



REVISÃO DO PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO LAFAIETE/MG DIAGNÓSTICOS MUNICIPAIS: SAÚDE

Março de 2022

Responsáveis: Danielle Ramos de Miranda Pereira e Luíza de Marilac de Souza

SUMÁRIO

1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	1
2	A SAÚDE EM CONSELHEIRO LAFAIETE	4
2.1	A oferta de serviços de saúde	4
2.2	Perfil da morbimortalidade	<u>10</u>
2.3	Acesso e utilização dos serviços de saúde	<u>15</u>
2.4	Vigilância em Saúde: vigilância epidemiológica, sanitária e controle de zoonose.	<u>22</u>
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	<u>24</u>
	Referências Bibliográficas	<u>26</u>

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros foi institucionalizado, tendo como base os princípios da universalidade, equidade e integralidade. O SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080/90, é constituído por um “conjunto de ações e de serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta” (Brasil, 1990a).

Para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) – Básica (ou Primária), de Média Complexidade (ou Secundária) e de Alta Complexidade (ou Terciária) – foi adotado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que divide os estados em micro e macrorregiões de saúde, a fim de possibilitar a racionalização de gastos e a otimização de recursos, com ganho de escala nas ações, serviços e recursos de saúde de abrangência regional. Dessa forma, nas

microrregiões de saúde devem ser realizadas as ações de média complexidade e nas macrorregiões de saúde, as de alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Básica, que foi regulamentada pela Portaria nº 648 de 28/03/2006, revisou as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica que foi caracterizada:

...por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerado a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (Brasil, 2006, p.2).

A principal estratégia da Atenção Básica é o Programa Saúde da Família (PSF), por meio do qual se pretende reorientar o modelo de atenção à saúde, tendo como parâmetros: a família como centro de abordagem, território definido, adstrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilidade, integralidade, intersetorialidade e participação social.

O PSF atua por meio de equipes multidisciplinares que atendem e acompanham uma população adstrita. Estas equipes contam com o apoio de Agentes Comunitários da Saúde (ACS), que desempenham o papel de mediadores entre os profissionais de saúde e a comunidade, com a observação de que estes profissionais devem pertencer à mesma comunidade em que atuam. O modelo de atenção do SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), determina alteração no processo de trabalho das equipes de saúde, as quais não se direcionam apenas na atenção às condições agudas, mas também às condições crônicas, à promoção e manutenção da saúde.

Compete às equipes de ESF a promoção da saúde, o atendimento da demanda espontânea e programada, as atividades de prevenção de doenças, a manutenção de saúde, bem como a atenção às etapas específicas do ciclo de vida. As equipes de Saúde da Família são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada uma destas equipes

multiprofissionais deve se responsabilizar por no máximo 4000 habitantes, embora o ideal seja 3000 habitantes, com jornada de 40 horas semanais para todos os integrantes.

Há necessidade de existência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) dentro das áreas de atendimento das ESF, que devem possuir no mínimo: consultórios médico e de enfermagem, adequados às ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de ESF, sala de recepção, local para registros e arquivos, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina, sanitários, equipamentos e materiais adequados às práticas desenvolvidas, garantia de fluxos de referência e contra referência aos serviços de atenção secundária e terciária, de apoio, diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, bem como, manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

No sentido de complementar a atenção básica à saúde, foram implantadas ainda outras políticas, entre as elas, às de saúde mental, transplantes, atendimento de urgência e emergência e assistência farmacêutica. Apesar da Atenção Básica ser entendida como a base norteadora do sistema, constituir a porta de entrada e possuir visão integral da assistência à saúde para sua população adstrita, os procedimentos realizados em seus serviços não contemplavam todas as necessidades dos usuários do SUS, que também demandam ações de atenção de média e alta complexidades.

A atenção secundária ambulatorial ou (a média complexidade) compreende as ações e serviços que atendem os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade dos procedimentos exige a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

A atenção terciária, ou alta complexidade, refere-se ao conjunto de procedimentos de atenção à saúde que abrange alta tecnologia e alto custo, tendo como objetivo possibilitar o acesso da população a serviços qualificados de forma integrada aos demais níveis de atenção à saúde.

Apesar dos avanços alcançados no sistema de saúde do país, ainda perduram muitos desafios em termos de gestão e operacionalização do sistema, integralidade e resolutividade dos agravos, escassez de recursos humanos, bem como de materiais de consumo, dentre outros. Neste sentido, pode-se afirmar que:

O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado

pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los (MENDES, 2011, p.17).

Por fim, vale destacar que a intersectorialidade das ações de saúde com outras políticas públicas ainda é bastante incipiente, dificultando uma maior efetividade destas ações que, muitas vezes, carecem de suficiente associação aos múltiplos fatores determinantes do processo saúde/doença a elas vinculados.

2 A SAÚDE EM CONSELHEIRO LAFAIETE

A análise da situação da saúde da população residente em Conselheiro Lafaiete tomou por base indicadores da estrutura da oferta de serviços de saúde, do perfil da morbimortalidade da população, do acesso e da utilização de serviços e de vigilância em saúde. Os dados secundários foram coletados no Departamento de Informática do SUS (Datapus) do Ministério da Saúde, na plataforma do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), disponível no sítio da Fundação João Pinheiro (FJP) e na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Na análise serão consideradas ainda informações a serem coletadas virtualmente, com a realização de entrevistas semiestruturadas em novembro de 2021, com os gestores municipais de saúde e os representantes do Conselho Municipal de Saúde.

