

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 -2021

"MAIS, MELHOR, COM MENOS: ESTE É O DESAFIO"

Odelmo Leão
Prefeito Municipal de Uberlândia

Gladstone R. da Cunha Filho
Secretário Municipal de Saúde

Maria Emi Shimazaki
Consultora da Secretário Municipal de Saúde

Clauber Lourenço
Soraia Resende
Diretor Geral da Rede de Urgência e Emergência

Rubia Pereira Barra
Diretora de Redes Integral a Saúde

Cristina Angélica Gomes
Diretora de Planejamento e Informação

Organização

Tania Berbert Ferreira Lima
Ivanilda dos Reis Almeida
Centro de Planejamento e Monitoramento

José Luiz Calixto Pereira
Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

Colaboradores

Ana Rita de Faria
Atenção Primária à Saúde

Ione Silva
Redes de Atenção

Soraya Calixto Finholdt
Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria

Soraia Rezende Silva Guimarães
Rede de Urgência e Emergência

Hebe Rosely Couto Teixeira
Rede de Saúde Bucal

Barbara Cunha Melo Lazarini Antonioli
Naira Cristina Marques Borges
Rede Materno Infantil

Cristiano Mendes
Rede Saúde Mental

Marcela Furtado de Souza M. Zebral
Rede de Cuidados Pessoas com Deficiência

Cristiane Finotti Cardoso
Rede Saúde do Idoso
Raquel A. M. Barros Botelho
Assistência Farmacêutica

Elaize M. Gomes de Paula
Vigilância em Saúde

Adalberto Albuquerque Pajuaba Neto
Centro de Controle de Zoonoses

José Humberto Arruda
Controle de Dengue

Claudia J. Oliveira
Programa de Imunização

Gilda Alves Correia
Vigilância Sanitária

Claudia Maria Bulgarelli Spirandeli
Programa Municipal de IST/Aids

Júlio Guilherme Azevedo de Oliveira
Centro Referência Saúde do Trabalhador

Conselho Municipal de Saúde

Tânia Lúcia dos Santos
Gladstone Rodrigues da Cunha Filho
Nivaldo Venâncio Ribeiro
Gerusa Tomaz Faria
José Veridiano de Oliveira - Colaborador

Equipe Diretoria de Informação e Planejamento em Saúde

Barbara de O. Ferraz
Cátia A. de Souza Ribeiro
Daniel Augusto A. de Oliveira
Greick Luiz Elias
Iram Martins Costa.
Isadora de Medeiros Machado
Isabella Silva Terêncio
Marcos Rodrigues dos Santos

Lourival Miro de Souza
Vigilância Ambiental em Saúde.

Maria Margaret Lemos
Núcleo de Informação e Tecnologia

Eduardo Lucio de Paulo
Márlon Bruno de Araújo
Diretoria Financeira da Saúde

Rogério Ferreira Silva
Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

Maria Jose S. Nogueira
Ouvidoria da Saúde

Meiredalva C. de Matos
Central de Ambulância e Transportes

Plano Municipal de Saúde

2018 -2021

APRESENTAÇÃO

Uberlândia é uma cidade que, por suas condições de localização geográfica e topológica, pôde experimentar, nas últimas décadas, um crescimento populacional e econômico impar em relação ao contexto geral de Minas Gerais e do Brasil. Tal crescimento se deve basicamente, no trabalho constante da Administração Pública na busca de novos investidores em todos os setores da economia. Como decorrência do aumento dos investimentos, Uberlândia tornou-se, também, um polo atrativo de migração de populações de regiões cada vez mais diversificadas, fazendo com que o crescimento da população decorresse não somente de fatores naturais.

O crescimento da população em Uberlândia hoje é mais rápido, mais diversificado e complexo, atingindo todas classes sociais, gerações e os vários domínios da administração pública, em particular a saúde.

O acesso à saúde é um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos

As questões da saúde, da qualidade de vida, dos direitos humanos e da cidadania das populações estão no centro das preocupações da Gestão 2018 - 2021.

PORTARIA Nº 2.135, DE
25 DE SETEMBRO DE
2013

...

Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

...

