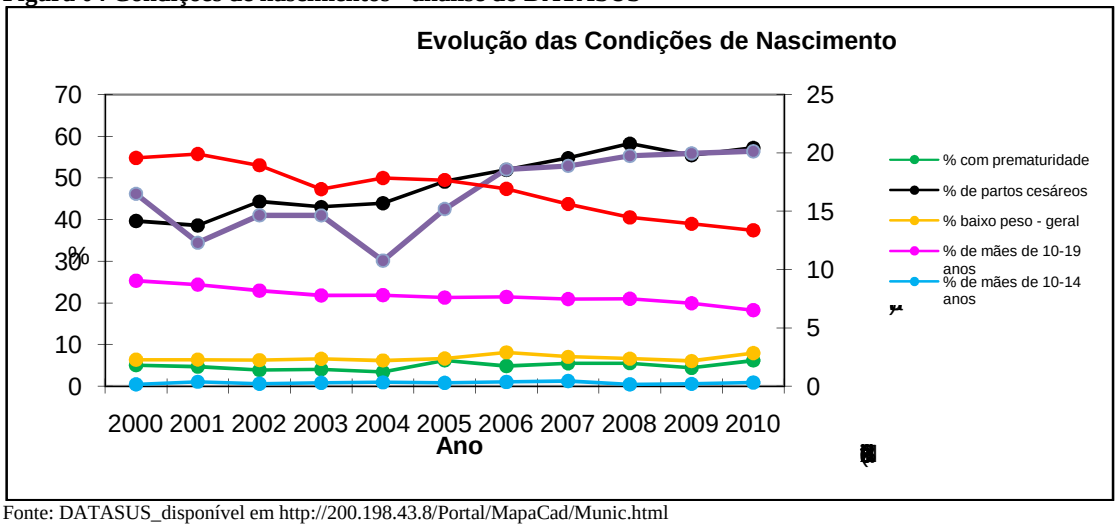
A tabela 05 apresenta dados consolidados relativos aos nascimentos na primeira década deste século, no Município de Unaí. O quadro 14 apresenta dados referentes ao ano de 2012.

Tabela 10 - Análise do DATASUS sobre os nascidos vivos na última década.

Informações sobre Nascimentos										
Condições	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
Número de nascidos vivos	1.371	1.414	1.360	1.227	1.310	1.331	1.290	1.205	1.121	1.087	1.036
Taxa Bruta de Natalidade (x1.000 hab)	19,6	19,9	18,9	16,9	17,8	17,7	16,9	15,6	14,5	13,9	13,4
% com prematuridade	5,1	4,7	3,8	4,0	3,4	6,2	4,8	5,5	5,5	4,4	6,1
% 7 ou mais consultas pré-natal	46,2	34,4	41,0	41,0	30,2	42,5	52,0	52,9	55,3	55,8	56,4
% de partos cesáreos	39,7	38,6	44,3	43,0	43,9	49,1	51,9	54,8	58,2	55,5	57,2
% de mães de 10-19 anos	25,3	24,3	22,9	21,8	21,8	21,3	21,4	20,9	21,0	19,9	18,2
% de mães de 10-14 anos	0,4	1,1	0,6	0,8	0,9	0,8	1,0	1,2	0,4	0,6	0,9
% com baixo peso ao nascer											
- geral	6,3	6,3	6,2	6,5	6,1	6,6	8,1	7,0	6,6	6,0	7,9
- partos cesáreos	4,4	4,8	5,7	4,9	7,0	5,1	6,6	5,2	6,2	5,2	7,1
- partos vaginais	7,5	7,3	6,6	7,7	5,5	8,1	9,7	9,2	7,1	7,1	9,0

Fonte: SINASC. Acesso em 09/11/2012.

Figura 04 Condições de nascimentos - análise do DATASUS



Fonte: DATASUS_disponível em http://200.198.43.8/Portal/MapaCad/Munic.html

Quadro 14 - Nascidos vivos em 2012

Nascidos vivos	**2012**
Número de nascidos vivos	1.087
Taxa bruta de natalidade (x1000)	13,9
% com prematuridade	Nd
% com 7 ou mais consultas de pré-natal	63,10%
% de partos cesáreos	60,44%
% de mães entre 10 e 19 anos	15,63%
% de mães entre 10 e 14 anos	0,64%
% com baixo peso ao nascer	6,07%
Nascimento por tipo de parto	
Parto cesáreo	657
Parto Vaginal	426

Fonte: SESAU/VISA/2012/SINASC

4.2 - Mortalidade Infantil

Mede a probabilidade de uma criança morrer antes de completar 1 ano de vida. Para os profissionais de Saúde Pública, a análise da mortalidade infantil é um dos melhores instrumentos para medir a saúde na comunidade, e é uma orientação segura para os programas assistenciais.

A ocorrência de óbitos de crianças menores de um ano de idade tem sido estudada como um evento importante em Saúde Pública, já que representa mortes precoces, em grande parte evitáveis.

A taxa de mortalidade infantil indica o risco de um RN evoluir para óbito e é considerada um dos mais importantes indicadores da situação de saúde de uma população. Sua magnitude depende de uma combinação de fatores determinantes, desde fatores socioeconômicos relacionados às condições de vida a fatores relacionados à atuação dos serviços de saúde, como o acesso e a qualidade da atenção individual e as
políticas públicas de saúde. Ou seja, a magnitude da MI depende tanto da disponibilidade de renda e de alimentos na família, de água potável e de instalações sanitárias no domicílio, do estado nutricional das mães e de seus conhecimentos sobre problemas de saúde, quanto da disponibilidade de serviços de atenção de saúde qualificados para a mãe e a criança desde antes do seu nascimento (MINAS GERAIS, 2010)

No Brasil e em Minas Gerais, a taxa de mortalidade infantil em 2008 foi de 17,6 e 17,4/1000 NV respectivamente.

Quadro 15 – Óbitos em menores de 1 ano no Município de Unaí-MG, 2003 – 2012

Ano	Nº de Nasc. Vivos	Nº de Óbitos	Coeficiente
2003	1.175	5	4,2/1000 NV
2004	1.309	15	11,46/1000 NV
2005	1.288	13	10/1000 NV
2006	1.223	6	5/1000 NV
2007	1.096	7	7/1000 NV
2008	1.006	15	15/1000 NV
2009	1.086	5	5/1000 NV
2010	1.036	17	17/1000 NV

2011	1.066	9	9/1000 NV
2012	1.111	25	22,5/1000 NV

Fonte: SIM/SINASC

A tabela 11 apresenta o número absoluto de mortalidade infantil no Município de Unaí entre os anos de 2002 e 2010 separados por causas segundo tabulações do DATASUS. Já a tabela 12, logo a seguir apresenta o número de mortes de crianças menores de um ano discriminados pelo sexo.

Tabela 11 - Óbitos infantis (menores de 1ano) por grupos de causa

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Causas evitáveis	8	7	10	9	6	8	6	3	13
1.1. Reduzíveis pelas ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	6	5	8	7	5	7	6	3	10
1.2.1. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	3	-	5	2	2	2	1	1	4
1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	-	2	-	2	2	4	1	1	4
1.2.3. Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	3	3	3	3	1	1	4	1	2
1.3. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	-	2	-	1	1	1	-	-	1
1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	2	-	2	1	-	-	-	-	2
2. Causas mal definidas	1	3	-	1	2	4	-	-	1
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	1	3	5	4	1	2	9	2	3

Fonte: DATASUS/2012

Tabela 12 - Óbitos infantis (menores de 1ano) por grupos de causa, segundo o sexo

	Meninos		Meninas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total de óbitos	12	100,0	5	100,0	17	100,0
1. Causas evitáveis	9	75,0	4	75,0	13	76,5
1.1. Reduzíveis pelas ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-	-
1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	7	77,8	3	103,7	10	76,9
1.2.1. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	3	42,9	1	55,1	4	40,0
1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	3	42,9	1	55,1	4	40,0
1.2.3. Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	1	14,3	1	18,4	2	20,0
1.3. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	-	-	1	-	1	7,7
1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	2	22,2	-	29,6	2	15,4
2. Causas mal definidas	1	8,3	-	8,3	1	5,9
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	2	16,7	1	16,7	3	17,6

Fonte: DATASUS/2012

No Município de Unaí a taxa de mortalidade infantil apresentou-se abaixo dos parâmetros do Brasil e Minas Gerais até o ano de 2011, passando em 2012 para uma taxa bem acima dos parâmetros esperados, 22,5/1000 NV, ou seja, a cada mil nascidos vivos, vinte e cinco crianças menores de um ano morreram no município no ano de 2012.

As taxas vêm sofrendo oscilações estatisticamente significantes, o que não nos permite dimensionar realmente a nossa realidade, visto que há uma mudança brusca de um ano para outro, conforme tabela acima.

As principais causas de óbito ocorreram devido a complicações placentárias e do cordão umbilical e afecções maternas não relacionadas à gravidez.

4.3 - Mortalidade por Faixa Etária e Causas

4.3.1 - Indicadores de Mortalidade

A partir da década de 1960, o Brasil tem experimentado importantes transformações no seu perfil de mortalidade e morbidade, em função dos processos de transição demográfica, nutricional e epidemiológica. Em relação à transição epidemiológica, ocorreu uma redução progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças e agravos não transmissíveis (BRASIL, 2009).

As doenças e os agravos não transmissíveis constituem um grupo de mortalidade no qual o processo causal não se relaciona aos mecanismos de transmissão de agentes etiológicos. Decorrem de interação de inúmeros fatores de natureza diversa, entre eles os de natureza biológica, social, comportamental e ambiental. Esse grupo pode ser dividido em doenças não transmissíveis e causas externas (BRASIL, 2009).

Os agravos denominados de causas externas são constituídos pelas causas acidentais e a violência. Nos últimos anos, as causas externas vêm se destacando como importante problema de saúde pública.

A estatística de mortalidade constitui um instrumento de grande importância em Epidemiologia, Demografia e Administração Sanitária.

A causa da morte constitui a base dos estudos para os gestores programarem as ações na área da saúde de acordo com a realidade de cada população, procurando assistir os grupos mais vulneráveis.

4.3.2- Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM)

Mede a probabilidade que qualquer pessoa da população tem de morrer, em determinado local e período. É importante que os óbitos sejam analisados por local de residência habitual, pois os indivíduos doentes convergem para os centros de melhores recursos de saúde vindo a falecer fora de seu município de residência. O Coeficiente Geral de Mortalidade indica quantas pessoas morrem a cada 1000 habitantes.

Em 2008 o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade de 6,1/1.000 habitantes, a Região Sudeste de 6,5/1.000 habitantes e o Estado de Minas Gerais de 6,5/1.000 habitantes (IDB, 2010). O município apresentou no mesmo período uma taxa de 4,79/1.000 habitantes, abaixo do que foi apresentado no país e no Estado.

A partir de 2009 o Município de Unaí vem mantendo uma taxa em torno de 5 óbitos para cada 1.000 habitantes. O quadro 15, a seguir apresenta a população, número de óbitos e coeficiente de mortalidade anual no período compreendido entre 2003 e 2012.

Quadro 16 - Coeficiente Geral de Mortalidade do Município de Unaí-MG, 2003-2012

Ano	População	Óbitos(número absoluto)	Coeficiente(1.000 hab)
2003	72.625	221	3/1000 hab
2004	73.442	409	5,5/1000 hab
2005	75.302	382	5,07/1000 hab
2006	76.244	250	3,27\1000 hab
2007	77.182	289	3,74\1000 hab
2008	77.433	371	4,79\1000 hab
2009	78.125	389	5,0\1000 hab
2010	77.565	417	5,37\1000hab
2011	78.144	411	5,25/1000 hab
2012	78.703	427	5,42/1000 hab

Fonte: SIM

4.3.3- Mortalidade Proporcional por Grupo de Causa

Mede quantas pessoas morreram por uma determinada causa dentre o total de óbitos em um determinado local e período.

No período de 2012 as principais causas de mortalidade no Município de Unaí, por ordem de importância foram: Causas Mal Definidas, representando 17,7% do total de óbitos; Doenças do Aparelho Circulatório com uma taxa de 16,8%; Causas Externas com uma taxa de 14,5%; Neoplasias com uma taxa de 13,8%; Doenças do Aparelho Digestivo com uma taxa de

6% e Afecções do Período Perinatal e Doenças Endócrinas e Metabólicas ambas com uma taxa de 5,8% do total dos óbitos.

Quadro 17- Principais causas de mortalidade, Município de Unaí-MG, 2008 e 2012

2008	2012
Doença do Ap. Circulatório	Causas Mal Definidas
Causas Mal Definidas	Doença do Aparelho Circulatório
Causas externas	Causas Externas
Neoplasias	Neoplasias
Doença de Chagas	Doença do Ap. Digestivo
Doença do Ap. Respiratório	Doenças Endócrinas e Metabólicas e Afecções do Período Perinatal

Fonte: SIM

No quadro acima apresentamos as principais causas de morte no município em ordem de importância, onde fazemos uma relação entre as mudanças ocorridas nos anos de 2008 e 2012 com o objetivo de conhecer o comportamento das causas de mortalidade no decorrer dos anos. Podemos observar que no decorrer do período analisado, as causas básicas sofreram algumas alterações. A mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, que sempre foi a principal causa de morte, cedeu lugar às Causas Mal Definidas. Neoplasias e Causas Externas não sofreram alterações em sua classificação, permanecendo em terceiro lugar.A mortalidade por Doença de Chagas deixou de figurar entre as principais causas no ano de 2012 cedendo lugar às Doenças do Aparelho Digestivo que a vários anos não figura entre as principais causas. A mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório cedeu lugar às doenças Endócrinas e Metabólicas e Afecções do Período Perinatal.

A tabela 13 apresenta a mortalidade de pessoas entre 05 e 74 anos por grupo de causas no período compreendido ente 2002 e 2010 segundo tabulações do DATASUS.

Tabela 13 - Número de óbitos da população de 5 a 74 anos por grupos de causa

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Causas evitáveis	169	130	182	185	165	175	166	156	176
1.1. Reduzíveis pelas ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas	46	37	41	39	40	38	34	34	29
1.3. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis	75	54	79	90	72	81	79	71	99
1.4. Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna	-	1	2	-	-	1	-	-	1
1.5. Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências)	48	38	60	56	53	55	53	51	47
2. Causas mal definidas	27	26	36	40	29	42	41	47	53
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	62	40	59	37	40	50	39	47	53

Fonte: DATASUS/2012

4.3.4 - Causas Mal Definidas

Os óbitos por Causas Mal Definidas engloba casos em que houve assistência médica, mas não foi possível chegar a uma causa bem definida ou não houve assistência médica, portanto, não se conhece a causa de morte (RIPSA, 2010).

No Brasil observa-se uma tendência de redução de óbitos por Causas Mal definidas, indicando melhora da qualidade de estatísticas de mortalidade. Em 2006, poucas UF apresentam proporção de Causa Mal Definida acima de 10% do total dos óbitos, entre eles MG, sendo importante notar, entretanto, que em todas elas, a tendência é de declínio (RIPSA, 2010).

Quadro 18- Proporção de óbitos por Causas Mal Definidas em Unaí-MG, 2008-2012

Ano	Nº de óbitos	%
2008	54	15
2009	68	18
2010	69	17
2011	87	21
2012	76	17,7

Fonte: SIM

No período analisado, o Município de Unaí apresentou uma variação em sua taxa de mortalidade por Causas Mal Definidas, destacando o ano de 2011 que apresentou sua maior taxa que foi de 21%.

Podemos observar que não houve tendência de redução da taxa, onde a mesma permanece acima dos padrões apresentados no Estado e no país.

Entre os fatores que contribuem para essa taxa tão elevada é o fato do município não contar com IML, o que limita os profissionais médicos no momento de determinar as causas básicas de mortalidade.

A população masculina concentrou 61% dos óbitos por Causas Mal Definidas no Município de Unaí.

É relevante o percentual de óbitos por Causas Mal Definidas, o que indica uma deficiência no momento de preenchimento das DO onde não consta a causa real do óbito. Isso constitui um fator preocupante por não revelar a real situação de mortalidade do município, não nos permitindo conhecer realmente as verdadeiras causas de mortalidade de nossa população. Maior conscientização dos profissionais no preenchimento das DO são medidas que devem ser implementadas para aumentar a confiabilidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade.

4.3.5 - Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório

São as mortes ocorridas por Doenças do Aparelho Circulatório e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Corresponde ao número de óbitos que tem como causa básica as Doenças do Aparelho Circulatório.

Tem como limitações o fato de ocorrer alta freqüência de óbitos por Causas Mal Definidas. Os dados para o país são elevados e as taxas correspondem às mais altas dentre todas as causas de morte. Na série histórica de 1990 em diante mantém-se em certa estabilidade.

Em 2009 no Brasil, 50% dos óbitos ocorridos por causas definidas foram de Doenças do Aparelho Circulatório, enquanto Minas Gerais apresentou uma taxa de 38,9% (IDB, 2010).

No período de 2012, o Município de Unaí apresentou uma proporção de 16,8% do total de óbitos ocorridos, sendo a segunda causa de mortalidade.

Observou-se que entre as causas de morte mais freqüentes do Aparelho Circulatório, estão o Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca, Hipertensão Arterial Sistêmica e AVC.

Com exceção do Infarto Agudo do Miocárdio, que predominou na população feminina concentrando 54% dos óbitos por Infarto, as demais causas apresentaram em ambos os sexos a mesma proporção, 50%, sendo que a maioria dos óbitos ocorreu na faixa etária acima de 65 anos.

4.3.6 - Mortalidade por Causas Externas

Os óbitos por Causas Externas englobam os óbitos por acidentes e violências.

No Brasil, essa distribuição mostra predominância das causas intencionais (homicídios), seguidos dos acidentes de transporte.