2.1 A oferta de serviços de saúde

Para a análise da oferta de serviços de saúde em Conselheiro Lafaiete foram considerados cinco indicadores: (a) número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por 12 mil habitantes; (b) número de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) por 3.450 habitantes; (c) número de médicos por mil habitantes e de profissionais da saúde; (d) número de leitos por mil habitantes; (e) número de estabelecimentos de saúde do município.

a) Número de Unidades Básicas de Saúde por 12 mil habitantes

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011), deve haver uma UBS com uma equipe na Estratégia de Saúde da Família para, no máximo, 12 mil habitantes em grandes centros urbanos. Em julho de 2021, o município de Conselheiro Lafaiete contava com cerca de 3,03 Unidades Básicas de Saúde (UBS)/ Centros de Saúde (CS) por 12 mil habitantes, valor superior ao preconizado.

b) Número de equipes de Estratégia de Saúde da Família por 3.450 habitantes

Quanto ao número de equipes de ESF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece o número máximo de 4.000 habitantes atendidos por equipe. Adotou-se a média de 3.450 habitantes para o atendimento de cada equipe, número que vem sendo utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Em julho de 2021, no município de Conselheiro Lafaiete atuavam 31 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Desse modo, o município possuía cerca de 0,82 equipes por 3.450 habitantes, valor abaixo do preconizado.

c) Número de médicos por mil habitantes e número de profissionais da saúde

O número de médicos por mil habitantes em Conselheiro Lafaiete, em julho de 2021, foi de 2,11 valor superior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Destaca-se que o total de 276 médicos disponíveis no município estão distribuídos entre diversas especialidades, com destaque para a clínica geral (38,41%), a pediatria (6,88%), a ginecologia e obstetrícia (6,16%), a de Médico da Família (5,43%) e a cirurgia geral (5,43%), perfazendo um percentual superior a 60% (62,32%) do total de médicos do município.

d) Número de leitos por mil habitantes

Ainda com relação à oferta de serviços de saúde em 2021 o município de Conselheiro Lafaiete possuía 287 leitos hospitalares para internação, com 75,61% (217) destes leitos hospitalares destinados para o atendimento SUS e 24,39% (70), para o atendimento Não SUS (Tabela 1).

Tabela 1: Número de Leitos Hospitalares de Internação por tipo em Conselheiro Lafaiete - Jul/2019

Leitos	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgicos	70	41	29
Clínicos	140	112	28
Obstétrico	37	31	6
Pediátrico	40	33	7
Total	287	217	70

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

Em Conselheiro, o número de leitos hospitalares para internação por mil habitantes, em 2021, foi de 2,20, valor inferior ao intervalo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de três a cinco leitos para cada mil habitantes. Do total dos leitos existentes, são destinados ao tratamento clínico quase 50% (48,78%) e ao cirúrgico, em torno de 24% (24,39%).

e) Número de estabelecimentos de saúde

Em 2021, conforme dados da Tabela 2, Conselheiro Lafaiete contava com diversos estabelecimentos especializados para atendimento da população, destacando-se, além das Unidades Básicas de Saúde/ Centros de Saúde (33), os Centros de Atenção Psicossocial (3), as clínicas e ambulatórios especializados (56), as unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia (39), os hospitais gerais (6) e os consultórios (294).

Tabela 2: Estabelecimentos de saúde por tipo no município de Conselheiro Lafaiete – Jul/2021

Estabelecimentos	Total
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	3
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	33
Clínica e ambulatório especializados	56
Consultório	294
Farmácia	8
Hospital geral	6
Policlínica	1
Posto de saúde	6
Secretaria de saúde	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	39
Unidade de vigilância em saúde	1
Unidade móvel de nível pre-hosp – urgência/ emergência	2
Unidade móvel terrestre	1
Total	451

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

Diante da análise dos dados secundários sobre a oferta de saúde e dos dados coletados nas entrevistas em profundidade realizadas com os gestores da saúde no município

e com o Conselho Municipal de Saúde, observou-se que, muito mais do que aumentar o número de equipes de saúde da família, que ainda não consegue cobrir a população em sua totalidade, o município necessita de uma infraestrutura mais adequada no que se refere especialmente aos imóveis onde funcionam as Unidades de Saúde da Família (USF). Segundo a maioria dos entrevistados, estes imóveis foram adaptados na medida do possível para o funcionamento das USF. Contudo, esta adaptação não seria suficiente, podendo comprometer até mesmo a qualidade dos serviços prestados.

Ainda, conforme os entrevistados, estes imóveis são geralmente alugados, com espaços insuficientes e não adaptados de forma satisfatória para o funcionamento de uma USF. Muitas vezes não se tem uma sala de curativos separada de uma sala de vacinação, por exemplo. Os móveis e equipamentos são organizados para as duas funções numa linha imaginária e sem divisória. Ademais, pode não haver uma pia específica para lavagem de machucados. Também é comum os servidores da saúde dividirem o mesmo banheiro com a população atendida pela USF. Foram relatados ainda falta de manutenção na pintura destas casas e dificuldade de acessibilidade, quando estas casas se encontraram em relevo muito íngreme. Ademais, foram mencionadas perda de equipamentos como geladeiras por dificuldades de instalá-las em algumas USF, necessidade de utilização de autoclave de outras unidades e saúde bucal de uma USF sendo realizada em outro local, por falta de espaço na USF.

Todos os indicativos convergem para a construção de espaços adequados ao funcionamento de USF que se encontram nestas condições. É preciso se atentar para a qualidade dos serviços prestados, uma vez que tal qualidade também sofre influência das condições do local em que os serviços são prestados.

Com relação ao número de médicos por mil habitantes, apesar do valor observado no município ser superior ao preconizado pela OMS, a maioria dos entrevistados relatou que em geral os médicos não cumprem a carga horária de 8 horas diárias, o que acaba limitando a disponibilidade dos médicos nas USF e, ainda, levando a população a procurar diretamente a policlínica, que por sua vez, também necessitaria de um imóvel mais adequado para funcionamento, já tendo passado nos últimos anos por várias reformas insuficientes.

Dada a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para a estruturação da atenção básica à saúde e como a principal porta de entrada do Sistema Único

de Saúde (SUS), pode-se destacar como uma das ações fundamentais para a melhoria da saúde no município, muito mais do que um aumento do número de equipes de ESF para que se possa atingir a totalidade da cobertura da população de Conselheiro Lafaiete por esta estratégia, tornar a infraestrutura de atendimento nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família adequadas e a disponibilidade de médicos compatível com a carga horária para a qual foi contratado, tornando este nível de atenção mais resolutivo e diminuindo, conseqüentemente, a demanda pela policlínica, as filas por consultas especializadas e por pronto-atendimento. É importante destacar, ainda, que a Estratégia de Saúde da Família deveria possibilitar a inclusão do atendimento de toda a população do município, incluindo as populações rurais.