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Morbidade	10
1.1.1	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	13
1.1.2	Diabetes.....	14
1.1.3	Causas Externas	16
1.1.4	Dengue	19
1.2	Mortalidade	20
1.3	Atenção Primária	24
1.4	Redes de Atenção À Saúde - RAS.....	26
1.4.1	Mãe Uberlândia.....	27
1.4.2	Atenção ao Idoso	27
1.4.3	Atenção Psicossocial	28
1.4.4	Saúde Bucal	29
1.4.5	Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	30
1.4.6	Diretoria de Controle e Regulação em Saúde	30
1.5	Vigilância em Saúde.....	31
1.5.1	Imunizações	32
1.5.2	Castração de cães e gatos	33
1.5.3	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS	34
1.6	Assistência Farmacêutica.....	35
1.7	Rede de Assistência	38
1.7.1	Rede Física do SUS.....	38
1.7.2	Recursos Humanos.....	39
1.7.3	Contratação de Organizações Sociais por Meio de Contratos de Gestão.....	40
1.7.4	Financeiros.....	40
1.7.5	Ouvidoria	43
1.7.6	Transporte Sanitário	44
2	Proposta de Governo	44
2.1	Propostas.....	46
3	O Mapa Estratégico	47
3.1	Missão.....	48
3.2	Visão	49
3.3	Valores.....	49
3.4	Perspectiva para a Sociedade.....	49

4	O Projeto Qualifica SaUDI	50
4.1	Estratégia.....	50
4.2	Metodologia.....	51
4.3	Oficinas.....	52
4.4	Unidades Laboratórios.....	54
5.1	Diretriz.....	56
5	Qualificação da Atenção Primária à Saúde	56
5.1.1	Objetivo	56
5.1.2	Resultados esperados.....	56
5.1.3	Ações	57
5.1.4	Indicadores e Metas.....	59
6	Fortalecimento das Redes de Atenção	61
6.1	Diretriz.....	61
6.1.1	Objetivos.....	61
6.1.2	Resultados Esperados.....	61
6.1.3	Ações	63
6.1.4	Indicadores e Metas.....	67
7	Vigilância em Saúde e Ações de Promoção da Saúde.....	69
7.1	Diretriz.....	69
7.1.1	Objetivo	69
7.1.2	Resultados Esperados.....	69
7.1.3	Ações	70
7.1.4	Indicadores e Metas.....	72
8	Assistência Farmacêutica	73
8.1	Diretriz.....	73
8.1.1	Objetivo	73
8.1.2	Resultados Esperados.....	73
8.1.3	Ações	74
8.1.4	Indicadores e Metas.....	75
9	Gestão dos Serviços e Cidadania	77
9.1	Diretriz.....	77
9.1.1	Objetivos.....	77
9.1.2	Resultados Esperados.....	77
9.1.3	Ações	79
9.1.4	Indicadores e Metas.....	81
10	Monitoramento e Avaliação	82

10.1	Indicadores do Plano de Municipal de Saúde.....	83
11	8ª Conferencia Municipal de Saúde.....	84
11.1	Propostas.....	84
12	Considerações Finais.....	91
13	Lista de Abreviaturas e Siglas.....	93
14	Referência Bibliográfica	96

1 ANÁLISE SITUACIONAL

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é, sem dúvida alguma, o planejamento.

O projeto de governo ou proposta de governo consiste na seleção de problemas que o gestor se dispõe a enfrentar durante seu período de governo e a estratégia escolhida para esse enfrentamento. A escolha dos problemas deve ser criteriosa, estratégica, pois implica a capacidade de resolvê-los e a viabilidade política desse enfrentamento, assim como a obtenção de resultados dentro do período de governo do gestor.

A governabilidade diz respeito à relação entre o peso das variáveis que se controla e o das que não controla somada à capacidade de percepção que o gestor tem dessa relação, ou seja, de sua limitação quanto ao controle majoritário de determinada situação. É essa capacidade de percepção que lhe possibilita identificar entre os envolvidos aqueles que têm maior controle da situação, as alianças possíveis, os enfrentamentos inevitáveis, as operações mais viáveis; enfim, abre a possibilidade de uma análise estratégica da seleção de problemas.

A situação de saúde é demonstrada por meio dos indicadores de morbidade e mortalidade dos residentes no município e da produção dos serviços para atender essa população. Apresenta, ainda, a produção dos serviços por ocorrência e a capacidade instalada – rede física e recursos humanos.

1.1 MORBIDADE

Morbidade refere-se ao conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo. A morbidade serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

A morbidade é estudada de acordo com quatro indicadores básicos:

- Incidência: É o número de novos casos da doença que tiveram início no mesmo local e período. Mostra a intensidade com que ocorre uma doença numa população, medindo a frequência ou a probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população. Alta incidência significa um risco coletivo de adoecer alto;
- Prevalência: Indica qualidade do que prevalece, implica em acontecer e permanecer existindo num momento considerado. É o número total de casos de uma doença, observados num local e período específicos;
- Taxa de ataque: É o coeficiente ou taxa de incidência de uma determinada doença para um grupo de pessoas expostas ao mesmo risco, limitadas a uma área bem definida, muito útil para investigar e analisar surtos de doenças ou agravos à saúde em locais fechados;
- Distribuição proporcional: Indica o total de casos ou de mortes ocorridas por uma determinada causa, quantos deles se distribuem, por exemplo, entre homens e mulheres, quantos ocorrem nos diferentes grupos de idade. A distribuição proporcional não mede o risco de adoecer ou morrer (como no caso dos coeficientes), indicando somente como os casos se distribuem entre as pessoas afetadas, por grupos etários, sexo, localidade e outras variáveis.