No Município de Unaí, em relação às Causas Externas, nota-se a sobremortalidade masculina em todas as categorias analisadas, onde os homens foram responsáveis por 83,8% dos óbitos por causas externas enquanto as mulheres representaram somente 16,2%.

Os homicídios e os acidentes de transportes respondem pelas maiores taxas de mortalidade no ano de 2012 em relação às Causas Externas, com uma taxa de 51,6% e 20,9%respectivamente, seguidos do suicídio com 14,5%.

Os acidentes de transporte ocorreram em sua maioria na população masculina que concentrou 84,6% dos óbitos, sendo que a faixa etária predominante foi a de 25 a 34 anos.

Os homicídios ocorreram em sua maioria na faixa etária considerada jovem, de 15 a 34 anos de idade, que concentrou 62,5% dos óbitos por homicídio. O meio mais utilizado foi a arma de fogo (43,7%) seguida de arma branca com 34% dos óbitos.

Os suicídios estão distribuídos em praticamente todas as faixas etárias, não ocorrendo predominância em uma faixa específica. O que nos chama a atenção é um suicídio ocorrido na faixa etária de 5 a 14 anos de idade. Quanto ao sexo, ele está distribuído quase que uniformemente entre ambos, com 56% na população masculina e 44% na população feminina.

4.3.7 - Mortalidade por Neoplasias

As Neoplasias constituem o segundo grupo de causas de mortalidade no Estado de MG e apresentam tendência de aumento. Ressalta-se que existem diferenças importantes entre os diversos tipos de Neoplasias.

Observa-se que no Município de Unaí, o maior risco de morte por Neoplasias se concentra na população masculina (54,2%), para as Neoplasias malignas que afetam o aparelho digestivo, pulmão e próstata. Os homens concentram 66,6 % dos óbitos por neoplasia do aparelho digestivo e 100% dos óbitos por neoplasia do pulmão.

Com relação ao sexo feminino, destacam-se as Neoplasias malignas que afetam as mamas, aparelho digestivo e útero, sendo que as mulheres concentram 33,3% dos óbitos do aparelho digestivo.

Quanto à distribuição por faixa etária, o câncer de mama que ocorreu com maior freqüência na faixa etária de 35-54 anos; o câncer de útero, na faixa de 45 anos ou mais e o câncer de próstata na etária de 75 anos ou mais. O câncer de pulmão e do aparelho digestivo ocorreu com maior freqüência na faixa de 75 anos acima.

As Neoplasias constituem a quarta causa de morte no município com uma tendência de aumento, passando de 10% em 2006 para 14,4% em 2010, com um pequeno declínio em

2012, onde apresentou 13,8% da mortalidade dentre o total de óbitos no período, passando da 5ª posição em 2006 para a 4ª posição em 2012.

4.3.8 - Mortalidade por Doenças do Aparelho Digestivo

A mortalidade por Doenças do Aparelho Digestivo constituem a quinta causa de morte no município. Até o ano de 2010 ela não vigorava entre as principais causas de mortalidade, ocorrendo destaque somente no ano de 2012.

Os homens apresentaram 53% dos óbitos por Doenças do Aparelho Digestivo enquanto as mulheres apresentaram 46%.

As principais causas de óbitos por Doenças do Aparelho Digestivo foram a Cirrose Hepática, com o maior número entre as mulheres, e Doença Alcoólica do Fígado com 100% de ocorrência na população masculina.

4.3.9 - Mortalidade por Doenças Endócrinas e Metabólicas

A mortalidade por Doenças Endócrinas e Metabólicas constituem, juntamente com as Afecções do Período Perinatal, a sexta causa de morte no município de Unaí.

O destaque fica por conta do Diabetes Mellitus que representa 64% da mortalidade por esse grupo de causas. A população feminina concentra o maior número de casos com 52% de ocorrência.

4.3.10 - Afecções do Período Perinatal

São os casos de óbitos que ocorreram no período entre 22 semanas de gestação até 07 dias após o nascimento.

O sexo masculino foi responsável por 60% dos óbitos no período perinatal, com destaque para a morte fetal não especificada seguida de complicações placentárias e do cordão umbilical.

4.4 - Morbidade e Fatores de Risco

4.4.1 - Indicadores de Morbidade

É um poderoso indicador de saúde de uma comunidade.

A redução contínua do risco de adoecimento e morte por doenças infecciosas e parasitárias observadas em Minas Gerais, assim como no Brasil, é resultado de importantes intervenções, propiciadas pelos avanços da ciência e da tecnologia médica e farmacêutica e pela melhoria das condições de vida. Embora ainda persistam grandes desigualdades, ocorreram investimentos em infraestrutura de saneamento, além de políticas e programas governamentais bem sucedidos, citando-se como exemplo o Programa de Imunização (MG, 2010).

O controle das doenças requer o fortalecimento de integração entre as áreas de vigilância e de promoção à saúde e a rede de atenção, assim como ações multisetoriais, já que o caráter de endemicidade das doenças se deve, em grande parte, a determinantes externos e condicionantes ambientais.

O município de Unaí, apresenta determinadas patologias próprias da região, como Doença de Chagas, que é responsável por agravos e mortes na população, principalmente por problemas cardíacos.

Outras doenças endêmicas freqüentes são a Leishmaniose Visceral, Leishmaniose Tegumentar, Hanseníase e Tuberculose.

Em relação às doenças de notificação compulsória, há uma dificuldade no serviço em investigar e diagnosticar oportunamente várias doenças por falta de compromisso e de conscientização da maioria dos profissionais em notificá-las, pois não assumem a responsabilidade sobre as mesmas. O município assume o compromisso de encerrar oportunamente 80% dos casos notificados no SINAN, muitos não são encerrados oportunamente devido à demora de envio dos resultados de exames, pois os mesmos são enviados para a FUNED (Belo Horizonte) ou Laboratório Macrorregional de Uberaba.

Quadro 19 - Casos confirmados de doenças de notificação compulsória, no Município de Unaí, 2007-2012

Agravo	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
L. Visceral	13	14	07	14	09
L. Tegumentar	10	07	28	08	04
Hanseníase	37	27	42	40	30
Tuberculose	15	13	10	10	13
Dengue	33	18	1338	18	06

Meningite	0	04	06	01	01
Rubéola	0	0	0	01	0
Leptospirose	0	0	02	0	0
Malária	0	0	01	0	0
Varicela	52	14	172	32	06
Atendimento ARH	186	113	133	194	219
Animais peçonhentos	61	83	81	144	197
Febre Amarela	01	0	0	0	0
H1N1	0	01	0	0	0
Hepatites virais	01	04	03	01	0
Violências	-	-	-	06	22
Ac. de trabalho	-	-	-	05	31

Fonte: SINAN

4.4.2-Dengue:

O Estado de Minas Gerais iniciou a primeira década do século XXI com um expressivo número de casos de dengue, culminando com um primeiro pico epidêmico em 2002. No município de Unaí não foi diferente; seguiu a tendência do estado, apresentando em 2002 o registro de sua primeira epidemia.

Com a implantação das ações de controle da dengue, através do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), e a inclusão do município como prioritário para controle da dengue no estado de MG, ocorreu uma redução significativa do número de casos da doença até o ano de 2010, onde tivemos uma nova epidemia com 1.338 casos confirmados por laboratório e mais de 3.000 casos notificados.

Geralmente a faixa etária mais acometida é a de adultos, que além de ser um problema de saúde pública, interfere na economia e na produção, pois leva as pessoas a faltarem ao trabalho devido às condições de saúde das mesmas. Em 2010, os casos de dengue com

presença de sintomas mais acentuados levaram a um grande número de internações, comprometendo com isso até o atendimento nas unidades de saúde, visto que muitos funcionários adquiriram a doença.

Após a epidemia de 2010 o município manteve a dengue sobre controle com um número reduzido de casos notificados.

Quadro 20-Casos de dengue no município de Unai-MG, 2002-2011

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº casos	146	50	0	01	32	02	33	18	1338	18	06

Fonte: SINAN

Em 2012, o município apresentou 46 casos suspeitos de Dengue notificado, sendo 06 confirmados. A estratégia utilizada tem sido as visitas nas residências da cidade e povoados do município, campanhas de educação no combate da proliferação do mosquito e palestras.

A realização de mutirões de limpeza juntamente com a Secretária Municipal de Obras, tem acontecido no mínimo 3 vezes ao ano, de acordo com levantamentos de índices de 2 em 2 meses. Participam desse trabalho em torno de 70 profissionais da FUNASA e Vigilância Epidemiológica Municipal e 70 Agentes Comunitários de Saúde do PSF.

Quadro 21 - Programa de Combate a Dengue 2008 / 2012

Procedimento	2008	2012
Residências tratadas	142.107	142.622
Residências pesquisadas	16.173	5.050
Terrenos baldios visitados	5.192	5567
Terrenos baldios pesquisados	5.316	337
Focos de Aedes aegypti	344	205
Índice de infestação	1,61%	4,06%

Fonte: Vig. Epidemiológica / FUNASA.

4.4.3 - Leishmaniose Visceral

A LV é uma doença infecto-parasitária de distribuição universal. Quase 90% dos casos notificados nas Américas concentram-se no Brasil. É um problema de saúde pública, apresentando tendência de crescimento em incidência, expansão geográfica e aumento de intensidade de transmissão no Brasil (MG, 2010).

Em Unaí, a doença foi notificada pela primeira vez em 2003, sendo que em 2004 já tivemos 2 óbitos por causa da doença, com um aumento expressivo do número de casos em 2005. Devido a essa situação, realizamos uma campanha de conscientização sobre sinais, sintomas e medidas de controle da doença e passamos a incorporar as medidas de controle da LV no serviço de combate às endemias do município.

As taxas de letalidade da doença em Unaí sofreram grandes variações ao longo dos anos, sendo que os anos de 2004, 2010 e 2011 apresentaram as maiores taxas. A letalidade observada em 2010 e 2011 foram as maiores, em 2010 dos 7 casos diagnosticados 1 foi à óbito e em 2011 dos 14 casos notificados 2 foram á óbito. O que pode ser observado, é que os casos que vão à óbito muitas vezes são por demora do diagnóstico, o que vem a favorecer complicações da doença.

Quadro 22 – Número de casos e óbitos por Leishmaniose Visceral no Município de Unaí-MG, 2003/12

Ano	Nº de Casos	Óbitos	Taxa de Letalidade
2003	3	0	0
2004	15	2	13,3%
2005	52	1	1,92%
2006	26	1	3,8%
2007	22	1	4,5%
2008	13	0	0
2009	14	0	0
2010	07	1	14,2%
2011	14	2	14,2%
2012	09	0	0
Total	175	08	4,8%

Fonte: SINAN

4.4.5 -Hanseníase

A Hanseníase é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e em Minas Gerais, exigindo contínua vigilância epidemiológica, para garantir a descentralização e sustentabilidade dos serviços de atendimento na atenção primária.

Em 2005 o Estado de Minas Gerais elegeu 16 municípios mineiros como prioritários para a eliminação da Hanseníase, entre eles o município de Unaí, que ficou na sexta posição no Estado em número de casos, recebendo a Carta de Eliminação da Hanseníase, por ter apresentado no final de 2004 uma taxa de prevalência de 9,1/10.000 habitantes, considerada alta pelos parâmetros da OMS, que é menos de 1 caso/10.000 habitantes.

A prevalência de hanseníase reflete o nível de eliminação, a magnitude da ocorrência da hanseníase numa determinada população, sendo expressa pelo número de casos de hanseníase em curso de tratamento por 10.000 habitantes, em determinado local e período.

A meta de eliminação é alcançar o valor de menos 1 caso por 10.000 habitantes.

Em 2010 a taxa de prevalência foi de 1,29/10.00 habitantes, foram notificados 36 casos novos de Hanseníase, sendo 15 paucibacilar e 21 multibacilar, 77,8% dos contatos foram examinados, 96,2% receberam alta por cura e 10% abandonaram o tratamento.

Em 2012 foram notificados 30 casos novos de Hanseníase no município.

4.4.6 - Acidentes por Animais Peçonhentos

Quadro 23 - Acidentes por Animais Peçonhentos no Município de Unaí, 2007-2012

Ano	Ac. Ofídico	Escorpião	Aranha	Total
2007	-	-	-	52
2008	-	-	-	61
2009	32	49	02	83
2010	39	40	02	81
2011	56	80	08	144
2012	52	134	09	197

Fonte: SINAN

Os acidentes por animais peçonhentos têm grande importância epidemiológica e médica em virtude de sua frequência e gravidade. Em Minas Gerais, verifica-se, a partir de 2001, aumento importante das notificações, possivelmente reflexo da incorporação ao SINAN das notificações dos acidentes por animais peçonhentos. No período de 2001 a 2009,

destacam-se os acidentes causados por escorpiões (61% das notificações), seguidos pelos acidentes com serpentes, aranhas, abelhas e lonomia (Minas Gerais, 2010).

A ocorrência desses acidentes tem características de sazonalidade, e em Minas Gerais a frequência é maior no período de outubro a maio, guardando relação com fatores climáticos e natureza do trabalho realizado pelas pessoas.

Em relação aos acidentes por escorpiões, Minas Gerais é o Estado que mais tem notificado casos no Brasil (26% em 2009), sendo classificado como Estado de alto risco de escorpionismo, com aumento dos acidentes no período de setembro a janeiro. Nos últimos nove anos a taxa de letalidade tem oscilado entre 0,09 a 0,39% (Minas Gerais, 2010). O processo de urbanização tem produzido o deslocamento desses animais para ambientes periurbanos e mesmo urbanos, com precárias condições de saneamento, propícias à proliferação de roedores e de insetos que lhes servem de alimentos.

O conhecimento das características epidemiológicas dos acidentes por animais peçonhentos tem orientado as ações de vigilância e controle da fauna peçonhenta, com abordagens específicas, orientando a distribuição e a utilização dos soros antipeçonhentos segundo necessidades regionais conhecidas por meio desses estudos (Minas Gerais, 2010).

Entre os casos notificados no município de Unaí no período de 2007 a 2012, com o registro de gênero do animal agressor, a maior parte dos acidentes foi provocada por escorpiões e serpentes dos gêneros *Bothrops e Crotalus*.

No período de 2009 a 2012, ocorreram 303 acidentes por escorpiões e 179 acidentes por serpentes.

Em 2012 ocorreu um aumento considerável do número de notificações de acidentes por escorpião, do total de notificações de acidentes por animais peçonhentos 68% foi provocado por escorpião.

Em janeiro de 2011 ocorreu um óbito por acidente com escorpião, em uma criança de 4 anos de idade, o acidente ocorreu em uma fazenda.

Os acidentes por escorpião ocorreram com maior frequência na área central do perímetro urbano, mas com o passar do tempo podemos observar a ocorrência em praticamente todas as regiões, tornando-se um sério problema de saúde pública para o município, pois as ações dependem quase que exclusivamente do manejo ambiental, onde temos que contar com a colaboração da população no sentido de manter sua residência livre de possíveis criadouros dos escorpiões, eliminando entulhos dos quintais, rebocando muros e

paredes, tampando ralos de escoamento de água, vedando caixas de esgoto, eliminando baratas, etc, visto que não é recomendado o uso de inseticida no combate ao escorpião.

Quadro 24- Principais causas de Internação em Unaí-MG, 2012

Ranking	Causa	Quantidade
1	Gravidez, Parto e puerpério	946
2	Doença do aparelho respiratório	379
3	Doença do aparelho circulatório	336
4	Doença do aparelho digestivo	303
5	Doença do aparelho geniturinário	181
6	Lesões envenenamento e alg. outras conseq. causas externas	141
7	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	94
8	Doenças do sangue, órgãos hemat. etranst. imunitár.	87
9	Neoplasias (tumores)	68
10	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	45
11	Doenças da pele e do tec. Subcutâneo	34
12	Doenças do sistema osteo muscular e tec. conj.	27
13	Doenças do sistema nervoso	22
14	Contatos com serv. de saúde	21
15	Algumas afecções originadas no período perinatal	14
16	Sint. Sinais e achados anorm. ex. clín. e lab.	11
17	Malformações cong. deformidade e anomalias cromossômicas	08
18	Doenças do olho e anexos	02
19	Causas externas de morbidade e mortalidade	02
20	Transtornos mentais e comportamentais	01

Fonte: SIH / SUS

No período selecionado, podemos observar que as principais causas de internação são passíveis de redução, como as Doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório, com destaque para as pneumonias em crianças e lactentes. Um município como Unaí, onde a cobertura de PSF gira em torno de 46% apresenta dificuldades em estar reduzindo essas taxas, que tendem a cair consideravelmente com a implantação de novas equipes onde as mesmas se tornem atuantes.

4.4.7 – Leishmaniose, Hanseníase e Tuberculose.

Outras doenças endêmicas freqüentes são hanseníase, tuberculose e a leishmaniose tegumentar americana (LTA). Em 2012, 30 casos novos iniciaram o tratamento de hanseníase em Unaí. 12 pacientes iniciaram o tratamento para a tuberculose e 07 novos casos de

leishmaniose foram diagnosticados. O município é um dos prioritários em hanseníase e dengue no Estado de Minas Gerais.

Quadro 25 - Atendimento em Hanseníase, Tuberculose e leishmaniose 2008/2012

Procedimento	Quantidade	
	2008	2012
Consulta de hanseníase	769	1.315
Consulta de tuberculose	131	150
Consulta de leishmaniose	116	122
Fisioterapia em hansenianos	3.971	154

Fonte: Vig. Epidemiológica - SESAU.

4.4.8 – Situação de Portadores de Necessidades Especiais:

O último censo de 2010 revelou que o Município de Unaí possui pelo menos 25.803 residentes com algum tipo de deficiência física ou mental. Dessas, a que sobressai é a deficiência visual.