Grande parte dos entrevistados citou como proposta de melhoria das condições de saúde no município, a necessidade de um plano de carreira para os servidores da saúde, o que vem causando um aumento na rotatividade, especialmente de médicos e “combinados” com a secretaria de cumprimento de carga horária inferior à relacionada ao concurso realizado. Inclusive esta questão da maior parte dos médicos não trabalhar as 8h diárias é um dos fatores que estimulam a população a procurar a policlínica, que funciona como uma Unidade de Pronto Atendimento, já que, muitas vezes, o médico só é encontrado na Unidade de Saúde da Família em determinados horários do dia e, em algumas vezes, em dias específicos da semana.

Em geral, uma USF conta com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e alguns ACS. Os entrevistados mencionaram que não existe nas USF equipe para serviços gerais de limpeza, de forma que os próprios profissionais da saúde dividem estes serviços de limpeza entre si, o que não parece adequado onde um ambiente limpo aumenta a segurança dos pacientes e dos próprios servidores da saúde. Contudo, a secretaria de saúde já está em processo de licitação para a contratação de empresa para tal função. As USF também não contam com equipe administrativa cuja função acaba sendo acumulada pelos ACS. Há também um acúmulo de funções para o enfermeiro, que além de ser assistencialista e, muitas vezes, não poder contar com o médico em tempo integral, assume a função de gerente da unidade. Geralmente, as USF trabalham com demanda programada para o dia, em função da disponibilidade do médico na unidade, e em torno de 3 horários para urgência e emergência.

Neste sentido da existência de espaços com estrutura adequada, também existe uma preocupação com relação à portaria 2979/2019 do Ministério da Saúde, porque a partir de 2022 ela muda a distribuição de recursos da Atenção Básica, ou seja, o município não vai receber mais por população, sendo que uma parte será função do número de pessoas

cadastradas e a outra será por produção. A infraestrutura não adequada para o atendimento e a ausência do médico no período integral provavelmente impactam o acesso da população, a qualidade do serviço prestado e a produção da USF.

Um outro fator citado pelos entrevistados para a grande demanda da população pela policlínica, além da ausência do médico em tempo integral, é a cultura hospitalocêntrica da população e até mesmo dos médicos, como por exemplo, no caso do pré-natal em gestantes. Muitas gestantes não querem fazer o pré-natal com enfermeiro na USF, mas sim com um médico. Desta forma, muitas vezes acabam procurando a rede particular ou planos de saúde, não sendo cadastradas no sistema do SUS. Por este motivo, o indicador de proporção de gestantes que realizaram pelo menos sete consultas de pré-natal parece relativamente baixo, quando comparado aos de outros municípios da microrregião de saúde a qual pertence Lafaiete.

Segundo os entrevistados, o que poderia auxiliar os enfermeiros neste trabalho de atendimento às gestantes, como também em outros, seria a elaboração do protocolo de enfermagem pelo município, ampliando a autonomia do enfermeiro com relação à prescrição de exames e, conseqüentemente, desafogando os médicos, uma vez que as gestantes são acompanhadas intercaladamente por enfermeiro e médico até a 28ª semana.

Ademais, a população tende a procurar os serviços de saúde para o tratamento e não para a prevenção, o que mostra a importância da comunicação em saúde para esclarecer a população da importância da promoção e da prevenção em saúde e fortalecer a Atenção Básica como a principal porta de entrada do sistema de saúde, que deve ser resolutiva em 80% dos casos.

Vale ressaltar ainda que com relação às mudanças impostas pela portaria 2979/2019, foi mencionado pelos entrevistados que já existe uma preocupação por parte da secretaria e da própria gestão das USF com a atualização cadastral das populações atendidas pelas unidades. Contudo, nas populações onde a condição socioeconômica é mais elevada, especialmente, nas áreas onde se concentram prédios no centro da cidade, há uma dificuldade grande dos ACS em conseguir cadastrar estas famílias, embora eles estejam preparados para isto.

Outro desafio a ser enfrentado pela saúde mencionado por um dos entrevistados foi o número insuficiente de farmacêuticos disponíveis para fazer a entrega de medicamento nas Unidades Saúde da Família, de forma que o município já foi multado por este motivo.

Com relação a marcações de consultas especializadas e exames, o município tem uma central para a realização das mesmas. As USF encaminham planilha com o pedido de agendamentos e recebem de volta os agendamentos realizados para repassarem à população. Este processo de marcação de consultas especializadas e exames poderia ser melhor automatizado com a aquisição de softwares específicos em saúde, que além destas informações, organizassem outros dados da secretaria cujo armazenamento não seja realizado pelo e-SUS.

Neste contexto fica evidente que um dos principais desafios a ser enfrentado para a melhoria das condições de saúde no município, está menos voltado ao aumento do número de USF ou de suas equipes, mas sim à garantia de uma infraestrutura adequada para que os profissionais de saúde possam realizar o trabalho com qualidade. O mesmo desafio se aplica à policlínica que parece funcionar em uma construção em condições não adequadas, já tendo passado por várias reformas que não solucionaram os problemas de infraestrutura para um atendimento de qualidade. Concomitantemente, é essencial que se faça cumprir a carga horária integral dos médicos para não limitar o acesso da população aos serviços médicos naquela que deveria ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, a ESF.

2.2 Perfil da morbimortalidade

Para a análise do perfil da morbimortalidade da população foram selecionados os seguintes indicadores: (a) Taxa de Mortalidade Infantil; (b) Taxa de Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis de 30 a 69 anos; (c) Mortalidade Proporcional por faixa etária e Capítulo CID 10; e (d) Percentual das Internações por Causa e Faixa Etária.

a) Taxa de Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil de Conselheiro Lafaiete entre 2015 e 2019 sofreu um ligeiro aumento de 9,04 para 11,59 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos. Contudo, estes valores são considerados baixos, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008), cuja definição

estabelece como baixa uma mortalidade infantil com valores abaixo de 20 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos.