Na Tabela 1 pode-se observar os números das principais causas de internação no município de Uberlândia ao longo do tempo as medidas, permitindo uma analisar da situação existente, além de prever tendências futuras.

A rápida transição demográfica ocorrida nas últimas décadas vem aumentando a carga das doenças crônico-degenerativas, com repercussão no SUS-Uberlândia. A tendência é que os problemas de saúde aumentem proporcionalmente ao crescimento da população acima de 60 anos. As doenças mais frequentes são o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, cujo controle é passível de atendimento nos centros de saúde, o que reduzirá as complicações e, conseqüentemente, as internações decorrentes desses agravos.

Tabela 1 Principais causas e número de casos de morbidade hospitalar. Uberlândia, 2008-2016

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
XV. Gravidez parto e puerpério	5.462	5.655	5.606	5.703	5.879	6.061	6.071	6.128	5.522
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.507	3.834	4.358	4.496	4.929	5.098	4.731	4.413	3.993
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.673	3.659	3.655	4.856	4.760	4.416	4.923	4.498	3.591
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.748	2.908	3.300	3.950	4.039	3.841	4.615	4.069	3.555
X. Doenças do aparelho respiratório	3.775	3.831	3.250	3.524	3.419	3.044	3.682	2.971	3.077
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.967	2.567	2.744	2.817	3.200	3.081	3.284	3.134	2.619
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.683	1.613	2.119	2.394	2.480	3.079	3.726	2.904	2.366
II. Neoplasias (tumores)	2.062	1.826	1.770	1.950	2.214	2.164	2.354	2.292	2.069
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.396	1.048	1.240	1.102	1.387	1.514	1.626	1.477	1.264

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

1.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Trata-se de uma doença de alta prevalência (média de 32,5% da população acima de 30 anos) e baixas taxas de controle. Sua prevalência aumenta com a idade, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% em pessoas com idade acima de 70 anos (Tabela 2). É considerada um dos fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de Saúde Pública.

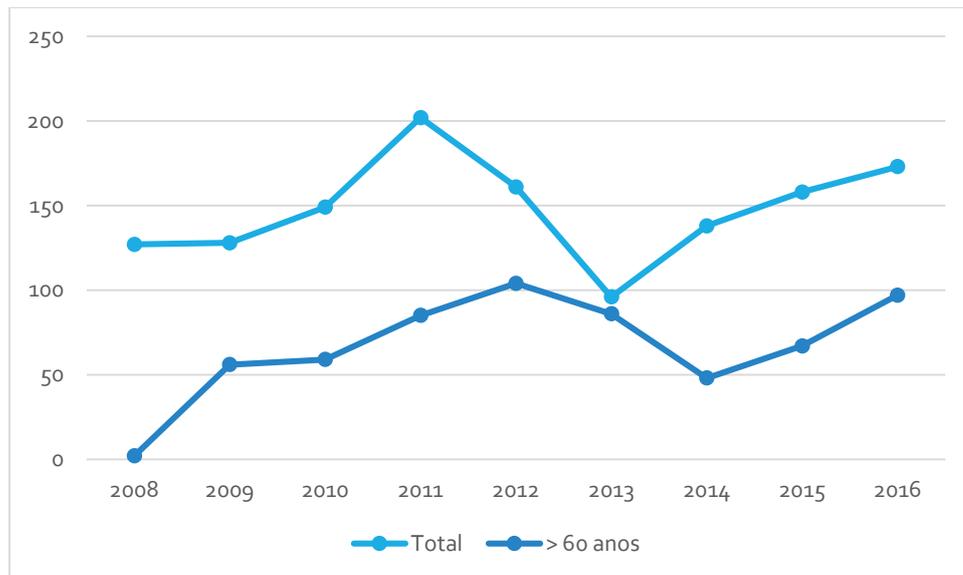
Tabela 2 Internações por Hipertensão essencial (primária), Outras doenças hipertensivas por faixa etária. Uberlândia, 2008-2016