Tabela 14 - Portadores de deficiência visual

Deficiência visual	Pessoas
Deficiência visual total	130
Deficiência visual com reduzida capacidade de enxergar	2.451
Deficiência visual com alguma capacidade de enxergar	11.578
Total	14.159

Fonte: IBGE 2010

Tabela 15 - Portadores de deficiência auditiva

Deficiência auditiva	Pessoas
Deficiência auditiva total	126
Deficiência auditiva de alto grau	719
Com alguma dificuldade auditiva	3.654
Total	4.499

Fonte: IBGE 2010

Tabela 16 - Portadores de deficiência motora

Deficiência motora	Pessoas
Deficiência motora total	200
Com grande dificuldade motora	1.632
Com alguma dificuldade motora	3.685
Total	5.517

Fonte: IBGE 2010

O censo ainda revelou que existem no município pelo menos 1.628 pessoas portadoras de algum tipo de deficiência mental ou intelectual.

Esses números ressaltam a necessidade de políticas de saúde pública, voltadas para os portadores dessas deficiências.

Para isso o Município de Unaí tem fortalecido sua rede de atendimento de saúde mental e deverá instalar mais um CAPS para atendimento dos dependentes químicos, e um Serviço Residencial Terapêutico.

5. SERVIÇOS E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

5.1 - Serviços de Saúde

5.1.1 – Atenção Primária

Definida como uma das "portas de entradas" ao sistema de Saúde, pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

A Atenção primária abrange a maior parte dos atendimentos do sistema de Saúde do Município e abrange também a maior parte da população.

5.1.1.1 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS

O município de Unaí, vem mudando paulatinamente seu modelo assistencial ao longo dos últimos anos.

A primeira tentativa neste sentido foi realizada com a implantação de uma equipe do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciada em março de 1998. Esta equipe contava com 10 agentes e uma enfermeira para dar assistência na zona rural. Esta equipe foi rapidamente ampliada a alguns bairros da zona urbana considerada de risco, na periferia, atingindo o número de 29 agentes de saúde. O PACS atualmente conta com 02 equipes de trabalho exclusivo para a área rural, composta por 60 Agentes Comunitários de Saúde.

O PACS foi implantado como um programa piloto na área urbana para o Programa de Saúde da Família (PSF) atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que era o verdadeiro objetivo da administração municipal, e que só se concretizou em outubro de 2002, com a implantação da primeira equipe no Bairro Novo Horizonte. Em 2003 foi implantada mais uma equipe no CAIC/Novo Horizonte, em 2004 foram implantadas mais duas novas equipes. Atualmente, a área urbana do município de Unaí, conta com 09 Equipes de Saúde da Família (ESF).

5.1.1.2- Estratégia de Saúde da Família.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Unaí, conta com cobertura de 43% (quarenta e três) da população urbana do município. Para os bairros que não possuem cobertura de ESF, poderão contar com atendimento nas unidades do Posto Cachoeira e Policlínica.

Endereços e Áreas de Abrangência:

ESF Novo horizonte – CNES 3306100

Rua José de Melo nº 186, bairro Novo Horizonte – telefone 38-36775115

Área de abrangência: bairro Novo Horizonte

Nº de pessoas atendidas: 5.022

ESF CAIC 003 – CNES 2184796

Av. Salustiano Caldeira s/n, bairro Canaã, telefone: 38-36775089

Área de abrangência- bairros: Cidade Nova, Iuna

Nº de pessoas atendidas: 4.081

ESF CAIC004 - CNES 2184796

Av. Salustiano Caldeira s/n, bairro Canaã, telefone: 38-36775089

Área de abrangência- bairros: Canaã e Lourdes

Nº de pessoas atendidas: 3.486

ESF Mamoeiro CNES 2102153

R. Dona Nina nº 1030, bairro Mamoeiro , telefone 38-36779639

Área de abrangência - bairros:Mamoeiro, Santa Clara, Industrial, Água Branca I e II, Amaral

Nº de pessoas atendidas: 3.563

ESF Novo Jardim- CNES 3970876

R. José Durães Versiane nº 107, bairro Novo Jardim, telefone: 38-36774202

Área de abrangência- bairros: Novo Jardim, Floresta, Primavera(06 ruas), Sagarana I, Serenata, Dom Bosco, Sagarana II

Nº de pessoas atendidas: 4.091

ESF Primavera CNES 3970833

R. Paraguai nº 65 bairro Primavera, telefone: 38-36775108

Área de abrangência- bairros: Primavera

Nº de pessoas atendidas: 4.620

ESF Jacilândia – CNES 3947890

R. Arminda Rangel nº.278, bairro Jacilândia, telefone: 38-36779436

Área de abrangência- bairros: Jacilândia, Itapuã (algumas ruas), Riviera Parck, Vale do Amanhecer, Capim Branco.

Nº de pessoas atendidas: 3553

ESF Bela Vista CNES 2184753

R. Itapuã nº. 53, bairro: Bela Vista, telefone 38-36775052

Área de abrangência- bairros: Bela Vista, Chácara Capim Branco, Vila Militar

Nº de pessoas atendidas: 4.532

ESF Divinéia- CNES 2102242

R. Ana Paula de Oliveira nº. 34, bairro Divinéia, telefone 38-36775064

Área de abrangência- bairros: Divinéia, Vila São Sebastião, Jardim, Nova Divinéia

Nº de pessoas atendidas: 3.274

Quadro 26 - Atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família / 2012

Procedimentos	Quantidade

Consultas Médicas	37.491
Atendimento médico e enfermeira	23.527
Solicitação de exames	15.620
Encaminhamentos médicos	3.883
Atend. Individual enfermeiro	13.538
Atend. Ind. Nível superior	2.214
Curativos	6.680
Inalações	1.394
Injeções	1.269
Retirada de pontos	1.291
Terapia de Reidratação oral	397
Sutura	32
Atend. Grupo Educação em Saúde	431
Procedimentos Coletivos	218
Reuniões	221
Visita Domiciliar Médico	490
Visita Domiciliar Enfermeiro	1.392
Outros Profissionais de nível Superior	442
Profissionais de nível médio	730
ACS Visitas	71.156

Fonte: PSF local.

Unaí, atualmente, encontra-se em um estágio de transição no modelo de atenção básica à saúde da população. A estratégia saúde da família vem crescendo sua cobertura, contudo, como não atinge ainda 100% da população, a assistência ambulatorial básica é realizada em outras unidades, como o Centro de Saúde Cachoeira, a Unidade Móvel de Saúde, o NASF, o Planejamento Familiar e Consultórios Odontológicos (ainda não inseridos no PSF). Nessas unidades são oferecidas consultas nas especialidades básicas, pré-natal, vacinação, teste do pezinho, nebulização, curativos, aplicação de injeções, consultas com psicólogo e tratamento odontológico básico.

Quadro 27 - Produção Ambulatorial Básica fora da Estratégia Saúde da Família / 2008 e 2012

Procedimentos	**Quantidade**	
	2008	**2012**
Consulta médica	50.606	14.725
Consultas de pré-natal	5.096	n.d
Consultas Oftalmológicas	4.353	6.650
Outros atendimentos por profissionais de nível médio	37.793	10.295
Nebulização	9.211	386
Curativos	7.122	1.521

Fonte: S.M.S / 2012

Quadro 28 – Atendimento do NASF

Procedimento	2012
Consulta Médicas	11.065
Consulta Oftalmológica	6.650
Fonoaudiologia	2.367
Consulta em Psicologia	3.192
Teste da Orelhinha	1.015

Atividade educativa	3.348
Terapia individual	1.199
Fisioterapia	1.090

Fonte: SESAU/2012

5.1.1.3 - Equipes de Saúde Bucal:

04 ESF possuem ESB integrada, são elas: Mamoeiro, Caic, Jacilândia e Novo Jardim.

ATIVIDADES REALIZADAS NOS PSF'S:

- Imunização
- Ações educativas
- Aferição de Pressão Arterial
- Cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos
- Teste de glicemia capilar
- Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde
- Visita médica domiciliar
- Visita domiciliar de enfermagem
- Puericultura
- Acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças menores de 02 anos
- Acompanhamento das gestantes
- Acompanhamento dos idosos
- Pré natal de risco habitual
- Coleta de exames citopatológicos;
- Consultas médicas
- Consultas de enfermagem
- Controle e notificação de doenças de notificação compulsória como: dengue, varicela, leishmaniose, hanseníase, tuberculose, entre outras.
- Realização de grupos prioritários (Hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes)
- Realização de grupos para práticas corporais
- Mutirões de limpeza
- Educação em Saúde nas escolas, empresas, nas unidades, presídios,etc.
- Curativos
- Retiradas de ponto
- Encaminhamentos para especialidades
- Convênios com faculdades locais (estágios)
- Entrega de medicamentos
- Entrega de preservativos e orientações quanto as DST's
- Atendimentos odontológicos
- Ações de educação em Vigilância Sanitária

A Secretaria concentra seu atendimento odontológico em 08 unidades de saúde. Os agendamentos são feitos diariamente à medida que surgem as vagas. No tratamento odontológico básico o paciente só recebe alta após concluir todo o tratamento.

O Setor de Saúde Bucal desenvolveu um programa de prevenção às doenças bucais nos escolares de 6 meses a 14 anos, denominado Programa Sorria Unaí.

O cirurgião dentista coordenador desse programa trabalha com 11 Técnicos em Higiene Dental (THD), realizando procedimentos preventivos e educativos nas escolas das áreas urbana e rural do município.

Quadro 29 - Programa Sorria Unaí 2007 e 2012

Procedimentos	Quantidade	
	2007	2012
Educação em Saúde	1.521	2.426
Evidenciação de Placa Bacteriana	8.187	21.463
Higiene Bucal Supervisionada	41.744	59.467
Aplicação Tópica de flúor	19.815	20.031

Fonte: Coordenação de Saúde Bucal / SESAU

Quadro 30 – Atendimentos nos consultórios Odontológicos em 2012

Procedimento	2012
Extrações dentárias	4.154
Consultas odontológicas	3.162
Restaurações	15.100
Outros procedimentos Odontológicos	170.775

Fonte: SESAU/2012

5.1.1.4 - Programa de Controle dos Diabéticos

O Programa de controle do Diabetes e da hipertensão possui em seu cadastro 303 diabéticos, 1.526 diabéticos com hipertensão arterial e 4.184 hipertensos, com equipe de referência. São realizados exames de glicemia 5 vezes por semana, e, quando necessário, os pacientes são encaminhados ao endocrinologista coordenador do programa.

Quadro 31 - Programa dos Diabéticos / 2008 e 2012

Procedimentos	Quantidade	
	2008	2012
Consultas	1.957	3.232
Exames de Glicemia	4.680	3.300
Comprimidos Distribuídos	-	545.000
Insulina injetável (frasco)	7.200	3.430

Fonte: S M S / 2012

É realizado acompanhamento dos pacientes inscritos nos Programas de Atenção Básica (diabéticos e hipertensos, portadores de hanseníase e tuberculose, pacientes do planejamento familiar, programa de combate às carências nutricionais, etc).

O acesso da população à assistência médica é através do comparecimento às unidades do PSF ou aquelas que prestam serviços básicos. A jornada de trabalho do profissional médico tem como referência o número de 04 horas por dia. A figura 05 acima demonstra o

fluxo de atendimento à população, iniciando na atenção básica via PSF ou unidade básica de saúde e chegando à atenção de média e alta complexidade hospitalar.

A secretaria oferece ainda, na atenção básica, serviço de acompanhamento psicológico e de assistência social.

5.1.1.5 – Saúde da Mulher e Planejamento Familiar

O Município mantém um serviço integral de saúde da mulher e planejamento familiar, no qual além dos procedimentos comuns ao planejamento familiar, estão serviços de prevenção ao câncer de mama, Câncer de colo uterino e ações educativas.

Quadro 32 - Programa de Atenção Integral da Saúde da e Planejamento Familiar

Procedimento	2012
Consultas Ginecológicas	3.619
Coleta para Prevenção de Câncer	4.174
Coleta para Prevenção de Câncer em mulheres entre 25 e 59 anos	3.544
Cauterização	22
Consulta Assistência Social	538
Educ. Nível Superior	424
Medicamentos(condon, pílulas, creme vaginal, comprimidos e outros)	19.484
DIU	94
Colposcopia	895
Psicologia	1.202
CAF	0
Biopsia	82

Fonte: SESAU/2012

5.1.2 - Assistência Farmacêutica - Farmácia Básica

A Secretaria Municipal de Saúde possui a Farmácia Básica que é um local de distribuição de medicamentos básicos, que fica centralizado e distribui medicamentos através da apresentação de receita médica, para continuidade do tratamento médico.

Os medicamentos da Farmácia Básica de Unaí são medicamentos de atenção básica, adquiridos e distribuídos pelo governo do estado através da Gerência de Medicamentos Primários, com recurso tripartite (federal, estadual e municipal). Para isso, é feito um planejamento anual dos medicamentos, que são distribuídos trimestralmente. Contudo, o Estado não têm conseguido adquirir ou fabricar todo medicamento especificado nas listas.

Ocorre também atraso na entrega dos mesmos, limitando o acesso dos usuários e impossibilitando a continuidade do tratamento. A entrega irregular dos medicamentos por

parte do órgão estadual pode ser considerada o maior gargalo na otimização da distribuição dos mesmos aos usuários.

Quadro 33 - Medicamentos distribuídos pela Farmácia Básica – 2008 e 2012

Tipo de Medicamento	Quantidade	Quantidade
	2008	**2012**
Comprimidos/Cápsulas	11.761.559	19.317.504
Gotas/Suspensão – Vidros	51.419	63.644
Ampolas/Saches/Sprays	14.987	18.188
Cremes/Pomadas – Tubos	11.819	54.328

Fonte: Farmácia Básica

5.1.3 - Vigilância em Saúde:

A Vigilância em Saúde de Unaí tem como coordenadora uma enfermeira, que coordena o serviço de vigilância epidemiológica e ambiental, atuando juntamente com a Vigilância Sanitária e o Centro de Controle de Zoonoses.

5.1.3.1 - Vigilância Epidemiológica:

"A Vigilância Epidemiológica tem como principal objetivo, promover ações que proporcionem o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos" (lei 8.080 – set – 1991).

Constituem ações dos serviços de Vigilância Epidemiológica:

- Avaliar as diferentes situações epidemiológicas e definir ações específicas para cada realidade.
- Elaborar plano de necessidade, cronograma de distribuição e fazer suprimento de quimioterápicos, vacinas, soros com base nas programações estaduais e municipais, mantendo-os em quantidade e condições de estocagem ideais.
- Realizar inquéritos, investigações e levantamentos epidemiológicos, bem como programação e avaliação de medidas de controle de doenças e das situações de agravo à saúde.

- Viabilizar a implementação do sistema de Vigilância Epidemiológica e coordenar sua execução, estabelecendo fluxo de informação definido, com elaboração e análise permanente de seus indicadores.
- Implantar e estimular notificação compulsória de agravos e doenças.
- Promover a qualificação de recursos humanos.
- Adotar estratégias de campanha e de rotina para vacinar a população contra doenças imunopreveníveis em articulação com outros órgãos.
- Emitir notificações sobre doenças e agravos à saúde.

5.1.3.2 - Imunização

Quadro 34 – Cobertura vacinal 2012

PROCEDIMENTO	2012
Rotavirus	**92,27%**
Triviral	**96,23%**
BCG	**99,72%**
HEPATITE B	**Nd**
PNEUMOCÓCICA	**97,24%**
MENINGOCÓCICA	**99,00%**
ANTIPÓLIO	**96,8%**
FEBRE AMARELA	**99,54%**
ANTI-RÁBICA CANINA	**71%**

Fonte: M S / P N I

5.1.3.3 – Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária tem por objetivo eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e de serviços de interesse da saúde. Os estabelecimentos e ambientes são inspecionados regularmente e quando são alvos de denúncias são notificados e autuados quando em desacordo com a normatização e legislação vigentes. Os alimentos, produtos e medicamentos em desacordo com as normas sanitárias são apreendidos e inutilizados.

Quadro 35 - Serviços realizados pela Vigilância Sanitária 2008/2012

Procedimentos	Quantidade	
	2008	**2012**
Inspeção Sanitária	896	826
Notificações	64	31
Aplicação de Multas	23	0
Apreensão de produtos (Kg) (alimentos, abate clandestino, produtos e medicamentos fora dos padrões)	927	98
Ações conjuntas – IMA, PM, BOMBEIROS, GRS	1	2

Averiguação de denúncias (domiciliares)	25	3
Coleta de produtos para análise	3	3
Coleta de Amostras de Água	ND	142

Fonte: VISA / SESAU

5.1.3.4 – Centro de Controle de Zoonoses:

O Centro de Controle de Zoonoses é a unidade responsável por desenvolver atividades para prevenir e controlar zoonoses com a raiva, Leishmaniose Visceral, além de dengue, chagas e outras doenças. Com uma equipe de 75 funcionários, o CCZ desempenha funções como captura de animais errantes doentes, eutanásia de animais doentes, combate a vetores da dengue, chagas e Leishmaniose, controle do escorpião, educação em saúde com trabalho educativo em escolas, igrejas, empresas, associações e outras, exame para o diagnóstico de Leishmaniose Visceral em cães, entre outras atividades.

Quadro 36 - Controle de Zoonoses / 2008 e 2012

Procedimentos	**Quantidade**	
	2008	**2012**
Apreensão de cães	397	150
Cães sacrificados	2.640	619
Apreensão de bovinos e eqüinos	45	27
Animais adotados (cães e gatos)	65	133
Animais resgatados pelo dono	113	20 eqüinos 01 cão
Dedetização (dias)	150	79 – chagas 49 – Dengue 93 - Leishmaniose

Fonte:Centro de Controle de Zoonoses

5.1.3.5 - Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Centro de Testagem e Acolhimento

Faz parte também do grupo da Vigilância em Saúde o Programa Municipal de DST/AIDS. O serviço foi implantado em fevereiro de 2006 com o funcionamento do CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). Em agosto de 2008 foi implantado o SAE (Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS) que funciona nas instalações do SAME (Serviço de Atendimento Médico Especializado), localizado na rua Luís Alves nº 700.