Este nível de baixa taxa de mortalidade infantil pode estar associado a melhorias no saneamento, que reduzem doenças infectocontagiosas, nas condições nutricionais da população e a ações da Estratégia de Saúde da Família relacionadas ao cuidado com as gestantes e as crianças.

Tabela 3: Taxa de mortalidade infantil – Conselheiro Lafaiete, 2015 e 2019

Indicadores	2015	2019
Óbitos de menores de 1 ano	16	20
Nascidos vivos	1769	1726
Taxa de Mortalidade infantil	9,04	11,59

Fonte: Dados do Portal da Vigilância em Saúde da SES/MG.

Nota: Cálculo direto para população com mais de 100 mil habitantes.

b) Taxa de Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população de 30 a 69 anos

Para avaliar o nível da mortalidade e suas causas na população como um todo, a taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas) na população de 30 a 69 anos (por 100 mil habitantes) tem sido um indicador muito utilizado, uma vez que estes tipos de doença, segundo a Organização Mundial de Saúde, são os principais problemas de saúde em todo o mundo.

A maioria das mortes prematuras por DCNT são evitáveis por meio de ações universais de promoção e proteção à saúde, relacionadas por exemplo, à restrição do consumo de tabaco, ao consumo nocivo do álcool, às dietas pouco saudáveis e ao sedentarismo. O acompanhamento dos óbitos prematuros por DCNT é relevante para avaliar o impacto das políticas implementadas, bem como, elaborar ou reorganizar diretrizes de prevenção.

A taxa de DCNT em Conselheiro Lafaiete e nos demais municípios de sua microrregião de saúde variou entre 84,35 (Casa Grande) e 488,29 (Jeceaba), sendo que Conselheiro Lafaiete estava entre os sete municípios de sua microrregião que apresentaram os menores valores para este indicador, contudo já superior 300 óbitos por 100 mil habitantes (321,72) entre 30 e 69 anos (Tabela 4).

Tabela 4: Taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população de 30 a 69 anos, nos municípios da microrregião de saúde de Conselheiro Lafaiete/ Congonhas (por 100 mil habitantes) – 2019

Município	2015	2019
Caranaíba	215,83	373,97
Casa Grande	396,81	84,35
Catas Altas da Noruega	459,82	109,55
Congonhas	414,46	363,64
Conselheiro Lafaiete	416,02	321,72
Cristiano Ottoni	138,87	272,62
Desterro de Entre Rios	497,95	415,58
Entre Rios de Minas	413,74	339,73
Itaverava	501,01	406,17
Jeceaba	408,63	488,29
Lamim	340,73	468,08
Ouro Branco	307,78	267,70
Piranga	203,19	308,66
Queluzito	117,33	487,41
Rio Espera	364,60	255,33
Santana dos Montes	245,13	367,79
São Brás do Suaçuí	385,86	318,22
Senhora de Oliveira	285,94	345,98

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2021)

c) Mortalidade Proporcional por faixa etária e Capítulo CID 10

Em 2019, o total de óbitos no município de Conselheiro Lafaiete foi de 821. Mais de 50% (56,1%) destes óbitos ocorreram por causas relacionadas às neoplasias (18,6%), às doenças do aparelho circulatório (25,7%) e às doenças do aparelho respiratório (11,8%), conforme Tabela 5.

Quando os dados são desagregados para as idades mais avançadas, vale destacar que foram observadas as mesmas principais causas de morte da população em geral, perfazendo um percentual de 61,8% dos óbitos de 70 anos ou mais, na seguinte ordem: aparelho circulatório (30%), aparelho respiratório (16,7%) e neoplasias (15,1%).

Tabela 5: Mortalidade proporcional, segundo faixa etária e Capítulo CID 10, em Conselheiro Lafaiete – 2019

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 69 anos	70 ou mais	Idade ignorada	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	33,3	-	-	-	-	4,1	3,3	-	3,7
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	33,3	-	24,0	15,1	-	18,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	7,7	1,3	-	-	0,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	50,0	-	-	5,9	7,4	-	6,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	7,5	1,3	-	4,1
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	100,0	-	33,3	7,7	1,3	5,4	-	3,5
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	7,7	24,0	30,0	-	25,7
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	7,7	8,0	16,7	-	11,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,0	-	-	-	-	-	5,4	3,8	-	4,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	0,0	1,0	-	0,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	0,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	2,6	8,2	-	5,1
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	75,0	-	-	-	-	-	0,0	-	-	1,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	15,0	33,3	-	50,0	-	-	0,3	-	-	0,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5,0	33,3	-	-	-	7,7	6,2	3,1	100,0	4,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	33,3	61,5	9,0	3,8	-	7,2
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Valor absoluto	20	3	1	2	3	13	388	390	1	821

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

Para a faixa etária de 30 a 69 anos, prevalecem como principais causas de morte as neoplasias (24%), as doenças do aparelho circulatório (24%) e as doenças respiratórias (8%). Contudo esta última causa de morte aparece em proporções inferiores à faixa etária de 70 anos ou mais de idade.

Tanto para a faixa etária dos 20 a 29 anos, quanto para a faixa etária dos 15 a 19 anos, chama a atenção o alto percentual de mortes por causas externas, respectivamente, 61,5% e 33,3%.

Vale ainda ressaltar que para a faixa etária de 1 a 4 anos do total de três (3) óbitos, um terço ocorreu por algumas doenças infecciosas e parasitárias e o mesmo percentual por causas mal definidas. Contudo, para a faixa etária dos menores de um ano, de um total de 20 óbitos, não houve óbito por algumas doenças infecciosas e parasitárias e o percentual de óbitos por causas mal definidas foi pequeno (5%). A principal causa de óbito entre os menores de um ano foram algumas afecções originadas no período perinatal (75%).

d) Percentual das internações por causa e faixa etária

A principal causa do total de 480 internações por local de residência em Conselheiro Lafaiete em 2019 está relacionada às doenças da gravidez e puerpério, que representa 21,0%, seguida, consecutivamente, pelas doenças do aparelho respiratório (18,1%) e doenças do aparelho circulatório (14,8%), conforme Tabela 6.