Faixa Etária 2	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Menor 1 ano	-	4	1	1	1	1	-	-	1
1 a 4 anos	1	1	-	-	-	1	3	-	-
5 a 9 anos	-	1	1	-	-	-	1	-	1
10 a 14 anos	2	2	-	-	-	-	3	-	-
15 a 19 anos	2	1	-	-	1	1	-	1	-
20 a 24 anos	3	2	3	5	1	2	1	1	2
25 a 29 anos	5	-	6	4	2	-	2	3	4
30 a 34 anos	8	1	1	4	4	3	5	5	1
35 a 39 anos	11	6	7	6	3	5	7	8	2
40 a 44 anos	6	8	10	15	12	9	7	6	14
45 a 49 anos	12	12	6	12	12	4	12	5	10
50 a 54 anos	8	15	14	22	18	9	16	20	18
55 a 59 anos	13	16	15	29	21	13	14	12	15
60 a 64 anos	13	17	20	26	16	6	12	17	19
65 a 69 anos	13	13	17	23	15	7	11	16	18
70 a 74 anos	11	7	19	25	17	10	13	19	23
75 a 79 anos	9	7	11	13	20	8	16	14	18
80 anos e mais	10	15	18	17	18	17	15	31	27
Total	127	128	149	202	161	96	138	158	173

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

O número de internações por hipertensão na faixa etária acima de 60 anos nos residentes em Uberlândia, no período de 2008 a 2016 é em média 54% do total dos internados. Observa-se que nos últimos quatro anos o número de internações vem aumentando (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Internações por Hipertensão essencial (primária), outras doenças hipertensivas. Uberlândia, 2008-2016



Fonte:

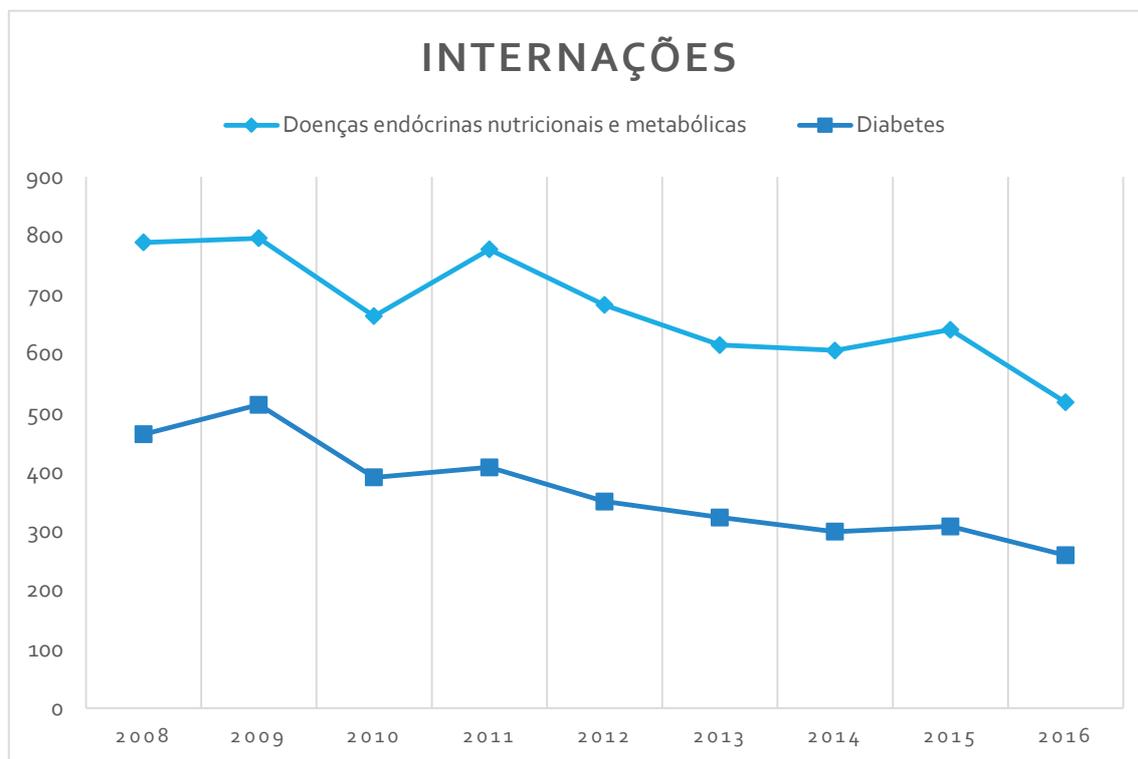
Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

1.1.2 Diabetes

Segundo estimativas da OMS, cerca de 5,9% da população possuem diabetes, dados confirmados pelo VIGITEL 2013. Destes, estima-se que 50% ainda desconhecem o seu diagnóstico.