O CTA é um serviço de saúde que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. No serviço são realizados testes para HIV, Sífilis e Hepatite B e C gratuitamente, palestras, aconselhamentos, campanhas de prevenção, ações "extramuros", distribuição de insumos de prevenção entre outros.

O SAE é um serviço de saúde que realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS e seus familiares. O objetivo desse serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos portadores – HIV por meio de diversos serviços (odontologia, fisioterapia, exames, etc) e atendimento multidisciplinar.

Quadro 37 - Programa Municipal DST/AIDS 2008 e 2012

Procedimentos	Quantidade	
	2008	2012
Testes HIV	1190	1.678
Insumos	50.219	73.771
Consultas Especializadas	96	793
Portadores de HIV atendidos pelo SAE	80	106

Fonte: SESAU 2012

5.1.4 - Atenção de Média e Alta Complexidade

5.1.4.1 - Hospital Municipal

O Hospital Municipal de Unaí foi inaugurado em 21 de junho de 2001 conta atualmente com 60 leitos cadastrados e possui capacidade para 100 leitos, o quadro abaixo discrimina o quadro funcional por especialidades.

O Hospital Municipal é referência para atendimento dos municípios que compõem a microrregião de Unaí e recebe pacientes de alguns municípios que não fazem parte desta microrregião.

Quadro 38 - Médicos por Especialidade no Pronto Atendimento e Hospital Municipal

Especialidade (Pronto Atendimento)	Quantidade
Generalista	14
Pediatria	05
Neurologia	02
Neurocirurgião	01
Cirurgião	04
Anestesista	02
Ortopedia	04
Cardiologia	03

Fonte: Setor de RH da Secretaria Municipal de Saúde

.

Quadro 39 - Leitos do Município de Unaí – SUS

Hospital	C. Cirurgia	C. Obstetrícia	C. Médica	C. Pediatria	Isolamento	Leito-dia	Total
Municipal	30	08	16	08	02	04	68

Fonte: SCNES

Quadro 40- Internações Hospitalares em Unaí / 2008 e 2012

ANO	C.P.	CM	CC	PN	PC	OO	TOTAL
2008	235	1.475	-	-	-	283	1.993
2012	72	1.025	1.248	612	412	239	3.608

Fonte: SIH

C.P. Clínica pediátrica, CM-Clínica médica, CC, Clínica Cirúrgica, PN-Parto normal, PC-Parto Cesário, OO-Outras Ocorrências.

A tabela 17 apresenta uma análise das internações no Município de Unaí , feita por meio do DATASUS, no período compreendido entre janeiro de setembro de 2012.

Já a tabela 18 demonstra a permanência média dos internos por doenças do CID10 no Estado de Minas Gerais.

Tabela 17 - Distribuição percentual das internações no SUS por grupo de causas e local de residência entre janeiro de setembro de 2012

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 59	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,9	5,4	3,8	3,9	1,0	0,5	1,8	1,7	1,6
II. Neoplasias (tumores)	-	1,1	-	2,6	0,5	4,2	14,2	7,5	6,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,3	2,2	-	1,3	0,5	0,2	2,4	5,4	1,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,3	-	0,8	1,3	0,5	0,3	2,6	2,2	1,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	2,9	2,8	0,2	1,7
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1,1	1,5	-	-	1,2	2,2	0,7	1,1
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	0,5	0,3	0,2	0,8	0,4
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	0,3	-	-	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,3	-	2,3	1,3	0,5	3,3	**23,3**	**37,8**	14,0
X. Doenças do aparelho respiratório	**23,7**	**57,6**	**53,1**	**38,2**	6,8	2,8	6,3	12,9	11,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,3	**15,2**	13,8	10,5	4,9	7,2	**15,2**	11,7	10,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,3	1,1	2,3	1,3	-	0,6	1,2	0,5	0,8
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1,3	-	2,3	7,9	1,0	1,0	4,9	0,8	1,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,9	7,6	10,8	7,9	5,3	5,0	8,5	10,2	7,2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	10,5	**72,3**	**57,0**	2,4	-	**28,2**
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	**52,6**	-	-	-	-	-	-	-	1,5
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,6	4,3	5,4	5,3	0,5	0,5	0,4	-	0,9
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,3	1,1	0,8	-	1,0	0,5	2,0	2,9	1,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	3,3	2,3	7,9	4,9	5,2	7,5	4,6	5,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	0,1	-	-	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	0,8	-	-	7,1	2,0	0,2	3,2
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**	**100,0**	**100,0**	100,0

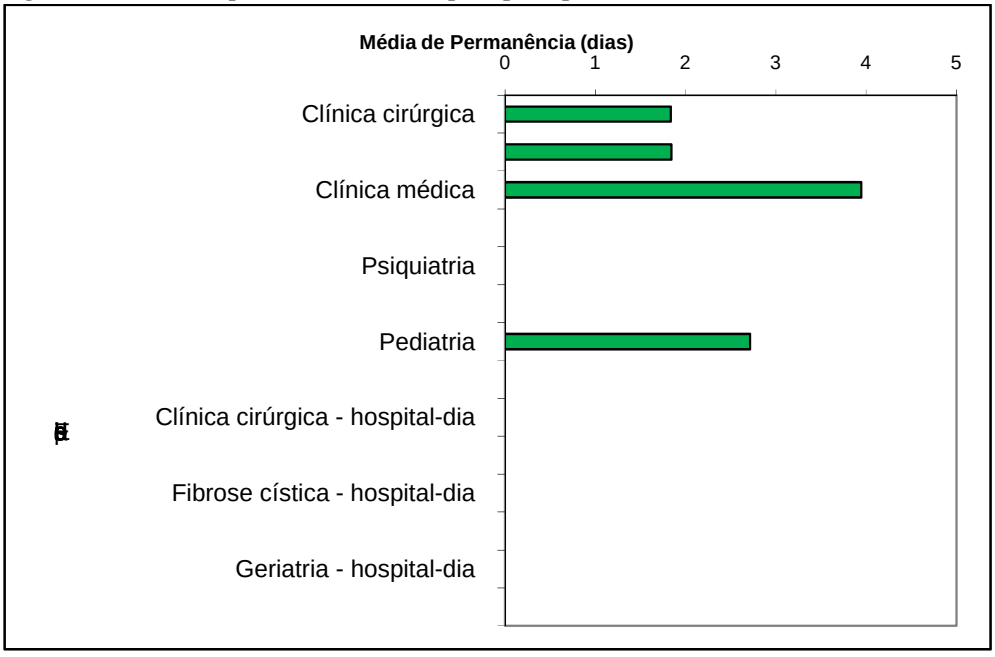
Fonte: SIH/SUS/DATASUS 2012

Tabela 18 - valor toral, dias de permanência e taxa de mortalidade Hospitalar jan/set 2012

Capítulo CID	Valor Total R$	Permanência no hospital (dias)	Média Permanência no hospital (dias)	Taxa de Mortalidade Hospitalar (por 100)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	77.838.052,23	398.162	8,1	11,0
II. Neoplasias (tumores)	81.751.299,09	314.498	5,8	8,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4.498.253,33	46.217	5,9	4,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	16.231.467,81	154.123	5,2	5,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	32.320.775,42	653.483	37,8	0,5
VI. Doenças do sistema nervoso	21.288.437,07	149.880	10,7	5,2
VII. Doenças do olho e anexos	8.783.572,85	7.449	0,8	-
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4.560.324,16	2.565	1,9	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	244.621.866,65	746.775	6,5	6,8
X. Doenças do aparelho respiratório	110.202.647,75	597.044	5,7	6,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	73.127.343,13	349.374	4,3	3,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10.624.297,43	85.959	5,7	1,9
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	30.355.722,81	139.817	8,6	0,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	49.304.889,32	264.830	4,3	2,6
XV. Gravidez parto e puerpério	98.008.268,18	339.349	2,1	0,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	58.267.931,39	184.805	10,6	4,4
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	18.759.436,97	32.603	5,6	3,0
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9.997.046,34	51.690	5,1	10,0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	103.542.420,90	420.871	5,0	2,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	113.139,90	683	3,9	2,9
XXI. Contatos com serviços de saúde	7.690.300,37	26.232	1,7	0,4
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-
Total	1.061.887.493,10	4.966.409	5,7	4,2

Fonte: DATASUS

Figura 05 –Média de permanência em hospital por tipo de clínica



Fonte: DATASUS

5.1.4.2 – Pronto Atendimento Médico

O Pronto Atendimento médico Municipal funciona anexo ao Hospital Municipal, foi inaugurado em 1º de maio de 1996. Atualmente atende cerca de 200 pessoas por dia, para atendimentos desde traumatologia a nebulizações que não são realizadas na atenção básica.

O quadro a seguir demonstra o corpo técnico que atende ao Pronto Atendimento e Hospital Municipal.

Quadro 41 - Médicos por Especialidade

Especialidade (Ambulatório)	Quantidade
Clinica geral	02
Ginecologia / Obstetrícia	07
Pediatria	06

Cardiologia	02
Ortopedia	03
Neurologia	02
Otorrinolaringologia	03
Urologia	01
Oftalmologia	04
Endocrinologia	02
Cirurgião Cardiovascular	001
Gastroenterologia	02
Infectologista	00

Fonte: Setor de RH da Secretaria Municipal de Saúde

5.1.4.3 – Serviço de Atendimento Médico Especializado – SAME

O SAME funciona na Rua Luiz Alves nº 700 oferece serviços de fisioterapia para reabilitação, são sete fisioterapeutas atendendo no serviço. Oferece ainda atendimento de fonoaudiologia para reabilitação de paciente acometidos de AVC.

Na sede do SAME funciona também o Serviço de DST/AIDS (SAE e CTA).

No SAME também funciona a referência para atendimento especializado em Tuberculose, Hanseníase e Leishmaniose.

Os profissionais do SAME realizam periodicamente, em escolas e empresas, palestras de prevenção e promoção da Saúde.

5.1.4.4 – Policlínica Municipal

A Policlínica Municipal atende aproximadamente 250 pessoas por dia, nela são oferecidos atendimento em Ortopedia, Neurologia, Urologia, Cardiologia, Endocrinologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, e Clínica Geral.

São oferecidos exames de eletrocardiograma (ECG), Eletroencefalograma (EEG), exames de dosagem de glicemia e triagem de portadores de Diabetes.

A Policlínica é a referência municipal para os portadores de diabetes provindos das áreas de ESF e da área não coberta.

5.1.4.5 - Tratamento Fora do Domicílio:

Os habitantes de Unaí/MG são atendidos fora do domicílio da seguinte forma:

- Nos casos de emergência: os pacientes são encaminhados para a cidade de Brasília/DF através de encaminhamentos e ambulâncias próprias.
- Nos casos de urgência: os pacientes são encaminhados para os municípios onde haja pactuação com o município de Unaí/MG de acordo com a especialidade médica

solicitada através de encaminhamentos e veículos próprios, sendo que, os lançamentos são feitos previamente via sistema on-line SUSFácil.

- Nos casos eletivos: os pacientes são encaminhados pelos profissionais (médicos) do município de Unaí/MG para os municípios onde haja pactuação com o mesmo; sendo que, atualmente a pactuação concentra-se nos municípios de Araguari/MG, Belo Horizonte/MG, Patos de Minas/MG, Uberaba/MG e Uberlândia/MG. Para que o paciente desloque-se até o município de referência de seu atendimento, a Secretaria Municipal de Saúde através do Setor de Tratamento Fora do Domicílio disponibiliza um valor de ajuda de custo para alimentação/pernoite e deslocamento do paciente e também de seu acompanhante (caso o médico solicitante requeira) de acordo com valores tabelados em legislação pertinente à política de Tratamento Fora do Domicílio. Ressalta-se que se o Estado de Minas Gerais não dispuser do tratamento solicitado, a Secretaria Municipal de Saúde de Unaí/MG juntamente com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Gerência Regional de Saúde de Unaí/MG) providenciará em outro Estado o atendimento do mesmo, ficando a cargo de ambos a disponibilização da ajuda de custo.

O sistema de referência para tratamento em outros municípios, mediante pactuação é feito pelo Programa de Tratamento Fora do Domicilio (TFD). Foram cadastrados 348 pacientes em 2007 e 323 usuários em 2008.

Quadro 42 - Tratamento Fora do Domicílio 2008

Procedimento	**2008**
N º. de passagens	37.758
Valor das passagens	R$ 186.492,60
Valor da Ajuda de Custo	R$ 75.593,80

Fonte: SESAU/2012

Quadro 43 - Tratamento Fora do Domicílio 2012

Procedimento	**2012**
Ajuda de custo para pacientes	R$ 33.189,75
Ajuda de custo para acompanhantes	R$ 31.333,00
Remuneração para deslocamento paciente	R$ 95.548,55
Remuneração para deslocamento de acompanhante	R$ 90.124,65

Atendimentos de Assistente Social	1.648

Fonte: SESAU/2012

5.1.4.6- Casa de Apoio de Barretos:

A casa de apoio aos pacientes em tratamento de câncer na cidade de Barretos – SP tem como finalidade possibilitar aos pacientes um local gratuito para se hospedar durante o tratamento no Hospital do Câncer daquela cidade. A Secretaria Municipal de Saúde está inaugurando um espaço com capacidade para manter hospedados 50 pessoas em 18 quartos equipados com camas e beliches. A casa terá ainda cozinha, sala de estar, área de serviço e varanda e está localizada na Rua João Jacinto da Silva 1301

A casa está sendo montada somente com recursos de doações e será mantida com recursos públicos.

5.1.4.7 Outros Serviços de Média e Alta Complexidade

- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:
  - Ultra-sonografia,
  - Eletrocardiografia,
  - Eletroencefalografia,
  - Radiografia e
  - Mamografia.
- Exames laboratoriais de serviços terceirizados mediante licitação.
- Agência Transfusional de sangue.
- Atendimento de Nefrologia por meio de clínica nefrológica conveniada – com atendimento de pacientes renais crônicos de Unaí e região, atendendo 90 pacientes(2012) .

5.1.5 Serviços de Saúde da Rede Privada e/ou Conveniada:

Além dos serviços públicos de saúde, Unaí ainda possui uma considerável rede privada com alguns serviços conveniados:

Quadro 44 – Outros serviços da rede privada

Serviço	Quantidade	Capacidade
Hospitais privados	03	104 leitos
Clínica de especialidades	03	

Clínica de Hemodiálise	01	90 pacientes
Clínica de diagnósticos por imagem	02	Radiologia, tomografia, USG.
Laboratórios de Análises Clínicas	05	
Consultórios Odontológicos	23	
Fisioterapia	04	
Consultórios de Psicologia	03	
Consultório oftalmológico	03	
Tratamento de dependentes químicos	04	67 leitos

Fonte: SESAU/SCNES/2012

Existem ainda alguns serviços conveniados com o SUS que atendem populações específicas, como é o caso da APAE e Abrigo Frei Anselmo, que atendem respectivamente crianças e adolescentes portadores de alguma necessidade especial e a idosos e outros portadores de necessidades especiais:

O Abrigo Frei Anselmo conta com serviços com:

- Atendimento em Saúde Bucal;
- Atenção Psicossocial;
- Fisioterapia e reabilitação;
- Suporte nutricional.

A Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE:

- Saúde bucal e cirurgia oral;
-Atenção psicossocial;
- Fisioterapia e reabilitação;

5.2 - Produção Ambulatorial

A Tabela a seguir, representa a quantidade e valores apresentados para faturamento, e os valores e quantidades efetivamente aprovados no período compreendido entre janeiro e setembro de 2012

Tabela 19 - Valores apurados nos procedimentos ambulatoriais de jan/set. 2012

Categoria de procedimentos	Qtd.Aprovada		Valor Aprovado		Qtd.Apresentada		Valor Apresentado	
	Nº	%	R$	%	Nº	%	R$	%
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	**82.846**	**10,4**	**3.899**	**0,1**	**82.951**	**5,7**	**4.182**	**0,0**
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	81.945	10,3	3.898,80	0,1	82.050	5,7	4.182,30	0,0
0102 Vigilância em saúde	901	0,1	-	-	901	0,1	-	-
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	**118.408**	**14,8**	**609.869**	**16,1**	**671.103**	**46,5**	**8.458.219**	**70,7**
0201 Coleta de material	3.727	0,5	6.544,22	0,2	3.814	0,3	7.580,30	0,1
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	84.746	10,6	267.980,89	7,1	634.520	43,9	8.090.625,19	67,7
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0204 Diagnóstico por radiologia	18.485	2,3	134.357,20	3,5	20.609	1,4	150.519,18	1,3
0205 Diagnóstico por ultra-sonografia	2.917	0,4	76.102,40	2,0	3.126	0,2	81.160,20	0,7
0206 Diagnóstico por tomografia	1.025	0,1	108.774,40	2,9	1.038	0,1	110.014,85	0,9
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	-	-	-	-	-	-	-	-
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	-	-	-	-	-	-	-	-
0209 Diagnóstico por endoscopia	-	-	-	-	-	-	-	-
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	2.674	0,3	14.993,59	0,4	3.063	0,2	17.104,68	0,1
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	-	-	-	-	-	-	-	-
0214 Diagnóstico por teste rápido	4.834	0,6	1.116,00	0,0	4.933	0,3	1.215,00	0,0
03 Procedimentos clínicos	**335.432**	**42,0**	**2.740.328**	**72,4**	**428.215**	**29,6**	**3.033.529**	**25,4**
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	293.369	36,8	840.687,21	22,2	384.533	26,6	1.108.977,86	9,3
0302 Fisioterapia	9.212	1,2	48.108,76	1,3	10.373	0,7	54.412,63	0,5
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2.653	0,3	101.890,42	2,7	3.086	0,2	118.497,85	1,0
0304 Tratamento em oncologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0305 Tratamento em nefrologia	10.457	1,3	1.748.973,50	46,2	10.468	0,7	1.750.849,00	14,6
0306 Hemoterapia	18	0,0	145,62	0,0	29	0,0	234,61	0,0
0307 Tratamentos odontológicos	19.624	2,5	-	-	19.624	1,4	-	-
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	-	-	-	-	-	-	-	-
0309 Terapias especializadas	99	0,0	522,95	0,0	102	0,0	556,73	0,0
0310 Parto e nascimento	-	-	-	-	-	-	-	-
04 Procedimentos cirúrgicos	**13.337**	**1,7**	**148.623**	**3,9**	**14.470**	**1,0**	**178.753**	**1,5**
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	10.106	1,3	36.749,82	1,0	11.239	0,8	66.879,72	0,6
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	-	-	-	-	-	-	-	-
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	-	-	-	-	-	-	-	-
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço	109	0,0	-	-	109	0,0	-	-
0405 Cirurgia do aparelho da visão	225	0,0	99.675,00	2,6	225	0,0	99.675,00	0,8
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	-	-	-
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal	-	-	-	-	-	-	-	-
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	-	-	-	-	-	-	-	-
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-
0410 Cirurgia de mama	-	-	-	-	-	-	-	-
0411 Cirurgia obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-
0412 Cirurgia torácica	-	-	-	-	-	-	-	-
0413 Cirurgia reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-
0414 Cirurgia oro-facial	2.832	0,4	3.728,70	0,1	2.832	0,2	3.728,70	0,0
0415 Outras cirurgias	-	-	-	-	-	-	-	-
0416 Cirurgia em oncologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0417 Anestesiologia	-	-	-	-	-	-	-	-
0418 Cirurgia em nefrologia	65	0,0	8.469,20	0,2	65	0,0	8.469,20	0,1
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
0501 Coleta e exames para fins de doação de orgãos, tecidos e células e de transplante	-	-	-	-	-	-	-	-
0502 Avaliação de morte encefálica	-	-	-	-	-	-	-	-
0503 Ações relacionadas à doação de orgãos, tecidos e células	-	-	-	-	-	-	-	-
0504 Processamento de tecidos para transplante	-	-	-	-	-	-	-	-
0505 Transplante de orgãos, tecidos e células	-	-	-	-	-	-	-	-
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	-	-	-	-	-	-	-	-
06 Medicamentos	**244.424**	**30,6**	**254.617**	**6,7**	**244.424**	**16,9**	**254.617**	**2,1**
0601 Medicamentos de dispensação excepcional	-	-	-	-	-	-	-	-
0602 Medicamentos estratégicos	-	-	-	-	-	-	-	-
0603 Medicamentos de âmbito hospitalar	-	-	-	-	-	-	-	-
0604 Componente Especializado da Assitencia Farmaceutica	244.424	30,6	254.616,61	6,7	244.424	16,9	254.616,61	2,1
07 Órteses, próteses e materiais especiais	**103**	**0,0**	**5.748**	**0,2**	**103**	**0,0**	**5.748**	**0,0**
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	-	-	-	-	-	-	-	-
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	103	0,0	5.748,19	0,2	103	0,0	5.748,19	0,0
08 Ações complementares da atenção à saúde	**3.171**	**0,4**	**22.179**	**0,6**	**3.190**	**0,2**	**22.649**	**0,2**
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	-	-	-	-	-	-	-	-
0802 Ações relacionadas ao atendimento	-	-	-	-	-	-	-	-
0803 Autorização / Regulação	3.171	0,4	22.178,85	0,6	3.190	0,2	22.649,10	0,2
Total	**797.721**	**100,0**	**3.785.262,33**	**100,0**	**1.444.456**	**100,0**	**11.957.696,90**	**100,0**

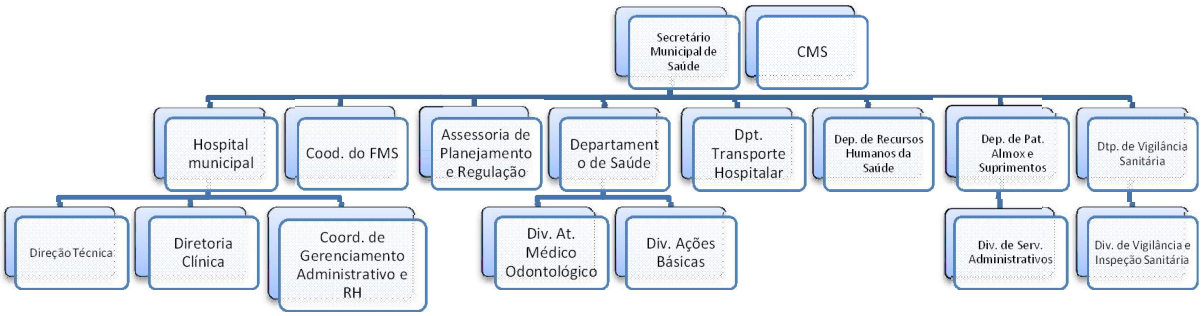
Fonte: DATASUS: disponível em http://200.198.43.8/Portal/MapaCad/Munic.html

6 - GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO

6.1- Estrutura Organizativa

A figura a seguir representa o organograma da Secretaria Municipal de Saúde com base na lei 2.620 de 21 de outubro de 2009. Representa os cargos de nível de diretoria e chefia, sem a representação das coordenações que estão apresentadas na figura 07.

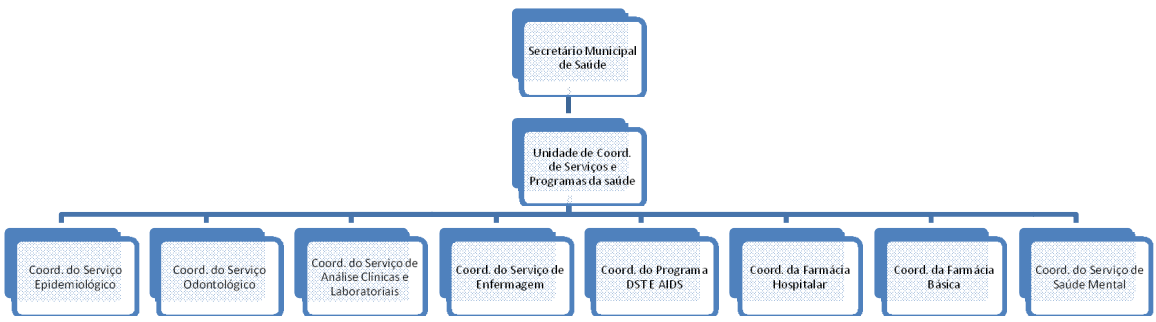
Figura 06 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: SEMAD Lei 2.620/2009

A figura abaixo apresenta o organograma de pessoal de Apoio Intermediário que assessoram o Gestor de Saúde Municipal. As funções foram criadas pela lei 2.450/2006, para atender as especificidades da Secretaria Municipal de Saúde.

Figura 07 - Organograma de Apoio Intermediário



Fonte: SEMAD Lei 2.620/2009

O município de Unaí está inserido no SUS e pertence à área de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Unaí.

O município possui Conselho Municipal de Saúde, criado pela Lei 1.327 de 10 de maio de 1991, composto de 18 membros que se reúne mensalmente, porém, não atende mais a paridade exigida pelo CNS (ver quadro 13). A IV Conferência Municipal de Saúde realizada nos dias 27 e 28 de junho de 2013 autorizou a alteração da composição do Conselho com a finalidade de reaver essa paridade.

Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei 1.326 de 10 de maio de 1991 inscrito no CNPJ com o número 20.597.480/0001-27.

A Secretaria Municipal de Saúde de Unaí (SESAU) está localizada na rua Calixto Martins de Melo nº 249 no centro da cidade. A Secretária de Saúde é a Técnica em Enfermagem Andrea Machado Adjuto.

6.2 - Estrutura Física e Equipamentos

Quadro 45 - Estrutura Física da SMS

Unidade	Quantidade
Nível Central SMS	01
Unidades Básicas de Saúde com PSF (CAIC, Divinéia, Jacilândia, Novo Jardim, Primavera, Novo Horizonte, Mamoeiro e Bela Vista)	08
Unidade Básica de Saúde sem PSF (Cachoeira)	01
Centro de Saúde Policlínica	01
Núcleo de Apoio ao PSF (NASF)	01
Planejamento Familiar	01
Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	01
Posto de Saúde (área rural: Saco Grande, Garapuava, Palmeirinha, Ruralminas e Boa Vista)	05
Unidade Móvel de Saúde	01
Consultórios Odontológicos fora das UBS	05
Centro de Apoio Diagnóstico (terceirizado: CDI, Santa Mônica e Laboratório Dias)	03
Locais na rede pública municipal com serviços de apoio diagnóstico (Hospital Municipal, Laboratório Municipal e Policlínica)	03
Pronto Atendimento 24 horas (Urgência e Emergência)	01
Laboratório de Análises Clínicas	01
SAME- Serviço de Atendimento Médico Especializado	01
Agencia Transfusional de Sangue	01
Salas de Fisioterapia	03
Hospital Municipal	01
Clínica de Hemodiálise Conveniada	01

Fonte: SESAU/ 2012

Quadro 46 - Equipamentos da SMS

Equipamento	Quantidade
Gabinete Odontológico	10
Gabinete Oftalmológico	01
Eletrocardiógrafo	03
Eletroencefalógrafo	01
Aparelho de RX	04

Colposcópio	01
Mamógrafo, com processadora exclusiva	01
Monitor Cardíaco	01
Desfibrilador	06
Carrinho de Emergência	05
Carrinho de Anestesia	04
Ultrassom	03
Vídeo laparoscópio	01
Microscópio cirúrgico	01
Berço aquecido	02
Bomba de infusão	10
Equipamento de fototerapia	05
Incubadora	06
Monitor de EEG	08
Monitor de pressão	04
Reanimador Pulmonar	10
Respirador/ventilador	05

Fonte: SESAU/ 2012

6.3 - Recursos Humanos Disponíveis

Quadro 47 - Recursos Humanos – Área Assistencial / SMS

Nível Superior	Nº de Profissionais	Carga Horária por semana
Médico ambulatório	14	**20**
Médico – PSF	8	**40**
Médico plantonista	38	**20**
Cirurgião Dentista	19	**20**
Enfermeiro	5	**20**
Analista em Enfermagem	09	**40**
Enfermeiro – PSF	10	**40**
Psicólogo	2	**20**
Analista em Psicologia	04	**40**
Fisioterapeuta	04	**20**
Analista em Fisioterapia	05	**40**
Fonoaudiólogo	03	**20**
Nutricionista	1	**20**
Assistente Social / Analista Social	05	**40**
Farmacêutico/Bioquímico	07	**20**
Analista em Bioquímica	07	**40**
Médico Veterinário	07	**20**
Analista em Medicina Veterinária	01	**40**
Fiscal de Saúde Pública	01	**40**
Agente Administrativo	01	**40**
Técnico em Enfermagem	36	**30**
Técnico em Higiene Dental	10	**30**
Técnico em Radiologia	12	**20**
Técnico em Rx	01	**20**
Técnico em Laboratório	02	**30**
Técnico em Segurança do Trabalho	03	**40**
Assistente Técnico	02	**40**
Assistente Técnico em Saúde	69	**40**
Fiscal Sanitário II	04	**40**

Aux. Enfermagem	49	**30**
Aux. Enfermagem PSF (Assistente Técnico em Saúde)	10	**40**
Auxiliar Administrativo III	13	**40**
Agente Comunitário de Saúde – PACS	61	**40**
Agente Comunitário de Saúde – PSF	62	**40**
Agente Epidemiológico	68	**40**
Auxiliar de Consultório Dentário	11	**40**
Auxiliar de Laboratório	01	**30**
Auxiliar Administrativo I	06	**40**
Atendente	26	**40**
Eletricista	01	**40**
Oficial de Obras	01	**40**
Oficial de Serviço	01	**40**
Serviços Gerais	19	**40**
Auxiliar de Serviços Gerais	71	**40**
Vigilante	01	**40**
Motorista	33	**40**
Servente Escolar	02	**40**

Fonte: Setor de RH da Secretaria Municipal de Saúde

Quadro 48 - Recursos Humanos – Área Administrativa – SMS

Profissional	Quantidade
Secretário Municipal de Saúde	01
Diretor de departamento	04
Diretor clínico	01
Chefe de divisão	04
Coordenador do Fundo Municipal de Saúde – FMS	01
Contador	00
Economista	01
Técnico administrativo	13
Assistente técnico	02
Almoxarife	01
Agente administrativo	02
Auxiliar de secretaria	00
Controle de projetos sociais	00
Digitador	03
Eletricista	01
Encarregados de serviços	00
Motorista	33
Recepcionista	01
Vigilante	00
Segurança	04
Auxiliar de serviços gerais	71
Telefonista	01

Fonte: Setor de RH da Secretaria Municipal de Saúde

6.4 - Logística da Secretaria Municipal de Saúde

6.4.1- Processo de Compras

O processo de compra é realizado de forma sistematizada, fazendo uso de uma rede informatizada, na qual todo processo tramita conforme segue:

1- Detecção da necessidade de compra. (feita pelo Almoxarifado ou pelo esgotamento de crédito de um fornecedor, no caso de processo global).
2- O pedido chega a Secretaria Municipal de Saúde.
3- Autorizado o pedido, este é digitado no sistema e encaminhado à Central de Compras da Prefeitura.
4- A Central de Compras providencia o processo licitatório e encaminha o processo para o empenho.
5- Empenhado, o processo é encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde.
6- Uma via de empenho é encaminhada ao fornecedor, para que seja providenciada a entrega do material/serviço.
7- Executada a entrega do objeto do empenho, a nota fiscal é entregue na Secretaria Municipal de Saúde, com assinatura de quem recebeu o material/serviço.
8- O Secretário(a) Municipal, assina a nota e finaliza o processo de liquidação da despesa.
9- A Nota Fiscal é encaminhada à Tesouraria Municipal, para a efetuação do pagamento.

6.4.2 - Transporte e Veículos

Quadro 49 - Veículos da Secretaria Municipal de Saúde

Veículo	Quantidade
Ambulância	06
UTI Móvel	01
Unidade Odontológica Móvel	01
Ônibus	01
Van	02
Kombi	01
Ranger cabine dupla	01
Pick-up Strada	01
Pick-up corsa (emprestada pelo Estado)	01
Motocicleta (Vigilância Sanitária)	04
Motocicleta (Vigilância Epidemiológica) – uma é emprestada pelo Estado)	04
Motocicleta (Centro de Controle de Zoonoses)	05
Fiat Uno	06
Fiat Uno (PSF)	01
Fiat Uno (Centro de Controle de Zoonoses)	01
Pálio Weekend (Centro de Controle de Zoonoses)	01
Caminhão Daly Iveco (Carrocinha)	01
Unidade Móvel de Saúde	01

Fonte: SESAU/2012

As ambulâncias são utilizadas para transportar pacientes para outros municípios, nos casos de urgência e emergência. O ônibus transporta pacientes para Brasília diariamente com consultas agendadas e tratamento de quimioterapia e radioterapia. A Van transporta pacientes sob tratamento de hemodiálise na cidade diariamente. A Kombi é utilizada pela FUNASA. As Pick-ups fazem o serviço de combate a dengue, juntamente com os funcionários da FUNASA. Os outros veículos servem à Vigilância Epidemiológica, Sanitária, PSF, Centro de Controle de Zoonoses e outros setores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Alguns veículos são emprestados pelo governo estadual para realização de ações.

6.4.3 - Sistemas de Informação

Estão implantados e são processados os seguintes sistemas de informação:

- Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.
- Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis – SINAN
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC
- Sistema de Informações do Programa de Imunização – SIPNI
- Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB
- Sistema de Informações Ambulatórias – SIA
- Sistema de Informações Hospitalares – SIH
- HIPERDIA
- Controle do Ferro
- Bolsa Família
- SISVAN WEB
- SIS Água
- SIS Colo/Mama
- FCESS/CNESS
- Sistema de Informação sobre DST/AIDS - SICTA
- Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde – SIOPS
- Sistema de Informação sobre Pré-natal – SISPRENATAL
- Sistema de Informações de Gestão da Atenção Farmacêutica – SIGAF

6.4.4 - Comunicação

A Secretária Municipal de Saúde funciona em prédio independente da Prefeitura Municipal.

A secretaria trabalha com Internet e em Rede Local, fax e serviço de telefonia. Possui 29 computadores, 01 aparelho de fax e 11 linhas telefônicas.

As demais unidades de Saúde somam ainda outras 35 máquinas, sendo que acessos à internet estão ainda restritos a algumas unidades.

6.5 - Financiamento do SUS

O financiamento da saúde é feito com a participação das 3 esferas de governo: municipal, estadual e federal. O Município, conforme EC nº 29/2000, tem participado com mais de 15% de sua receita para garantir a saúde municipal (28,06% em 2012).

Quadro 50 – Síntese financeira da Secretaria Municipal de Saúde de Unaí-MG nos anos de 2009 a 2012 em (R$)

ITENS	2009	2010	2011	2012
Receita de Impostos e Transf. Constitucionais e Legais	58.442.680,94	70.239.617,09	82.936.919,86	87.006.770,48
Receita das Transferências do SUS	6.794.778,12	8.280.029,29	8.697.026,08	9.435.090,19
Receita de Operações de Crédito	0	0	0	0
Despesa Empenhada	25.474.749,59	27.650.404,31	31.608.096,91	37.387.866,65
Despesa Liquidada	25.474.749,59	26.759.985,98	30.753.229,81	36.505.142,32
Despesa Paga	23.750.122,32	25.666.569,05	30.315.118,15	33.590.142,56
Despesa Orçada	25.438.444,67	28.039.241,49	31.331.933,97	39.166.030,34
Despesas com Recursos Próprios – EC nº 29/2000	18.411.890,07	16.695.821,60	22.877.196,97	24.413.641,04
% de Recursos Próprios Aplicados em Saúde	31,50%	23,77%	27,58%	28,06%

Fonte: SIOPS

O balancete de despesas da Secretaria Municipal de Saúde é anexo a este Plano Municipal de Saúde

6.6 - Controle Social

O Controle Social é um dos princípios organizativos do SUS. A participação popular na gestão do SUS e na elaboração de políticas públicas de saúde foi introduzida pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. O Controle Social é comumente exercido por meio do Conselho Municipal de Saúde e pelas Conferências Municipais de Saúde.