A partir de 70 anos ou mais de idade, as principais causas de internações estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório (34,0%) e às doenças do aparelho respiratório (27%), que representam juntas mais de 60% do total de internações neste faixa etária. Para a faixa etária de 30 a 69 anos, as principais causas de internações foram: Gravidez, parto e puerpério (17,3%), doenças do aparelho respiratório (15,0%) e doenças do aparelho circulatório (14,5%).

Vale ressaltar que para a faixa etária dos 20 a 29 anos e dos 15 a 19 anos, a maioria das internações se deu por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, respectivamente, 68,1 e 66,7%. Ademais, para os jovens de 15 a 19 anos, aproximadamente 15% das internações ocorreram por lesões, envenenamentos e alugam outra consequência de causas externas.

Entre as crianças de 5 a 9 e de 1 a 4 anos, as internações causadas por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças no aparelho respiratório respondem juntas por mais de 50% das causas de internações nestas faixas etárias, respectivamente, 56,3 e 88,0%. Para os menores de um ano destacam-se as internações por doenças do aparelho respiratório (33,3%) e por algumas afecções originadas no período perinatal (22,2%), correspondendo à maioria das internações no primeiro ano de vida.

Tabela 6: Percentual das internações por causa e faixa etária dos residentes de Conselheiro Lafaiete– 2019

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 69 anos	70 ou mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,6	52,0	18,8	-	-	-	3,2	9,0	6,9
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	12,5	9,5	4,2	11,4	3,0	7,1
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	-	0,5	0,0	0,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,6	-	-	12,5	-	2,8	2,7	8,0	3,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	1,4	1,0	0,8
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	12,5	-	-	-	2,0	0,6
VII. Doenças do olho e anexos	5,6	-	-	-	-	-	1,4	0,0	0,8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	5,6	-	-	12,5	-	4,2	14,5	34,0	14,8
X. Doenças do aparelho respiratório	33,3	36,0	37,5	12,5	4,8	5,6	15,0	27,0	18,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,6	-	12,5	25	-	2,8	8,2	2,0	5,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	3,2	1,0	1,7
XIII. Doenças onse osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	12,5	12,5	-	1,4	1,8	0,0	1,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11,1	-	6,3	-	-	6,9	7,3	8,0	6,7
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	66,7	68,1	17,3	0,0	21,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	22,2	-	-	-	-	1,4	-	0,0	1,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5,6	-	-	-	-	-	-	0,0	0,2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex onse e laborat	-	8,0	6,3	-	-	-	0,9	1,0	1,3
XIX. Lesões enven e alg out onseq. causas externas	-	4,0	-	-	14,3	2,8	8,6	3,0	5,8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	6,3	-	4,8	-	2,7	1,0	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Valor absoluto	18	25	16	8	21	72	220	100	480

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

2.3 Acesso e utilização dos serviços de saúde

Para a análise do acesso e utilização de serviços de atenção primária e atendimento médico-hospitalar serão considerados os seguintes indicadores: (a) Estimativa da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF); (b) Proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária; (c) Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal; (d) Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer; e (e) Proporção das internações de média complexidade de pacientes do SUS encaminhados para outra microrregião.

a) Estimativa da cobertura da Estratégia de Saúde da Família

A estimativa da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Conselheiro Lafaiete é de aproximadamente 77% para o ano de 2019, o segundo município com menor grau para a estimativa de cobertura entre os municípios de sua microrregião de saúde. Excluindo-se Conselheiro Lafaiete e Entre Rios de Minas com estimativas de cobertura inferiores a 80%, os demais municípios desta microrregião de saúde, apresentaram estimativas de coberturas superiores a 87% (Tabela 7).

Tabela 7: Estimativa da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Conselheiro Lafaiete e municípios da microrregião de saúde de Conselheiro Lafaiete/Congonhas - 2019

Município	2015	2019
Caranaíba	100,00	100,00
Casa Grande	100,00	100,00
Catas Altas da Noruega	100,00	100,00
Congonhas	95,16	100,00
Conselheiro Lafaiete	69,04	76,69
Cristiano Ottoni	100,00	100,00
Desterro de Entre Rios	95,55	95,26
Entre Rios de Minas	69,16	67,66
Itaverava	100,00	100,00
Jeceaba	100,00	100,00
Lamim	100,00	100,00
Ouro Branco	91,16	87,34
Piranga	100,00	100,00
Queluzito	100,00	100,00
Rio Espera	100,00	100,00
Santana dos Montes	89,47	100,00
São Brás do Suaçuí	93,93	100,00
Senhora de Oliveira	100,00	100,00

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2021)

Dada a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para a estruturação da atenção básica à saúde e como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se destacar como uma das ações fundamentais para a melhoria da saúde no município o aumento do número de equipes de ESF para que se possa atingir uma maior cobertura da população de Conselheiro Lafaiete por esta estratégia, tornando este nível de atenção mais resolutivo e diminuindo, conseqüentemente, as filas por consultas especializadas e por pronto-atendimento. É importante destacar que este aumento do número de equipes de

ESF deveria possibilitar a inclusão do atendimento de toda a população do município, incluindo as populações rurais no atendimento pela Estratégia de Saúde da Família.

Ainda vale destacar que o trabalho das Equipes de Saúde da Família - formadas por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - é muito amplo, incluindo a visita domiciliar, a consulta, a oferta a todos os programas de governo e a realização de um conjunto de atividades de promoção e prevenção da saúde.

Um questionamento levantado pelos entrevistados é o fato de que o orçamento para 2022 prevê um valor em torno de 20 milhões para a Atenção Básica, de 21 milhões para a policlínica, de 54 milhões para a Atenção Especializada. Desta forma, como entender que a Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, que deve ser resolutiva em 80%, receba praticamente a mesma quantidade de recursos da policlínica e menos da metade do que receberá a atenção especializada. Esta situação pode ser observada em outros municípios e vai muito ao encontro de uma cultura hospitalocêntrica que deveria ser fortemente combativa pela secretaria de saúde, por seus gestores e servidores.