Das internações por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, em média 54% são por causa da diabetes (Gráfico 2)

Gráfico 2 Internações por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e diabetes. Uberlândia, 2008-2016



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

A faixa etária mais internada por diabetes é a maior de 60 anos, em média 40,5%.

A Tabela 3, abaixo, demonstra as internações por diabetes por faixa etária, no período de 2008 a 2016.

Tabela 3 Internações por Diabetes mellitus por faixa etária. Uberlândia, 2008-2016

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Menor 1 ano	1	1	1	-	-	2	4	-	1
1 a 4 anos	2	3	1	2	6	-	1	-	5
5 a 9 anos	12	7	6	12	3	6	8	8	6
10 a 14 anos	10	8	15	19	13	22	21	16	11
15 a 19 anos	13	12	10	11	8	8	8	14	7
20 a 24 anos	15	22	12	12	12	5	7	10	7
25 a 29 anos	28	36	25	10	8	3	5	10	10
30 a 34 anos	38	30	15	19	15	10	21	22	17
35 a 39 anos	30	32	18	19	15	18	15	9	17
40 a 44 anos	29	22	16	30	28	9	21	14	16
45 a 49 anos	19	24	29	30	22	24	20	27	7

Continua

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
50 a 54 anos	43	48	35	47	29	25	33	16	22
55 a 59 anos	50	35	46	57	42	45	24	37	32
60 a 64 anos	34	52	33	38	50	48	26	32	27
65 a 69 anos	39	56	43	39	33	24	28	34	23
70 a 74 anos	39	46	32	28	25	40	23	33	18
75 a 79 anos	29	35	29	21	13	19	19	14	17
80 anos e mais	33	45	25	14	28	15	15	12	16
Total	464	514	391	408	350	323	299	308	259

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

1.1.3 Causas Externas

Nas últimas décadas, o Brasil vem alcançando importantes avanços em sua situação de saúde. A queda da taxa de mortalidade infantil, a redução na mortalidade proporcional das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas-degenerativas determinaram reflexos positivos no aumento da expectativa de vida. Ao mesmo tempo, o crescimento das causas externas, que a partir de 1980, tornam-se objeto de preocupação entre os profissionais da área da saúde. Em Uberlândia, a causas externas apresenta-se em segundo lugar na lista de internações (Tabela 1).

Segundo as normas do SIH/SUS, as internações provocadas por causas externas devem ser classificadas, no diagnóstico principal, segundo o tipo de traumatismo, ou seja, pelo capítulo XIX (causas S e T). No diagnóstico secundário, deve ser codificado segundo a origem da causa externa, ou seja, o que a provocou, utilizando-se, então o capítulo XX (causas V a Y). Existem situações em que é permitido que o diagnóstico principal seja classificado diretamente pelo capítulo XX. Nas páginas de Morbidade Hospitalar por local de residência, utiliza-se apenas o diagnóstico principal, estando, então, as causas externas apresentadas majoritariamente pelo capítulo XIX. Já aqui as causas externas estão apresentadas segundo a sua classificação pelo capítulo XX (Tabela 4).

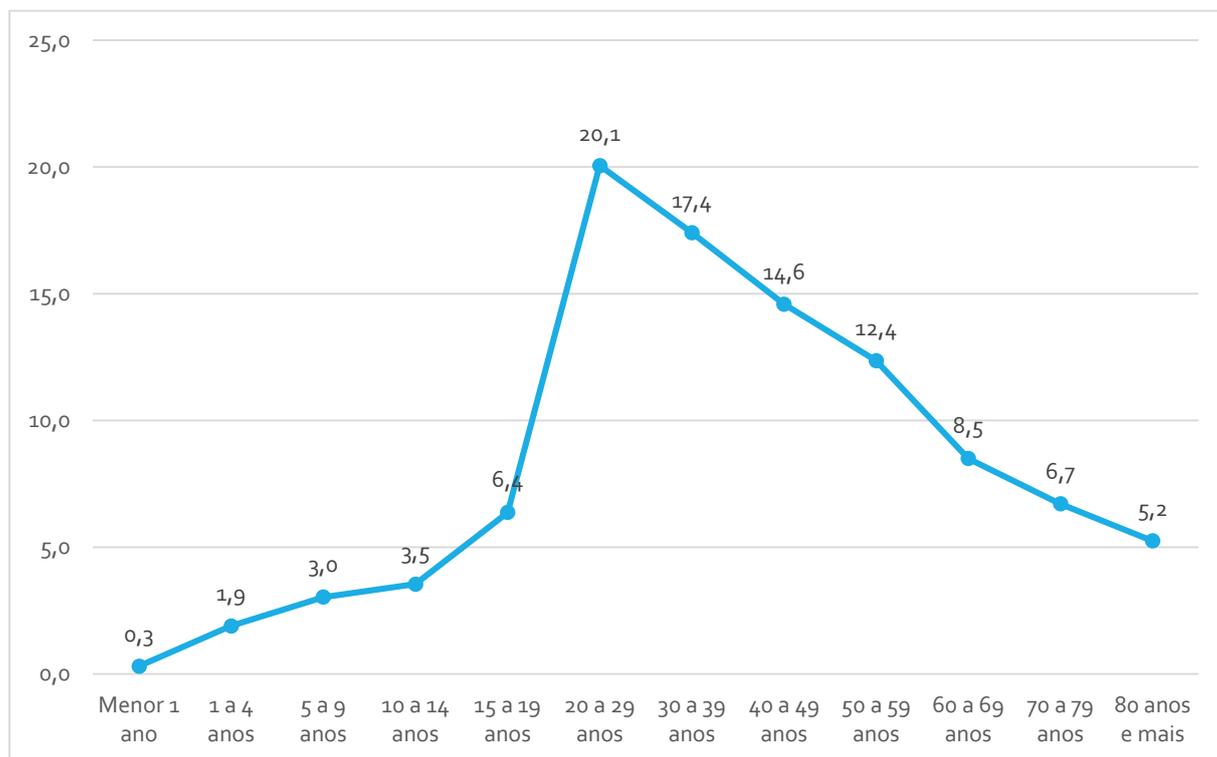
Tabela 4 Principais causas e número de casos de morbidade hospitalar. Uberlândia, 2008-2016