6.6.1 – Conselho Municipal de Saúde

O principal instrumento de controle social do município é o Conselho Municipal de Saúde, criado pela Lei 1.326 de 10 de maio de 1991.

O CMS se reúne na primeira terça-feira do mês na sala de reuniões do Hospital Municipal Dr. Joaquim Brochado e possui 18 membros com a seguinte representação:

Quadro 51 – Representantes no Conselho Municipal de Saúde até 2013

Entidade representante	SEGMENTO
Sindicato dos Trabalhadores Municipais - SINDISMAIU	Usuário
Associação de moradores da Zona Rural	Usuário
Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Unaí	Usuário
Sindicato dos Produtores Rurais de Unaí	Usuário
APAE	Usuários
Loja Maçônica Mestres do Rio Preto	Usuários
Rotary Club de Unaí	Usuários
Lyons Club de Unaí	Usuários
Associação de Moradores da Zona Urbana	Usuários
Associação Médica de Unaí	Trabalhador de Saúde
Associação dos Odontólogos de Unaí	Trabalhador de Saúde
Associação dos Bioquímicos de Unaí	Trabalhador de Saúde
Hospital Santa Helena	Prestador de Serviços
Hospital Santa Mônica	Prestador de Serviços
Hospital São Lucas	Prestador de Serviços
Secretaria Municipal de Saúde	Governo
Secretaria Municipal da Fazenda	Governo
Secretaria Municipal de Ação Social	Governo

Fonte: SESAU/ 2012

A IV Conferência Municipal de Saúde adequará a paridade representativa do Conselho Municipal de Saúde de acordo com as exigências do Conselho Nacional de Saúde.
Serão ainda acrescentadas novas entidades e haverá alteração do Regimento Interno do Conselho.

6.6.2 – Conferência Municipal de Saúde

A IV Conferência Municipal de Saúde, foi realizada nos dias 27 e 28 de junho de 2013, na Sede da Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), com o tema: “Gestão e Vigilância em Saúde”. Anteriormente, com o objetivo de servir como prévia da Conferência Municipal de Saúde foram realizadas em conformidade com a legislação, duas Pré-Conferências, respectivamente nos dias 05 e 06 de junho de 2013, no Centro Público de Promoção ao Trabalho (CPPT). A primeira com entidades da Zona Urbana, na qual compareceram 14 participantes, e a segunda, com representantes da Zona Rural, que contou com a presença de

39 participantes. Durante os dois dias de realização das Pré-Conferências, foram levantadas 50 propostas entre os representantes das Zonas Urbana e Rural, que seguem no anexo I.

Estas propostas, foram distribuídas aos participantes dos 05 grupos formados no segundo dia da IV Conferência Municipal de Saúde, que contou ainda, com a presença de 68 dos 87 delegados inscritos. Tais propostas foram analisadas, discutidas e reformuladas, enquanto outras foram criadas pelos grupos, sendo apresentadas ao final, 110 propostas, das quais, 85 foram aprovadas e seguem no anexo II.

Anteriormente à IV Conferência Municipal de Saúde, os técnicos da área da saúde reuniram-se com a finalidade de enumerar os principais problemas de saúde da população e os problemas do sistema de saúde. Para isso utilizou-se a metodologia de árvores de problemas. Os problemas elencados estão anexados a este Plano Municipal de Saúde, anexo III (principais problemas enumerados) e anexo IV (árvores de problemas).

6.7 Ouvidoria

O Município de Unaí, não possui ouvidoria, porém, durante a IV Conferência Municipal de Saúde foram apresentadas propostas em três dos cinco grupos existentes, e, ao final, foi aprovada a proposta da criação de uma ouvidoria no município, tornando dessa forma um compromisso da Administração Municipal.

ANEXOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

ANEXO I – Compromissos do Plano Municipal de Saúde;

ANEXO II - propostas das pré-conferências realizadas nos dias 05 e 06 de junho de 2013 com as associações do meio urbano e rural

ANEXO III - Propostas aprovadas na IV Conferência Municipal de Saúde

ANEXO IV - Problemas priorizados do sistema de saúde e do estado de saúde da população;

ANEXO V - Problemas de saúde e de sistema de saúde elencados pela equipe técnica da secretaria municipal de saúde.

ANEXO II
Plano Municipal de Saúde 2014-2017

PROPOSTAS DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS REALIZADAS NOS DIAS 05 E 06 DE JUNHO DE 2013 COM AS ASSOCIAÇÕES DO MEIO URBANO E RURAL

Propostas apresentadas pelo grupo das Associações de Moradores da Zona Urbana:

01 - Aumentar o número de ESFs e ativar aqueles que já possuem sedes construídas;

02 - Aumentar o número de profissionais de saúde com atendimentos de qualidade (profissionais treinados);

03 - Aumentar o número de exames laboratoriais;

04 - Aumentar o número de agentes comunitários de saúde com treinamento de qualidade relacionado à sua especificidade;

05 - Criar banco de leite;

06 - Criar leitos neo-natais;

07 - Distribuir os atendimentos de médicos e enfermeiros no Pronto Atendimento, deste modo, aumentar o número de plantonistas;

08 - Promover campanha de conscientização aos usuários do serviços de saúde nos atendimentos que elas possam buscar no Pronto atendimento, PSF, Hospital Municipal, assim melhorando a distribuição dos atendimentos;

09 - Centralizar o cadastro nos PSFs, a fim de setorizar os serviços (prontuário eletrônico);

10 - Criar diretoria para o desenvolvimento de atividades anti-drogas (família, religião, equipe técnica especializada);

11 - Otimizar parceria entre secretaria de saúde e secretaria de esportes para prevenção e repressão de fatores vulneráveis à marginalização;

12 - Aumentar estrutura física da policlínica e dotá-la de recursos humanos e materiais;

13 - Formalizar um convênio/contrato de repasse financeiro fixo para a instituição Abrigo Frei Anselmo como prestador de serviços, para prefeitura manter os funcionários da área de saúde;

14 - Criar pontos de coletas com caçambas em alguns bairros, para facilitar a coleta de lixo;

15 - Mobilizar e fortalecer a mudança da composição do Conselho Municipal de Saúde;

16 - Fiscalizar horários dos médicos da rede pública de saúde, com comitê gestor montado pela sociedade para acompanhar a fiscalização.

Propostas apresentadas pelo grupo das Associações de Moradores da Zona Rural:

GRUPO 01:

01 - Criar Posto de Saúde exclusivo para a zona rural dentro do perímetro urbano;

02 - Criar Farmácia para a zona rural;

03 - Colocar pessoa para orientar, passar as informações na Policlínica e nos postos de saúde;

04 - Disponibilizar Unidade Móvel 4 vezes ao ano com cardiologista, oftalmologista, dentista, clínico geral, ginecologista, urologista;

05 - Criar ouvidoria para avaliar a qualidade dos atendimentos médicos;

06 - Disponibilizar cobertura 100% da Zona Rural pelo PACS;

07 - Tratar, receber e retirar o lixo da zona rural;

08 - Disponibilizar transporte para emergência em pontos estratégicos da zona rural;

09 - Educar médicos e demais profissionais para qualidade no atendimento;

10 - Avaliar a qualidade do atendimento dos médicos e demais profissionais, com feedback para os profissionais;

11 - Ampliar e construir o Hospital Municipal;

12 - Disponibilizar mais pediatras, ortopedistas, oftalmologistas, cardiologistas nos hospitais;

13 - Disponibilizar mais máquinas e equipamentos nas Unidades de Saúdes e Hospital;

14 - Capacitar os agentes de saúde: (não tem qualificação, não tem equipamentos, não possuem qualificação adequada);

15 - Priorizar os atendimentos (carteirinhas) para zona rural na Policlínica;

16 - Reativar Palmeirinha I, mais sete PA's;

18 - Disponibilizar visita do agente de Endemias na Zona Rural (Controle de Zoonoses) para controle de Barbeiro, Malaria, dentre outros;

19 - Promover Educação Ambiental para a população;

20 - Fazer Análise da Água: Córrego Canabrava;

21 - Recuperar as nascentes, barraginhas e limpeza de açudes;

22 - Criar um posto de saúde no Curral do Fogo.

GRUPO 02:

01 - Viabilizar médico, dentista e enfermeiro referência da zona rural;

02 - Viabilizar serviço da unidade móvel mensalmente nas comunidades rurais;

03 - Esclarecer a população rural à respeito do trabalho do ACS;

04 - Incentivar visita dos coordenadores dos ACS da área rural às reuniões das associações das comunidades;

05 - Viabilizar o serviço de palestras de Educação em Saúde nas comunidades rurais;

06 - Contratar ACS para as regiões PA Nova Califórnia, Barreirinho, Bacia do Areia, Curral do Fogo;

07 - Disponibilizar ambulância para as comunidades: Curral do Fogo, Palmeirinha I, Pedras de Marilândia;

08 - Melhorar o atendimento dos ACS da área rural;

09 - Realizar coleta e análise da água nas comunidades rurais;

10 - Implantar Posto de Saúde para a comunidade Curral do Fogo e região - Pedras de Marilândia e São Marcos;

11 - Ativar o Posto de Saúde existente na comunidade Palmeirinha para atendimento da região;

12 - Viabilizar atendimento médico semanal no Posto de Saúde Ruralminas.

ANEXO III

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

PROPOSTAS APROVADAS NA IV CONFRÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATENÇÃO BÁSICA:

01 - Cobrir 100% da Zona Rural pelo PACS.

02 - Treinar e Qualificar os ACS e melhorar as condições de trabalho para os mesmos, com ajuda de custo para atendimento da área rural e passe livre para ir à cidade para fins de execução do seu trabalho.

03 - Esclarecer a população rural a respeito do trabalho do ACS.

04 - Garantir a participação dos ACS nas reuniões ordinárias da associação e participação periodicamente do coordenador na sua área de efetivação rural e, realizando relatórios para resolução dos problemas levantados.

05 - Implantar mais duas novas sedes de ESF's em que, cada uma possua duas equipes, ativar aquelas que possuem sedes construídas e adequar a estrutura física das unidades já existentes na área urbana.

06 - Adequar a estrutura física, e investir na melhoria de mobiliários e equipamentos nas ESF's já existentes, e ainda, aumentar o quadro de profissionais da equipe, visando Implantar 03 ESF'S em unidade móvel de saúde para atendimento na área rural.

07 - Implantar 03 ESF'S em unidade móvel de saúde para atendimento na área rural.

08 - Adquirir veículos de pequeno porte (carro) para as ESF's e afins, visando a realização das visitas domiciliares, entre outros trabalhos.

09 - Descentralizar a coleta de sangue para as ESF' s, visando uma maior agilidade dos exames.

10 - Atender semanalmente com médico e enfermeiro nas UBS das seguintes áreas: Boa Vista, Garapuava, Ruralminas, Saco Grande e suas respectivas regiões.

11 - Viabilizar médicos, dentistas e enfermeiros na área urbana para referência na zona rural.

12 - Organizar e publicizar a agenda dos serviços de saúde bucal, de forma a reservar vagas para o atendimento odontológico de grupos vulneráveis específicos, como: portadores de doenças crônicas, idosos, gestantes.

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE:

13 - Implantar o C.E.O.- Centro Especializado em Odontologia e equipes de saúde bucal nas UBS.

14 - Aumentar estrutura física da policlínica e dotá-la de recursos humanos e materiais.

15 - Criar novos leitos hospitalares, como leitos de clínica médica e cirúrgicos, para atender os pacientes que recebem alta da UTI.

16 - Construir um hospital com Pronto Atendimento, estrutura adequada para atendimento regional e que seja utilizado também como hospital universitário quando da implantação de cursos de medicina e multiprofissionais.

17 - Implantar Leitos Neonatais e banco de leite materno no Hospital Municipal.

18 - Melhorar a estrutura física, tecnológica e recursos humanos do Laboratório Municipal para atender a demanda de exames.

19 - Aumentar o número de médicos e enfermeiros no Pronto atendimento, assim como a estrutura física, para que seja viável o atendimento.

20 - Garantir o atendimento permanente e diário de médicos especializados em tempo hábil no Pronto Atendimento.

21 - Criar um atendimento prioritário e especializado para pessoas com deficiência, e encaminhadas pelo serviço social, em particular aqueles que estão na “Casa de Passagem”.

22 - Comprar e ter maior atenção quanto às máquinas da lavanderia do Hospital Municipal, e, ainda, comprar produtos adequados.

23 - Criar Centro de Marcação dos serviços de saúde, aumentar a oferta do número de exames e melhorar a logística quanto à marcação de exames específicos, como: ultrassonografia, raio x, mamografia, etc.

24 - Criar e construir o Centro especializado em reabilitação, inclusive com piscina térmica.

25 - Disponibilizar mais aparelhos e equipamentos nas Unidades de Saúde, Hospital Municipal e laboratório municipal.

26 - Adquirir um tomógrafo.

27 - Criar o CAPS IA (infantil e adolescente).

28 - Implantar um departamento de coordenação de ações de saúde mental (anti-drogas e transtorno mental).

29 - Implantar o CAPS AD para atender a demanda municipal. (Centro de Atenção Psicossocial).

30 - Ampliar a capacidade operacional da rede de atenção à saúde mental, através da seleção e recrutamento de profissionais em número suficiente para atender os parâmetros existentes.

31 - Melhorar o atendimento do CAPS como um todo: equipe técnica, estrutura física, veículos e mais atenção do órgão gestor observando as exigências técnicas.

32 - Criar uma política municipal ANTIDROGAS efetiva, com: trabalho preventivo, atendimento em grupos para usuários e familiares, atendimento com internação, dentro do serviço municipal de saúde.

33 - Investir na adequação do CAPS, no que se refere à: estrutura física, recursos humanos, disponibilidade de veículos para a realização de acompanhamentos domiciliares dos pacientes.

34 - Priorizar a disponibilidade da medicação psiquiátrica na farmácia básica (CAPS).

35 - Instalar a Unidade do CAPS em área central para facilitar a locomoção dos pacientes.

36 - Disponibilizar psiquiatra para atendimento 40h semanais no CAPS.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

37 - Visitar a Zona Rural para o controle das Zoonoses, através do trabalho do agente de combate às endemias.

38 - Criar um núcleo de Vigilância em Saúde dentro da Secretaria Municipal de Saúde para atender o município.

39 - Respaldar os fiscais da vigilância sanitária nas suas atuações e valorização da classe.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

40 - Implantar a Farmácia de Minas.

41 - Melhorar a gestão e planejamento para que não faltem medicamentos na farmácia básica e hospitalar.

INTERSETORIAIS:

42 - Otimizar parceria entre Secretaria de Saúde e Secretaria de Meio Ambiente para tratar, receber e retirar o lixo da Zona Rural.

43 - Otimizar parceria entre Secretaria de Saúde e Secretaria do Meio Ambiente para realizar coleta, tratamento e análise da água nas comunidades rurais.

44 - Otimizar parceria entre Secretaria de Saúde e outras secretarias para a criação de projetos que visem a prevenção da marginalização.

45 - Formalizar e manter o repasse financeiro para a instituição Abrigo Frei Anselmo.

46 - Estabelecer parcerias entre Secretaria Municipal de Saúde, Polícia Ambiental, Rodoviária e Prefeitura Municipal, para a resolução de problemas referentes a animais de grande porte soltos em área urbana.

47 - Criar uma parceria com outras Secretarias visando o melhor acesso dos usuários aos serviços de saúde.

48 - Criar e implantar o aterro sanitário.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:

49 - Mobilizar e fortalecer a mudança da composição do Conselho Municipal de Saúde, encaminhando orientação da comissão do respectivo Conselho para o Prefeito.

50 - Capacitar membros do Conselho Municipal de Saúde para que possam exercer seu papel deliberativo e fiscalizador.

GESTÃO:

51 - Viabilizar o serviço de palestras educativas em saúde nas comunidades rurais.

52 - Oferecer treinamento e capacitação contínua para novos profissionais e os já atuantes.

53 - Implantar prontuário eletrônico na rede de saúde do município.

54 - Criar campanhas de conscientização da população a cerca da importância de manter a limpeza de suas casas e lotes e fiscalizar o destino final dos resíduos, principalmente os hospitalares.

55 - Solicitar do Estado, a implantação de unidades básicas de saúde nos estabelecimentos penais para combater o grau de risco, conforme previsto no plano nacional de saúde do sistema penitenciário no qual o Estado de Minas Gerais está qualificado.

56 - Implantar com urgência, o atendimento especializado aos idosos em todas as áreas necessárias.

57 - Fortalecer a classificação de risco, através de profissionais com capacidade de execução do protocolo de Manchester, agilizando assim o atendimento.

58 - Fortalecer o programa de humanização de atendimento em saúde criado pelo SUS.

59 - Aprovar a obrigatoriedade do ponto digital para todos os funcionários, inclusive os médicos, visando que todos os profissionais cumpram suas cargas horárias semanais, garantindo a transparência dos serviços prestados.

60 - Propor a realização de uma revisão na concessão de insalubridade para todos os profissionais atuantes na área de saúde, que mantenham contato direto com pacientes, como por exemplo: agentes comunitários, psicólogos, dentre outros.

61 - Melhorar o atendimento aos usuários da área rural, com profissionais qualificados, capacitados e humanizados e disponibilizar água para os usuários nos locais de atendimento.