Contudo, conforme mencionado anteriormente, muito mais do que aumentar o número de equipes de saúde da família, que ainda não consegue cobrir a população em sua totalidade, o município necessita de uma infraestrutura mais adequada no que se refere especialmente aos imóveis onde funcionam as Unidades de Saúde da Família (USF). Segundo a maioria dos entrevistados, estes imóveis foram adaptados na medida do possível para o funcionamento das USF. Contudo, tal adaptação não seria suficiente, podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados.

b) Proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica

A proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica é um indicador importante de ser monitorado, pois existem determinados agravos à saúde cuja internação poderia ser reduzida por meio de uma atenção básica ou primária oportuna e eficaz. Quando a atenção básica não absorve essas demandas no município, acaba gerando uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. A Tabela 8 mostra que a proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica diminuiu, entre os anos de 2015 a 2019, de 32,01 para 27,31% no município de Conselheiro Lafaiete. Em 2019, Conselheiro Lafaiete

ficou entre os treze municípios de sua microrregião que registraram valores menores de 30% para esta proporção.

Tabela 8: Proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica – Conselheiro Lafaiete e municípios da microrregião de Conselheiro Lafaiete/ Congonhas – 2015 e 2019

Município	2015	2019
Caranaíba	33,88	25,20
Casa Grande	35,96	21,97
Catas Altas da Noruega	27,51	20,50
Congonhas	25,16	21,09
Conselheiro Lafaiete	32,01	27,31
Cristiano Ottoni	25,52	29,10
Desterro de Entre Rios	33,91	26,34
Entre Rios de Minas	31,72	31,42
Itaverava	34,08	31,82
Jeceaba	33,76	23,89
Lamim	23,58	11,43
Ouro Branco	26,02	26,78
Piranga	41,44	39,34
Queluzito	30,00	28,36
Rio Espera	40,06	30,72
Santana dos Montes	38,37	30,07
São Brás do Suaçuí	24,12	23,43
Senhora de Oliveira	10,89	16,80

Fonte: adaptado do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2021)

Vale ressaltar que uma atenção básica oportuna e eficaz passa, a princípio e necessariamente, por um aumento no acesso deste nível de atenção, tendendo a se estabelecer, desta forma, efetivamente como a principal porta de entrada do sistema de saúde, aliviando a demanda por consultas especializadas, pronto-atendimento e atendimento hospitalar.

c) Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal

Consultas pré-natal são um importante instrumento para acompanhar o desenvolvimento do feto e, também, a saúde da gestante, principalmente nos casos em que a gravidez é considerada de risco. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, por meio do

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no mínimo seis consultas de pré-natal devem ser realizadas a partir do primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2005). Dessa forma, este indicador é importante para medir problemas de acesso e a qualidade do atendimento prestado.

Tabela 9: Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em Conselheiro Lafaiete e nos municípios da microrregião de saúde Conselheiro Lafaiete/ Congonhas– 2015 a 2019

Município	2015	2019
Caranaíba	48,00	72,73
Casa Grande	86,67	83,33
Catas Altas da Noruega	83,87	68,57
Congonhas	85,68	88,13
Conselheiro Lafaiete	79,42	75,78
Cristiano Ottoni	65,45	57,14
Desterro de Entre Rios	89,55	77,22
Entre Rios de Minas	90,24	85,33
Itaverava	91,38	72,92
Jeceaba	75,32	91,04
Lamim	81,58	83,33
Ouro Branco	79,34	89,86
Piranga	78,67	76,35
Queluzito	69,23	90,00
Rio Espera	83,78	86,67
Santana dos Montes	50,00	57,14
São Brás do Suaçuí	90,00	86,21
Senhora de Oliveira	79,17	82,76

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2021)

A tabela 9 mostra que a proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em Conselheiro Lafaiete, em 2019, estava em torno de 76% (75,78%), o que posiciona o município como o sexto de sua microrregião com os menores valores para este indicador. É importante ressaltar que, entre 2015 e 2019, houve uma diminuição na proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, passando de 79,42% para 75,78%. Neste sentido, é essencial que o município **intensifique esforços para que uma maior proporção das gestantes consiga realizar um pré-natal adequado** em termos

de número de consultas para buscar garantir uma melhor condição de saúde para estas mulheres.

d) Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer expressa o percentual de nascidos vivos com peso inferior a 2.500 gramas, em relação ao total de nascidos vivos, e representa relevante fator de risco da morbimortalidade neonatal e infantil (OPAS, 2008).

Tabela 10: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em Conselheiro Lafaiete e nos municípios da microrregião de saúde Conselheiro Lafaiete/ Congonhas- 2015 e 2019

Município	2015	2019
Caranaíba	12,00	24,24
Casa Grande	6,67	0,00
Catas Altas da Noruega	3,23	2,86
Congonhas	12,22	9,84
Conselheiro Lafaiete	8,14	9,50
Cristiano Ottoni	3,64	15,71
Desterro de Entre Rios	10,45	10,13
Entre Rios de Minas	7,32	7,33
Itaverava	8,62	14,58
Jeceaba	10,39	11,94
Lamim	5,26	11,11
Ouro Branco	11,81	9,78
Piranga	5,33	12,16
Queluzito	7,69	15,00
Rio Espera	8,11	6,67
Santana dos Montes	13,89	7,14
São Brás do Suaçuí	8,00	10,34
Senhora de Oliveira	13,89	6,90

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2021)

Em países desenvolvidos, observam-se valores em torno de 5 a 6%. De acordo com o padrão internacional, valores acima de 10% são considerados inaceitáveis. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em Conselheiro Lafaiete no período analisado aumentou de 8,14 para 9,50%, contudo ainda se encontra em um patamar considerado aceitável, inferior a 10%(Tabela 10) .

f) Proporção das internações de média complexidade de pacientes do SUS encaminhados para outra microrregião

A Proporção de Internações Hospitalares de Média Complexidade de Pacientes do SUS encaminhados para outra Microrregião de Saúde capta o nível de atendimento da regionalização da assistência à saúde. Tal regionalização tem sido adotada pelo SUS como estratégia para garantir a universalidade e a integralidade do cuidado. Encaminhamentos de pacientes para outra microrregião para tais procedimentos sinalizam problemas de resolubilidade do atendimento ambulatorial e/ou hospitalar, considerando como referência a regionalização adotada.