Grande Grup Causas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
V01-V99 Acidentes de transporte	943	992	1429	1336	1268	1464	1453	1301	1138
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	1949	2145	2178	2188	1425	2008	1884	1911	1763
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	20	25	57	84	65	42	47	29	36
X85-Y09 Agressões	266	293	317	281	373	300	256	260	239
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	22	27	22	87	948	227	35	34	14
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	112	287	348	532	813	849	767	827	692
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	11	18	43	19	33	68	20	16	7
Y90-Y98 Fatores suplement relatac outras causas	-	-	1	2	3	1	4	1	1
S-T Causas externas não classificadas	198	60	-	-	17	194	299	48	102
Total	3521	3847	4395	4529	4945	5153	4765	4427	3993

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

As faixas etárias mais atingidas são os adultos jovens na faixa de 21 a 29 anos concentraram o maior número de mortes e os coeficientes mais altos (Gráfico 3). No entanto, a população de indivíduos com sessenta anos e mais, embora não tenha a mesma expressão em números absolutos, exibiu um coeficiente muito próximo à população de jovens, tradicionalmente de maior risco para as causas externas.

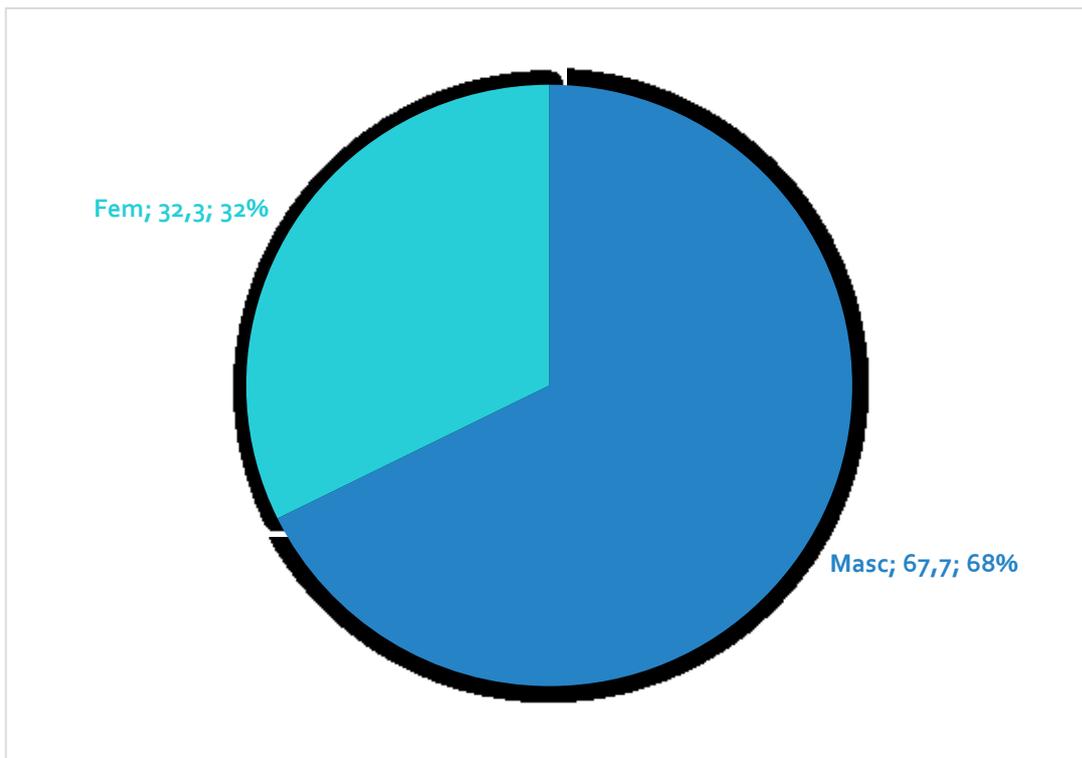
Gráfico 3 Média percentual das Internações por causas externas e Faixa Etária. Uberlândia, 2008-2016