62 - Criar uma ouvidoria para os usuários do SUS para coletar as várias reclamações existentes no sistema público, com a escolha do ouvidor de acordo com orientações legais.

63 - Disponibilizar mais vagas por ano para as comunidades rurais em todas as especialidades.

64 - Identificar o número de profissionais necessários e realizar Concurso Público imediato.

65 - Promover diversas formas de campanhas educativas para a conscientização dos usuários dos serviços de saúde, visando buscar o local de atendimento adequado a cada necessidade.

66 - Quando legalmente possível, descentralizar as decisões, delegando funções e dando autonomia aos servidores para executá-las, melhorando o atendimento aos usuários, diminuindo a burocracia no que concerne à autorização da secretária, otimizando assim o serviço.

67 - Efetivar a parceria do município com o Centro Sócio-educativo.

68 - Implementar uma política de recursos humanos, para o setor saúde, que contemple plano de carreira através da realização de concurso público, para provimento de cargos em todas as unidades de saúde e da valorização por mérito e isonomia salarial de todos os trabalhadores.

69 - Viabilizar profissionais médicos especializados em: geriatra, mastologista, alergista, psiquiatra, angiologista, pneumologista e reumatologista, incluindo o psicólogo.

70 - Capacitar e formar profissionais da rede de serviços do SUS em Libras (Língua Brasileira de Sinais), nos termos do art. 25 e seguintes do Decreto nº 5.626/2005 o qual garante o direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva.

71 - Melhorar a logística e divulgação dos serviços oferecidos à população no que diz respeito a campanhas educativas.

72 - Capacitar funcionários, quanto à: qualificação, monitoramento e avaliação de desempenho em relação à higienização das unidades de saúde do município.

73 - Realizar capacitação permanente de todos os profissionais da área de saúde bem como dos agentes comunitários da zona rural para melhoria no atendimento.

74 - Criar um departamento com funcionários efetivos para manutenção preventiva e corretiva de equipamentos da rede de saúde do município.

75 - Criar modelo de gestão moderna em recursos humanos que atenda: melhoria das condições de trabalho, avaliação de desempenho tendo critérios para progressão, criação de um plano de carreira justo para todos os servidores, capacitação permanente.

76 - Implantar um plano de saúde específico para os servidores, que abranja, inclusive, acompanhamentos psicológicos.

77 - Criar cursos de capacitação profissional com ênfase na humanização, motivação e relacionamento interpessoal dos servidores.

78 - Aplicar a isonomia de carga horária e salários entre os profissionais da saúde, que ocupam cargos idênticos.

79 - Descentralizar compras e almoxarifado na área de saúde, evitando faltas e promovendo uma melhor gestão dos recursos para a população.

80 - Adquirir aparelhos especializados para os médicos oftalmologistas, afim de melhorar o atendimento em casos específicos.

81 - Comprar veículos de médio e grande porte para transportar pacientes que fazem consultas ambulatoriais fora do município.

82 - Disponibilizar ambulância para todas as comunidades rurais.

83 - Aumentar e melhorar a frota dos carros para emergências (ambulâncias de médio porte).

84 - Disponibilizar uma ambulância específica, para atendimentos de emergências dentro da cidade.

85 - Melhorar e atender a demanda do serviço de saúde com veículos para visitas domiciliares em todas as áreas.

ANEXO IV

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

PROBLEMAS DO SISTEMA DE SAÚDE

PROBLEMAS PRIORIZADOS
1º-RH inadequado e insuficiente.
2º-Veículos: logística inadequada.
3º-Estruturação do setor de compras e almoxarifado.
4º-Estrutura física das Unidades de Saúde.
5º-Exames de média e alta complexidade inadequados e insuficientes.
6º-Ampliação da cobertura das equipes do PSF.
7º-Falta de referência para usuários da Zona Rural.
8º-Funcionamento inadequado do transporte sanitário.
9º-Não renovação de contrato com assistência técnica do relógio 2013, estrutura inadequada do RH.
10º-Frotas- falta de pessoal, falta de veículos novos, estrutura ineficiente.
11º-SIS- cadastro de pacientes incompleto, falta de equipamentos novos, falta de internet mais veloz.
12º-Ambulância- falta ambulância, falta de pessoal administrativo.
13º-PACS- Falta de um centro de referência do PACS NA Zona Urbana;
14º-PACS- expansão de equipes do PACS.
15º-Indisponibilidade de veículos para atender o PACS.
16°-Falta de insumos, materiais e equipamentos de acordo com a demanda do PACS.
17º-Grande demanda de consultas especializadas, exames laboratoriais e complementares.
18º-Serviço de referência e contra-referências desestruturado.
19º- PSF- inadequação dos equipamentos,
20º-Estrutura Física Inadequada do PSF
21º-RH insuficiente do PSF
22º-Baixa resolubilidade do PSF.
23º-NASF - Descaracterização do NASF, falta de estrutura alternativa para atendimento da população não coberta, estrutura inadequada, falta de materiais e insumos.
24º-CAPS- estrutura física inadequada, equipe inadequada, falta de treinamento ao pessoal, inexistência de rede de atendimento de saúde mental.

25º-Inexistência de programa de educação continuada em Saúde Mental;
26º-Inadequação da capacidade instaladas do serviço para atendimento da demanda referenciada em Saúde Bucal.
27º-SAME- equipe inadequada para DST/AIDS,dificuldade de supervisionar projetos.
28º-Falta da UDM no Programa Municipal de DST/AIDS
29º-FMS- estrutura inadequada.
30º-Inexistência de Setor de Gestão de Projetos
31º-Inexistência de contabilidade própria da SMS
32º-Inexistência de tesouraria própria da SMS
33º-SAÚDE BUCAL- deficiência no atendimento à população, falta de referência para atendimento especializado em saúde bucal.
34º-Deficiência no atendimento curativo, básico e atendimento de urgência emergência em Saúde Bucal.
35º-VISA- funcionamento inadequado da Vigilância Sanitária
36º-EPIDEMIOLOGIA- falta de estrutura da Vigilância em Saúde.
37º-Inexistência de rede de frio, para conservação de imunobiológicos
38º-POLICLÍNICA- inadequação da estrutura física do prédio da Policlínica.
39º-Insuficiência de materiais , insumos e equipamentos da policlínica
40º-Inexistência de sistema informatizado da Policlínica.
41º- CNES- funcionamento inadequado.
42º- HMU- estrutura inadequada do PA
43º-Deficiência na limpeza hospitalar.
44º-Inexistência de leitos de UTI adulto e neo-natal.

PROBLEMAS DO ESTADO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

PROBLEMAS PRIORIZADOS
1º-Saúde Bucal: alta incidência de prevalência de doenças da saúde bucal.
2º-Alta taxa de mortalidade infantil.
3º-Alta incidência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

ANEXO V

Plano Municipal de Saúde 2014-2017

PROBLEMAS DE SAÚDE E DE SISTEMA DE SAÚDE ELENCADOS PELA EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Problemas de Saúde da População

- SETOR: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Conseqüências: -Alta taxa de Mortalidade Infantil -Grande número de óbitos por causas evitáveis
Problema: Taxa de Mortalidade Infantil
Causas: -Número de pediatras insuficiente para prestar cuidados imediatos ao RN -Demora do atendimento à gestante no momento do parto -Falta de Protocolo de atendimento à gestante -Ausência de UTI Neonatal -Pré-natal deficiente

- SETOR: SAUDE BUCAL

Conseqüências: - Aumento do número de pessoas com perda da função estética e mastigatória;

- Perda da qualidade de vida.
Problema: Saúde Bucal: alta incidência de prevalência de doenças da saúde bucal.
Causas: - Falta de informação da população quanto às formas de prevenção e cuidado com a saúde bucal; - Oferta baixa de tratamento curativo e reabilitador.

-SETOR: SAÚDE MENTAL

Conseqüências: - Violência; - Internações compulsórias com alto gasto de recursos públicos;
Problema: Alta incidência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.
Causas: - Desestrutura familiar,

- Falta de uma perspectiva positiva de futuro e de vida;

Problemas do Sistema Municipal de Saúde

Setor responsável: PSF

Consequências: **-** Não cumprimento de metas **-** Atendimento inadequado aos usuários - Perda de recursos federais e estaduais **-** Sobrecarga de trabalho dos membros da equipe - Aumento do número de atestados médicos dos funcionários - Impossibilidade de realizar todas as ações previstas em lei como obrigatórias na Atenção Básica - Descumprimento de legislação regulamentadora do COREN - Descumprimento de legislação regulamentadora da ESF **-** Inúmeros problemas para a Coordenação
Problema: Insuficiência de RH para realizar ações básicas na ESF
Causas:

-Impossibilidade de contratação de profissionais

- Dificuldade na realização de concurso público

- Folha de pagamento da Prefeitura Municipal acima do índice permitido por lei.

Consequências:

-Descumprimento de legislação regulamentadora da ESF

- Espaço inexistente, insuficiente e/ou inadequado para realização das ações da equipe

- Atendimento inadequado aos usuários

- Perda de recursos federais e estaduais

- Dificuldade de realização das ações pela equipe

- Falta de conforto para profissionais e usuários

- Não cumprimento de metas

- Imensuráveis problemas para a Coordenação

Problema:

Estrutura física e equipamentos inadequados e/ou insuficientes das ESF

Causas:

- Falta de recurso financeiro

- Dificuldade na gestão dos recursos existentes

- Queda na arrecadação de recursos por falta de cumprimento de metas

- Dificuldade de execução de compras

Consequências: - Superlotação do PA municipal e serviços especializados **-** Atendimento inadequado aos usuários - Dificuldade de cumprimento de metas - Perda de recursos federais e estaduais - Dificuldade de fluxo dos usuários - Atendimento insuficiente e insatisfatório na Atenção Básica **-** Interferência no trabalho das equipes existentes
Problema: Baixa cobertura da ESF no município
Causas: **-** Falta de recurso financeiro para construção de novas UBS - Dificuldade na execução de projetos propostos pelo Estado e União - Falta de funcionário específico para acompanhamento de propostas de obras e reformas - Dificuldade de execução de compras - Impossibilidade de inauguração de obras prontas por falta de funcionários.

Consequências: **-** Falta de insumos básicos para o trabalho das equipes - Falta de insumos básicos para os usuários **-** Atendimento inadequado aos usuários - Impossibilidade de execução das ações das equipes - Dificuldade de cumprimento de metas - Perda de recursos federais e estaduais
Problema: Dificuldade na execução de compras
Causas: **-** Falta de recurso financeiro - Dificuldade na execução do processo de compras - Atraso na execução dos pedidos realizados - Corte de itens e na quantidade solicitada pela coordenação - Falta de autonomia da coordenação na gestão dos recursos financeiros - Utilização de recursos por parte do setor de compras da secretaria para aquisição de produtos não direcionados à ESF. - Dificuldade em relação à problemática orçamentária do município

Consequências:

- Falta de atendimento às ações básicas das equipes
- Atendimento inadequado aos usuários

Problema:

Insuficiência de veículos para atendimento das ESF

Causas:

- Falta de recurso financeiro
- Dificuldade na utilização dos veículos existentes
- Falta de motorista específico para atendimento do setor
- Utilização de veículos existentes para outros fins

Consequências:

- Falta de materiais e/ou medicamentos para utilização das equipes e usuários
- Distribuição inadequada de medicamentos e insumos em tempo hábil
- Má qualidade de serviços prestados aos usuários.

Problema:

Dificuldade na distribuição de insumos e medicamentos

Causas:

- Inexistência de veículo e funcionário próprios para distribuição de insumos e/ou medicamentos

- Ausência de almoxarifado individualizado (físico e virtual)

Consequências:

- Desacordo com a legislação que regulamenta o NASF (Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008.)

- Ausência de atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico, orientações, bem como atendimento conjunto; (criando espaços de reuniões, atendimento, apoio por telefone, e-mail, etc)
- Ausência de intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de SF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessária;
- Ausência de ações comuns nos territórios de responsabilidade do NASF, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores. Como por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc).

Problema:

Dificuldade na operacionalização do serviço em conjunto com o NASF

Causas:

- Inexistência de vínculo das ESF com NASF -Trabalho do NASF não é direcionado ao apoio das ESF - Transformação do trabalho do NASF em posto de atendimento.

<u>Setor responsável:</u> PACS

Conseqüências: - Insatisfação do usuário quanto ao fluxo do atendimento prestado no município, ocasionado pela falta de referência, gerando a não resolubilidade dos problemas apresentados.
Problema: Necessidade de implantação de um centro de referência específico para prestar atendimento ao usuário da área rural, contemplando as especialidades básicas e viabilizando procedimentos característicos de uma Unidade Básica de Saúde.
Causas: - Insuficiência de recursos, relacionados aos aspectos de estrutura física, de recursos humanos e financiamento.

Conseqüências: - Baixa cobertura na Área Rural, dificultando o acesso aos Serviços de Saúde.
Problema: Necessidade de implantação de equipe de PSF n área rural e /ou expansão de equipes do PACS.
Causas: - Insuficiências de recursos humanos. - UBS como ponto de apoio inadequado, não atendendo as normas da Vigilância Sanitária. - Insuficiência de Recursos Financeiros.

Conseqüências: - Não resolubilidade dos problemas apresentados, comprometendo o bom andamento do serviço.
Problema: Indisponibilidade de veículos para atender a demanda do PACS.
Causas:

- Falta de recursos financeiros.

Conseqüências: - Sobrecarga dos profissionais existentes - Desmotivação profissional - Comprometimento da qualidade do serviço ofertado.
Problema: Inexistência de Recursos humanos para suprir as necessidades do PACS.
Causas: - Indisponibilidade de profissionais para serem convocados.

Conseqüências: - Comprometimento no atendimento ao usuário, gerando baixa resolubilidade e insatisfação.
Problema: Não suprimento da medicação, materiais e equipamentos, de acordo com a demanda apresentada.
Causas:

- Morosidade e burocracia do Sistema

- Falta de recursos financeiros.

Conseqüências:

- Profissionais especializados sobrecarregados, ocasionando insatisfação e ás vezes comprometendo o atendimento.

Problema:

- Grande demanda de consultas especializadas, exames laboratoriais e complementares, com oferta reduzida bastante significativa

- Morosidade no agendamento de exames.

- Retardo na confirmação diagnóstica, comprometendo às vezes o estado clinico do paciente.

Causas:

- Porta de entrada no Sistema, não resolutiva (atenção básica).

- Número escasso de profissionais.

- Oferta reduzida de consultas especializadas direcionadas ao PACS e exames laboratoriais e complementares.

Conseqüências:

- Atendimento inadequado devido ao espaço físico insuficiente.

Problema:

- Unidades de saúde inadequadas, não atendendo os padrões exigidos pelo MS/Vigilância Sanitária.
Causas: - Construções sem planejamento devido ou com planejamento de acordo com normatização antiga da vigilância sanitária.

Conseqüências: - Falta de conhecimento técnico-científico; - Profissionais não preparados; - População insatisfeita com o serviço prestado.
Problema: Inexistência de treinamentos e manutenção de cursos de capacitação para os profissionais do PACS.
Causas: - Falta de investimento financeiro em capacitação profissional, - Sobrecarga de trabalho de coordenadores.

Conseqüências: - Fluxo do atendimento não definido;

- Insatisfação do usuário; - Profissionais sem referencias para encaminhamento.
Problema: Serviço de Referencia e contra-referencia desestruturado.
Causas: - Não aderência por parte de alguns profissionais. - Falta de compromisso do profissional.

Conseqüências: - Condições de saúde bucal ruins, - População insatisfeita.
Problema: Demanda reprimida em saúde bucal.
Causas: - Escassez de pessoal qualificado, - Pouco recurso financeiro.

<u>Setor responsável:</u> SAÚDE BUCAL

Conseqüências:

- Usuários não atendidos;

- Dificuldade de atendimento da população rural;

- Aumento na incidência e prevalência das doenças bucais;

- Evolução dos problemas de saúde bucal a estágios mais complexos;

- Baixa cobertura de 1ª Consulta Odontológica Programática;

- Usuários insatisfeitos

Problema:

Deficiência no atendimento curativo básico, atendimento de urgências e emergências em saúde bucal na área urbana e rural.

Causas:

- Poucos Cirurgiões Dentistas, Técnicos em Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal na rede municipal;

- Alta demanda pelos serviços básicos;

- Falta de vagas nos consultórios existentes, inclusive naqueles situados em escolas;

- Falta de atualização profissional;

-Baixa cobertura de ESB(Equipe de Saúde Bucal) nas ESF(Equipe de Saúde da Família;

-Falta de serviço específico para o atendimento de urgência odontológica;

- Inconstância na freqüência das visitas da Unidade Móvel de Saúde à área rural.

Conseqüências:

.

- Não atendimento de todas as necessidades dos usuários;

- Frustração da população com os serviços, principalmente, a população mais carente; - Evolução dos problemas de saúde bucal para estágios mais complexos; - Redução ou perda da qualidade de vida dos usuários.
Problema: Falta de referenciamento para atendimento especializado em odontologia para garantir a integralidade do atendimento em saúde bucal.
Causas: - Inexistência de serviço público especializado em saúde bucal no município,como o oferecido pelo CEO (Centro de Especialidade Odontológica); - Pouca oferta de procedimentos de saúde bucal pactuados.

<u>Setor responsável:</u> NASF

Conseqüências: **-** Sobrecarga no atendimento do NASF, gerando filas e morosidade no atendimento. - Ineficiência para atendimento das ESF's existentes. - Objetivos do NASF, no atingidos.
Problema: **-** Descaracterização do NASF - Falta de estrutura alternativa para atendimento da população não coberta. - Estrutura inadequada. - Falta de materiais e insumos.
Causas: - Não respeitar a normatização do SUS, quanto ao funcionamento do NASF. - Alocação de profissionais para atender demandas de áreas não cobertas. - Morosidade para aquisição de materiais e insumos.