A proporção de internações hospitalares de média complexidade de pacientes do SUS encaminhados para outra microrregião pelo município de Conselheiro Lafaiete entre 2015 e 2019, passou de 12,84 para 13,69%, segundo menor valor observado entre os municípios de sua microrregião neste período (Tabela 11).

Tabela 11: Proporção de internações hospitalares de média complexidade de pacientes do SUS encaminhados para outra microrregião – Conselheiro Lafaiete e municípios da microrregião de saúde Conselheiro Lafaiete/ Congonhas– 2015 e 2019

Município	2015	2019
Caranaíba	43,09	43,65
Casa Grande	17,54	29,60
Catas Altas da Noruega	35,78	23,95
Congonhas	21,50	18,34
Conselheiro Lafaiete	12,84	13,69
Cristiano Ottoni	43,11	51,15
Desterro de Entre Rios	22,75	25,58
Entre Rios de Minas	17,58	14,67
Itaverava	11,46	13,48
Jeceaba	15,59	18,03
Lamim	28,35	32,93
Ouro Branco	25,60	33,14
Piranga	18,38	19,34
Queluzito	30,00	9,09
Rio Espera	25,88	21,64
Santana dos Montes	15,48	20,50
São Brás do Suaçuí	21,13	30,81
Senhora de Oliveira	42,34	33,88

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2021)

2.4 Vigilância em Saúde: vigilância epidemiológica, sanitária e controle de zoonose.

Em observância às diretrizes operacionais do Pacto da Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 2006, todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde, realizadas na esfera local, abrangendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental de acordo com as normas legais e pactuações estabelecidas. Sobre as atividades inerentes à vigilância sanitária e epidemiológica, Conselheiro Lafaiete acompanha as normas do Ministério da Saúde e, no mesmo sentido, o Programa Nacional de Imunizações (PIN), que é um instrumento de grande relevância no controle das doenças transmissíveis que podem ser evitadas por meio de imunizações.

A vigilância epidemiológica constitui estratégia complementar para o controle de todas as doenças, sendo que, a partir de um caso suspeito, são desenvolvidas ações no sentido de impedir o aparecimento de novos casos, interrompendo o processo de transmissão.

Com relação à vacinação, o município conta com uma central de vacinação, que além de aplicar algumas vacinas como a BCG e o teste do pezinho, recebe e distribui vacinas para as USF, para que as vacinas não fiquem muito tempo nas USF, que muitas vezes não tem muita estrutura. Com o advento da covid, foram criados postos de vacinação centralizados para a vacinação da população. Agora com a terceira dose, a D1 e a D2 estão sendo centralizadas na central e nos postos e as D3 estão indo para as USF. As outras vacinas de Lafaiete elas já são descentralizadas, mas elas são distribuídas aos poucos, exatamente por causa da falta de estrutura da maioria das USF.

De acordo com os dados da Tabela 12, que mostra a cobertura vacinal contra os principais imunobiológico do calendário obrigatório em crianças menores de um ano, em Conselheiro Lafaiete entre 2015 e 2019, observou-se uma queda na cobertura da vacina contra a poliomielite de 100 para 93,90% e, também, na cobertura da vacina Pentavalente (contra a difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e contra a bactéria *haemophilus influenza* tipo b) que diminuiu de 100 para 82,10%, valores abaixo do que é considerado desejável para a vacinação em menores de um ano ($\geq 95\%$)

Tabela 12: Cobertura Vacinal contra os principais imunobiológico do calendário obrigatório em crianças menores de um ano – Conselheiro Lafaiete – 2015 e 2019

Vacinas	2015	2019
Pólio	100,00*	93,90
Tríplice Viral	100,00*	103,31
Febre Amarela	93,32	94,54
Penta	100,00*	82,10

Nota: (*) Valores truncados em 100,00%

Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2021).

Com o surgimento da Covid-19 no início de 2020 no Brasil, tornou-se essencial monitorar os indicadores de cobertura vacinal contra esta doença, uma vez que as vacinas são importantes aliadas no combate à Covid-19.

Tabela 13: Cobertura Vacinal contra Covid-19 – Conselheiro Lafaiete, 14/03/2022

Municípios	Vacinação (%) 5 anos ou +		Dose de Reforço 18 anos ou +
	1º dose	2º dose	
Caranaíba	94,1	89,3	65,9
Casa Grande	91,8	91,1	63,5
Catas Altas da Noruega	93,8	83,0	44,4
Congonhas	95,2	95,4	55,5
Conselheiro Lafaiete	83,4	80,3	49,1
Cristiano Ottoni	91,0	81,5	54,4
Desterro de Entre Rios	95,9	84,5	47,5
Entre Rios de Minas	95,0	92,3	63,6
Itaverava	91,1	80,9	40,0
Jeceaba	100,0	100,0	70,7
Lamim	97,5	95,0	77,8
Ouro Branco	91,9	94,0	60,6
Piranga	78,3	77,7	43,3
Queluzito	100,0	100,0	66,2
Rio Espera	99,4	86,1	70,0
Santana dos Montes	89,6	93,3	57,6
São Brás do Suaçuí	87,2	95,5	64,8
Senhora de Oliveira	85,6	84,9	50,8

Fonte: <https://vacinaminas.mg.gov.br/>

De acordo com os dados da Tabela 13, a cobertura vacinal contra covid-19 para a população de 5 anos ou mais de idade em Conselheiro Lafaiete atingiu em 14 de março de

2022 aproximadamente 83% (1ª Dose) e 80% (2ª Dose), o que já pode ser considerado um nível de cobertura razoável no caso da vacinação contra a covid para que a vacina, juntamente com outras medidas, possam efetivamente auxiliar no combate à doença.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta seção apresenta as principais considerações acerca da situação da saúde no município de Conselheiro Lafaiete, buscando relacionar os resultados da análise dos dados secundários com as informações coletadas nas entrevistas semiestruturadas realizadas com os gestores locais e o Conselho Municipal de Saúde em 2021.