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

A diferença por sexo revela, invariavelmente, taxas mais elevadas no grupo dos homens (Gráfico 4). A sobremortalidade masculina é uma manifestação também observada. É relevante a intensidade com que a violência vem dizimando pessoas do sexo masculino em nosso país, com sérias consequências na estruturação econômica, social e familiar, principalmente em relação aos adolescentes e adultos jovens nos quais se concentram as maiores taxas de homicídios. Esse problema vem despertando a curiosidade de vários pesquisadores que têm abordado a questão do gênero para compreender as intrincadas relações entre juventude, masculinidade e violência.

Gráfico 4 Média percentual das Internações por causas externas e sexo. Uberlândia, 2008-2016



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

1.1.4 Dengue

A dengue é a doença de notificação compulsória (DNC) com maior número de registros em Uberlândia, tendo representado 72,5% de todas as notificações ocorridas em 2016.

Tabela 5 Notificações de dengue e outras doenças de notificação compulsória - DNC. Uberlândia - 2016.

Outras DNC	5.169
Notificação dengue	13.057
Total	18.226

Fonte: Sinanet - Sinanweb

Foram notificados 13.057 casos suspeitos de dengue em 2016. Destes, 12.956 eram residentes e 9.378 foram confirmados, sendo 03 casos de dengue grave e 67 casos de dengue com sinais de alarme. Ocorreram 02 óbitos residentes (44 e 70 anos) conforme Tabela 6.

Tabela 6 Casos confirmados de Dengue por evolução, segundo classificação residente em Uberlândia - MG, 2016.

Evolução	Dengue	Dengue com sinais de alarme	Dengue grave	Total
Cura	9307	67	2	9376
Óbito pelo agravo notificado	1	0	1	2
Total	9308	67	3	9378

Fonte: Sinanweb

Tabela 7 Casos Notificados de Dengue no município de Uberlândia por ano de notificação segundo residência - 2010 a 2016.

ANO	Não residentes	Residentes
2010	2.952	2.895
2011	1.185	1.175
2012	1.004	984
2013	8.421	8.360
2014	6.114	6.051
2015	19.943	19.828
2016	13.057	12.956

Fonte: Sinanweb

1.2 MORTALIDADE

A mortalidade infantil passou de 11,3% para 10,95% por 1.000 nascidos vivos entre 2010 e 2016 (Tabela 8).

Ainda temos desafios para a qualificação da atenção pré-natal, ao parto e nascimento e ao recém-nascido, prioridades das ações de saúde da Comissão Mortalidade Materno Infantil de Uberlândia. As principais causas de mortalidade são as afecções perinatais, relacionadas à qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento, atenção ao

puerpério e ao recém-nascido. A prematuridade, a asfixia durante o parto e infecções maternas são as causas principais de óbito e se destacam pelo seu grande potencial de prevenção.

Tabela 8 Taxa de Mortalidade Infantil residentes, Uberlândia, 2010-2016.

Ano	Óbitos	Nascidos Vivos	%
2010	95	8.410	11,30
2011	91	8.564	10,63
2012	76	8.570	8,87
2013	76	9.003	8,44
2014	95	9.425	10,08
2015	84	9.673	8,68
2016	102	9.313	10,95

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

A taxa de mortalidade materna vem apresentando uma tendência de queda, passando de 47,5%, em 2010, para 21,47% em 2016 (Tabela 9). Esse indicador reflete a melhoria de acesso e assistência à saúde das gestantes e ao esforço desta Secretaria para implantação das boas práticas de assistência ao parto que impactam na mortalidade materna, fetal e infantil do município. A variação dessa medida, a cada ano, ocorre devido ao pequeno número de casos de óbitos maternos que torna esse indicador sensível a cada caso de óbito ocorrido.