<u>Setor responsável:</u> HOSPITAL MUNICIPAL E PRONTO ATENDIMENTO

Conseqüências:

- Deficiência no atendimento;

- Locais sendo usados de forma indevida;

- Fluxo incorreto do atendimento.

- Telhado precisa trocar – molhando o hospital inteiro

Problema:

Estrutura física deficiente do Pronto Atendimento e Hospital, incluindo telhado

Causas:

- Crescimento acelerado dos serviços ofertados;

- Projeto arquitetônico realizado sem planejamento em longo prazo.

- Goteiras por todo hospital

Conseqüências:

- Baixa qualidade no atendimento;

- Insatisfação do usuário.

- Colocar em risco a vida de usuários;

Problema:

Falta de exames de média alta complexidade

Causas:

- Falta de Aparelho - tomógrafo

- Alto custo para pgto de terceiros;

- Dificuldade de encontrar empresa disponível;

- Alto número de exames de urgência emergência

Conseqüências:

- Insatisfação do usuário;

- Fadiga do servidor;

- Baixa qualidade do atendimento;

- Dimensionamento incorreto.

Problema:

Deficiência de RH.

Causas:

- Falta humanização no atendimento;

- Faltam profissionais em todos os setores;

- Falta orçamento;

- Falta trabalho em equipe e comprometimento dos atuantes.

- Falta treinamento/ educação continuada.

Conseqüências:

- Superlotação no Pronto Atendimento;

- Demora no atendimento;

- Insatisfação do usuário.

Problema:

Baixa resolubilidade dos PSFs.

Causas:

- Poucos bairros possuem PSFs;

- Falta de profissionais especializados. Ex.: nutricionista.

Conseqüências:

- Insatisfação do usuário;

- Insatisfação do servidor;

- Falta de qualidade nos serviços ofertados.

-Falta de insumos/suprimentos e serviços

Problema:

Deficiência nas compras.

Causas: - Morosidade do departamento de compras; - Falta orçamento. - Falta de equipe exclusiva para compras da saúde

Conseqüências: - Insatisfação do Usuário; - Risco de infecção por contaminantes; - Insatisfação do servidor – baixo salário; - Higienização precária – alvo de notificação da vigilância;
Problema: Deficiência na Limpeza Hospitalar
Causas: - Falta de equipe especializada; - Morosidade na resolução do atendimento; - Terceirização dos serviços.

Conseqüências: - Risco no atendimento e assistência aos pacientes graves; - Insatisfação profissional médico e equipe; - Elevado número de transferências – Ambulâncias
Problema: Inexistência de Leitos de UTI Adulto e Neonatal;
Causas: - Aumento do número mortalidade infantil; - Auto-Custo com remoções; - Falta Orçamento instalação;

<u>Setor responsável:</u> TRASNPORTE SANITÁRIO

Conseqüência: - Deficiência no atendimento da população; - Não conseguir alimentar o Sistema de Frota adequadamente,

- Não conseguir realizar as atividades administrativas em tempo hábil; - Desmotivação dos funcionários do setor - Insatisfação dos usuários.
Problema: Deficiência estrutural e funcional do setor
Causas: - Escassez de veiculo: * ambulância grande - tipo Van- para transp. de paciente com revisão de tratamento; * Ambulância pequena; UTI Móvel e veiculo pequeno para atender as necessidades administrativas; - Falta de RH – administrativo; - Falta de equipamentos e materiais permanente; - Demora na compra de peças e serviços destinados a manutenção dos veículos. - Falta de informatização do setor

<u>Setor responsável:</u> SAÚDE MENTAL

Conseqüências: - Capacidade de atendimento comprometida;

- Suspensão de atividades programadas;

- Atraso no cumprimento de prazos e encaminhamentos.

Problema:

Indisponibilidade de veículo para realização de atendimento domiciliar e atividades administrativas fora da unidade.

Causas:

Desorganização do setor de frotas;

Uso inapropriado dos veículos da secretaria.

Conseqüências:

- Suspensão de atividades e capacidade resolutiva comprometida;

- Insatisfação do usuário;

- Insatisfação dos profissionais.

Problema:

Descontinuidade e insuficiência no fornecimento de materiais, insumos e equipamentos para

a manutenção do serviço

Causas:

-Ausência de programação adequada de recursos para a compra de equipamentos.

- Indeferimento dos pedidos realizados;

- Alteração da quantidade solicitada;

- Demora na execução dos processos licitatórios e na execução de pagamentos.

Conseqüências:

- Qualidade e capacidade resolutiva do serviço comprometida;

-Incapacidade do serviço em garantir assistência integral ao usuário;

- Dificuldades de acesso ao tratamento;

- Continuidade do tratamento prejudicada;

- Insatisfação do usuário;

- Insatisfação dos profissionais.

Problema:

Inadequação da capacidade instalada do serviço para atendimento da demanda referenciada.

Causas:

- Estrutura física imprópria para atendimento da população;

- Insuficiência de recursos humanos nas áreas técnico-assistencial, técnico- administrativa e de apoio logístico para a execução de todas as atribuições do serviço.

Conseqüências:

- Qualidade e capacidade resolutiva do serviço comprometida;

- Incapacidade do serviço em garantir assistência integral ao usuário;

- Dificuldades de acesso ao tratamento;

- Continuidade do tratamento prejudicada;

- Insatisfação do usuário;

- Insatisfação dos profissionais.

Problema:

Problema: Baixa efetividade da Rede de atenção psicossocial instalada no município.

Causas:

- Inexistência de serviços de referência para atendimento de transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas (CAPS ad e comunidades terapêuticas);

- Inexistência de serviço de referência para atendimento de transtornos mentais da infância e adolescência;

- Inexistência de ações de matriciamento da atenção primária no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial;

- Pouca articulação dos serviços;

- Inexistência de fluxos adequados de referência e contra referência;

- Inexistência de protocolos clínicos oficiais.

Conseqüências:

- Qualidade e capacidade resolutiva do serviço comprometida;

Problema:

Problema: Inexistência de programa de educação continuada.
Causas: - Desinteresse da gestão; - Falta de programação orçamentária adequada.

<u>Setor responsável:</u> POLICLÍNICA

Conseqüências: - Tumulto, barulho excessivo; (inviabiliza ações educativas à população, na unidade). - Falta de comunicação eficiente (gera estresse aos profissionais e usuários). - Desacordo com a Política Nacional de Humanização do SUS (impossibilita a implantação de novas atividades).
Problema: Inadequação da estrutura física do prédio

Causas:

- Aumento do número de profissionais disponibilizados para atendimento.

- Maior abrangência aos clientes/pacientes

- Aumento populacional.

- Implantação de exames.

Conseqüência:

- Maior ocorrência de erros (extravio de documentos).

- Acúmulo de papel (aumento nos gastos e poluição ambiental).

- Maior necessidade de recursos humanos (atendimento deficiente como um todo).

Problema:

Não existência de sistema informatizado.

Causas:

- Falta de atualizações logísticas e funcionais.

Conseqüência:

- Desmotivação.

- Técnicas ultrapassadas.

Problema:

Inexistência de treinamento e capacitação da equipe.
Causas: **-** Falta de interesse pela causa.

Conseqüências: - Inviabilização de atividades rotineiras (compromete a limpeza da unidade). - Uso de material improvisado.
Problema: Insuficiência de materiais, insumos e equipamentos.
Causas: - Morosidade no trâmite das compras (compras em número reduzido).

Consequências: - Atividades não estão sendo realizadas (sobrecarga aos profissionais atuantes).
Problema: Profissionais em número insuficiente ou inexistente.

Causas: **-** Atualização do quadro de profissionais.

Setor responsável: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Conseqüências: - Demora no atendimento, aumento de filas.
Problema: Falta de computadores bons, problemas físicos (bebedouro, sanitários externos, bancos de espera)
Causas: **-** Lentidão dos computadores, atendente tem que para de atender para levar o paciente no sanitário ou pegar água.

Setor responsável: **SISTEMA DE INFORMAÇÃO**

Conseqüências: - Prejuízo ao cadastramento do paciente
Problema: Cadastros de pacientes incompletos
Causas: - Falta de contratação de RH - Falta de treinamento - Falta de responsabilização do servidor quanto ao preenchimento dos dados

Conseqüências: - Perda de Dados dos Programas instalados
Problema: - Falta de equipamentos novos
Causas: - Falta de recurso financeiro;

Conseqüências: - Demora na digitação e transmissão dos dados via web - Sobrecarga dos servidores devido ao acumulo de formulários para digitação
Problema: - Falta de Internet com mais velocidade.
Causas: - Falta de aquisição de link próprio

Consequências: - Glosa nos procedimentos apresentados por falta de profissional, equipamentos e serviços não cadastrados. - Corte em recursos recebidos
Problema: - Falta de Funcionamento do CNES - DATASUS

Causas:

- Falta de informações das Unidades sobre entrada e saída de profissionais, aquisição de equipamentos, realização de serviços

Setor responsável: **PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE DA MULHER**

Conseqüências:

- Abrangência limitada de atendimento.

Problema:

- Deficiências na execução do Planejamento Familiar.

Causas:

- Falta de local específico adequado.

- Morosidade na aquisição de materiais e medicamentos.

- Insuficiência de profissionais (Recursos Humanos), para atendimento no serviço e profissionais para realizar laqueadura tubária e vasectomia.

- Insuficiência de recursos financeiros.

- Falta de informatização do Programa.

Conseqüências:

- Abrangência limitada e morosidade do atendimento.

- Piora do prognóstico do usuário do sistema.

Problema: **-** Deficiência no atendimento ao usuário.
Causas: **-** Falta de estrutura física. - Pequeno número de profissionais (Recursos Humanos). - Falta de recursos financeiros. - Morosidade na Referência e Contra-Referência. - Aumento do custo para o Estado na assistência desse usuário. -Ausência de informatização local do sistema. - Deficiência na Referência e Contra-referência.

<u>Setor responsável:</u> TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

Consequências: - O espaço físico não garante que haja mais profissionais para um atendimento adequado, comprometendo o sigilo do paciente e a dinâmica do setor. - Máquinas ultrapassadas que inviabilizam o acesso aos sistemas, mobiliário insuficiente e sucateado. - O serviço é prejudicado pela não priorização igualitária a todos os setores na disponibilização de veículos. Portanto, serviços como confirmações de agendamentos de consultas fora do

município de Unaí, despacho de documentos e acompanhamento dos pacientes (visitas domiciliares) esbarra na lentidão e na morosidade.
Problema: **-** Infraestrutura insuficiente para adequação das atividades do setor.
Causas: - Estrutura Física Altamente Reduzida - Maquinário insuficiente e de pouco acesso - Atividades externas comprometidas pela a falta de acesso a veículos

<u>Setor responsável:</u> VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

Conseqüências: -Não cumprimento das metas pactuadas junto ao Estado e Ministério da Saúde, gerando com isso diminuição do repasse financeiro ao município; -Insatisfação da população em relação ao serviço prestado; -Aumento do número de casos de agravos e doenças;

-Deficiência na qualidade do serviço prestado; -Atraso na execução das ações; -As ações são realizadas de forma independente, gerando com isso aumento de tempo e recursos financeiros
Problema: - Falta de estruturação da Vigilância em Saúde
Causas: -Não existe o setor de Vigilância em Saúde; -As coordenações dos serviços que pertencem à Vigilância em Saúde foram desmembradas, cada uma trabalha em um local diferente, dificultando a integração das ações; -Falta de um coordenador responsável pela integração das ações dos diversos setores da Vigilância em Saúde; -Falta de espaço físico para o funcionamento da Vigilância em Saúde; -Número insuficiente de servidores para a execução das ações; -Falta de sensibilização da administração em relação à importância da estruturação e do papel da Vigilância em Saúde.

<u>Setor responsável:</u> VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Conseqüências:

- Demora nas inspeções para emissão de Alvarás Sanitários e na averiguação e apuração de denúncias;

- Insatisfação do usuário;

- Desmotivação de funcionários;

- Ações educativas e informativas para a população insuficientes;

- Inexistência de ações educativas para o setor regulado;

- Insegurança nas ações ostensivas da VISA – Autuações e aplicação de sanções administrativas pecuniárias (multa) em ralação a infrações sanitárias.

- Não cumprimento de metas estabelecidas pela SVS/MG e pela ANVISA, referentes à execução e padronização das ações de Vigilância Sanitária preconizadas pelo Ministério da Saúde;

Problemas:

- Deficiência no funcionamento do Setor de Vigilância Sanitária.

Causas:

- Insuficiência e demora na aquisição de equipamentos, materiais e utensílios;

- Inexistência de instalações e espaço físico adequado para acomodação da VISA;

- Número insuficiente de fiscais (Fiscais Sanitários, nível médio; Fiscais de Saúde Pública, nível superior);

- Ausência de políticas de incentivo aos Fiscais Sanitários;

- Inexistência de informatização – ausência de programas de informática específicos para controle de cadastro de estabelecimentos e emissão de Alvarás Sanitários;

- Estrutura administrativa/operacional inadequada;

- Deficiência na regulamentação de procedimentos administrativos visando o setor regulado –

Junta de Julgamento de Recurso em Processos Administrativos da VISA;

- Inexistência de autonomia da VISA na utilização dos recursos oriundos de repasse fundo-a-fundo, taxas de alvarás e multas.

Setor responsável: CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES (CCZ)

Conseqüências:

-Não cumprimento das metas pactuadas junto ao Estado e Ministério da Saúde;

-Insatisfação da população em relação ao serviço prestado;

-Aumento do número de casos de agravos e doenças;

-Deficiência na qualidade do serviço prestado;

-Atraso na execução das ações.

Problema:

- Recursos humanos insuficientes

Causas:

-O número de agentes contratados não é suficiente para cobrir todas as áreas;

-Grande número de agentes desviados de função;

-Falta de pessoal para realizar serviços administrativos e serviços gerais, sendo que os agentes de controle de endemias é que fazem esse serviço;

-Os bairros da cidade estão aumentando a cada dia e a contratação dos agentes não consegue

se adequar à demanda do município.

<u>Setor responsável:</u> DST/AIDS

Conseqüências: - Dificuldade em marcar a visita técnica do Estado para instalação da UDM; - Dificuldade na instalação do projeto Nascer no Hospital Municipal, - Dificuldade no desenvolvimento da Biossegurança.
Problema: - Não implantação da UDM no Programa Municipal de DST/AIDS/HEPATITES VIRAIS.
Causas: **-** Falta de farmacêutico.

Conseqüências: - Não realização integral das atividades do SAME. - Notificação do COREN; - Serviço incompleto;

- Dificuldade de supervisionar projetos.
Problema: - Equipe e serviço incompleto.
Causas: - Falta de profissional de Enfermagem.

Conseqüências: - Consultórios pequenos, - Poucas macas; - Profissional atende menos pacientes do que poderia
Problema: - Estrutura inadequada para o setor de fisioterapia.
Causas: **-** Falta de um local apropriado.

Conseqüências: - Dificuldade e atraso para encaminhar medicação, materiais de prevenção e insumos.

Problema: - Dificuldade para realizar serviços externos.
Causas: - Falta de carro e/ou motorista.

<u>Setor responsável:</u> SEDE ADMINISTRATIVA DA SESAU

DRH

Conseqüências: -Falta de assistência técnica no relógio de ponto. -Curso de reciclagem para todos os servidores da saúde. -Cursos de aperfeiçoamento e motivação aos servidores. -Treinamento com servidores do RH para desempenharem funções nos relógios de ponto.
Problema:

-Não renovação do contrato com assistência técnica

do relógio em 2013.

-Falta reestruturação do RH da saúde.

-Interligação do RH da saúde com o RH da prefeitura.

Causas:

-Falta de relógios de ponto em todos os setores ligados à

Secretaria Municipal de Saúde.

-Descumprimento no horário na parte dos servidores .

-Demora em informações à respeito dos servidores,devido ao não ligamento direto com o rh central.

Setor responsável: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Conseqüências:

- Controle deficiente das receitas e despesas da Secretaria Municipal de Saúde;

- Ineficiência dos relatórios contábeis por falta de tempo e qualificação;

- Possibilidade de uso de recursos de um determinado bloco financeiro ao invés de outro.

- Acúmulo de recursos em determinadas contas sem, no entanto adquirir bens de consumo e capital.

- Orçamento anual inadequado
Problemas: - Estrutura Inadequada do Fundo Municipal de Saúde
Causas: - Estrutura física inadequada; - Falta de equipe técnica treinada;

Conseqüências: - Devolução de recursos por falta de conformidade dos projetos; - Perda do prazo para execução do projeto - projetos descentralizados e que muitas vezes outros setores não sabem que existem; - Reprovação de prestação de contas de projetos e ações por falta de conformidade;
Problemas: - Inexistência de setor de Gestão de Projetos
Causas:

- Falta de Pessoal ou de designação de pessoal para sua realização;

- Falta de sensibilização para a importância de haver um responsável por gestão de projetos;

Conseqüências:

- Contabilidade sem conformidade com as exigências do Ministério da Saúde;

- Controle ineficaz dos recursos por parte do Gestor do SUS no município;

- Desconformidade com as recomendações dos órgãos de saúde superiores;

Problemas:

- Inexistência de contabilidade própria da Secretaria Municipal de Saúde

Causas:

- Falta de vontade da Administração superior em iniciar o processo de descentralização;

- Falta pessoal qualificado para o empreendimento

Conseqüências:

- Atraso no cronograma de pagamentos a fornecedores;

- Controle ineficaz dos pagamentos de fornecedores da Secretaria Municipal de Saúde por parte do gestor municipal de saúde.

- Excesso de pagamentos na tesouraria da Prefeitura, gerando dificuldades dos usuários do

SUS em receber benefícios como TFD e outros.
Problemas: - Inexistência de Tesouraria própria da Secretaria Municipal de Saúde
Causas: - Falta de vontade da Administração superior em iniciar o processo de descentralização; - Falta pessoal qualificado para o empreendimento