Na saúde, a Atenção Básica ou Primária deve ser considerada o grande pilar, na medida que promove atenção integral mediante intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, prestando atenção oportuna, em tempos e lugares, fazendo a ligação entre as atenções secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). Dessa forma, o município é a base territorial de planejamento de atenção primária à saúde, englobando o Programa Saúde da Família (PSF). A microrregião de saúde, com base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, oferta serviços hospitalares e ambulatoriais de média complexidade, tendo necessidade de trabalhar com uma escala intermediária que garanta, além da qualidade dos serviços prestados, o custo-benefício em termos de eficácia e eficiência. A macrorregião de saúde oferta serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade destinados às microrregiões componentes. Assim, em um sistema de gestão compartilhada com Estado, em sintonia com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde do estado de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete se enquadra na gestão plena, estando na microrregião de saúde de Conselheiro Lafaiete/Congonhas e na macrorregião Centro Sul. Em cumprimento às normas de gestão do Sistema, o município possui Plano Municipal de Saúde, Conselho Municipal e Fundo Municipal.

Diante da análise dos dados secundários sobre a oferta de saúde e dos dados coletados nas entrevistas em profundidade realizadas com os gestores da saúde no município e com o Conselho Municipal de Saúde, observou-se que, muito além de aumentar o número de equipes de saúde da família, uma vez que ainda não se consegue cobrir a população em sua totalidade (Em 2021, aproximadamente 82% da população coberta considerando, que cada equipe deve atender 3450 habitantes), o município necessita de uma infraestrutura mais

adequada no que se refere especialmente aos imóveis onde funcionam as Unidades de Saúde da Família (USF). Segundo a maioria dos entrevistados, estes imóveis foram adaptados na medida do possível para o funcionamento das USF. Contudo, esta adaptação não seria suficiente, podendo comprometer até mesmo a qualidade dos serviços prestados. Assim todos os indicativos convergem para a necessidade de construção de espaços adequados ao funcionamento de USF, visando garantir a qualidade dos serviços prestados.

Com relação ao número de médicos por mil habitantes, apesar do valor observado no município ser superior ao preconizado pela OMS, a maioria dos entrevistados relatou que em geral os médicos não cumprem a carga horária de 8 horas diárias, o que acaba limitando a disponibilidade dos médicos nas USF e, ainda, levando a população a procurar diretamente a policlínica que funciona como um pronto atendimento, 24 horas por dia.

Pode-se destacar como ações fundamentais para a melhoria da saúde no município a elaboração do plano de carreira para os servidores da saúde e a garantia da disponibilidade de médicos, durante o horário de atendimento. Outra ação a destacar é a necessidade de contratação de equipes específicas para a limpeza das unidades de saúde, garantindo que os profissionais de saúde possam se dedicar a sua área de atuação prioritária.

A infraestrutura não adequada para o atendimento e a ausência do médico no período integral pode impactar o acesso da população ao atendimento, a qualidade do serviço prestado e a produção da USF. Este é um fator importante, considerando as alterações imposta pela portaria 2979/2019 do Ministério da Saúde, que entra em vigor este ano (2022), e que altera a forma de distribuição de recursos da Atenção Básica, em função do número de pessoas cadastradas e da produção de serviços prestados.

Um ponto que chama a atenção é a distribuição de recursos financeiros para a saúde, priorizando a Atenção Especializada (54 milhões) e a Policlínica (21 milhões), ficando a Atenção Básica, com apenas 20 milhões, uma vez que teoricamente espera-se que este nível de atenção consiga resolver 80% das demandas de saúde. Esta situação pode ser observada em outros municípios e vai muito ao encontro de uma cultura hospitalocêntrica que deveria ser fortemente combativa pela secretaria de saúde, por seus gestores e servidores.

Com relação à vacinação, o município conta com uma central, que além de aplicar algumas vacinas como a BCG e o teste do pezinho, recebe e distribui as mesmas para as USF, já

que muitas vezes as unidades apresentam uma estrutura insuficiente para o longo armazenamento das vacinas. Com o advento da covid, foram criados postos de vacinação centralizados para a imunizar a população. Agora, com a disponibilidade da terceira dose, a aplicação da primeira e da segunda doses está ocorrendo na central de vacinas e nos postos e a terceira dose, nas USF. A aplicação de outras vacinas em Conselheiro Lafaiete já se encontra descentralizada, mas a distribuição ocorre aos poucos, exatamente por causa da falta de estrutura da maioria das USF.

Por fim, acrescenta-se a esse contexto o crescente envelhecimento da população que resultará brevemente em uma maior demanda por serviços de saúde e internações, especialmente relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas). Inclusive, esses tipos de doenças já são considerados a principal causa de morte, segundo a OMS, na população de 30 a 69 anos. Pode se destacar ainda, como uma das principais causas de morte em Conselheiro Lafaiete, nos grupos etários de 20 a 29 anos (60%) e 15 a 19 anos (33%) as causas externas que podem estar associadas a questões relacionadas ao consumo de drogas e violência nas regiões mais vulneráveis.

Desse modo, a partir desse diagnóstico serão realizadas propostas de intervenção para o gestor municipal. Vale esclarecer que cabe ao gestor municipal a responsabilidade pela organização, gestão e regulação da rede de serviços no município, de modo a garantir a igualdade de acesso e a integralidade da atenção à população. Sobre esse último ponto, ressalta-se que a estruturação da oferta de serviços requer tanto conhecimento técnico quanto habilidade política capaz de coordenar a necessária articulação entre os diferentes atores que atuam na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acesso em 3 de março de 2018].

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, dez. 1990.

BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 28 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005. 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Situação Mundial da Infância 2008. Caderno Brasil*. Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Fundação João Pinheiro. Banco de dados do Índice Mineiro de Responsabilidade. Disponível em <http://www.imrs.fjp.mg.gov.br> [Acesso em 5 de abril de 2018]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2.ed. Brasília, DF, 2008. 349 p.