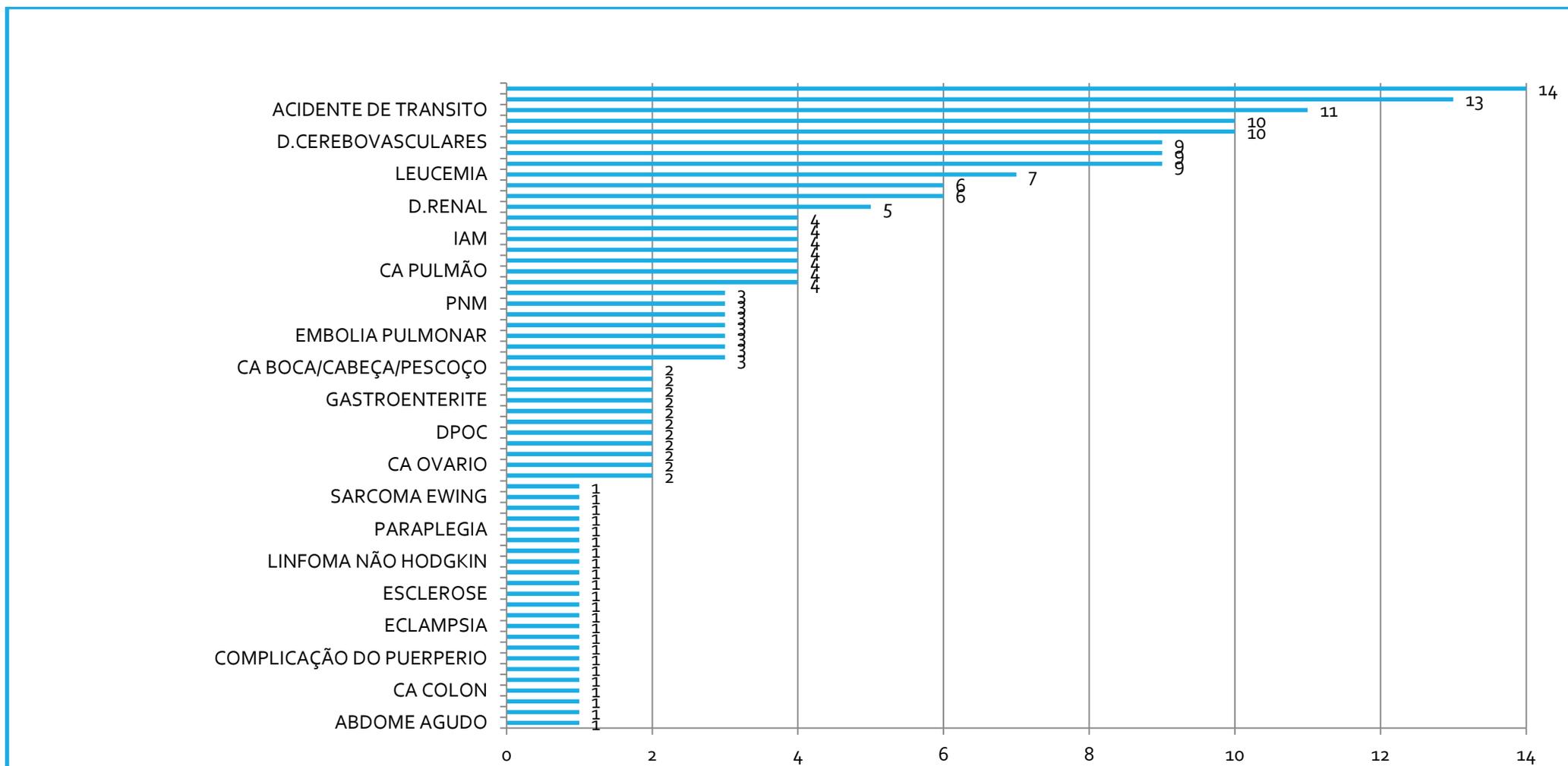
Na análise da morte materna verifica-se uma relação estreita com a atenção à saúde e o predomínio das causas diretas de óbito, com destaque para: a qualificação da atenção pré-natal e atenção à gestação de risco; as falhas na assistência ao parto e na assistência na maternidade; os problemas na atenção ao puerpério, etc.

Tabela 9 Taxa de Mortalidade Materna residentes em Uberlândia, por ano, 2010 - 2016.

Óbitos	Óbitos maternos	NV	Taxa MM
2010	4	8.410	47,5
2011	4	8.564	46,7
2012	0	8.570	0
2013	2	9.003	22,21
2014	5	9.425	53,05
2015	2	9.673	20,67
2016	2	9.313	21,47

Fonte: SMS/ Vig. Epidemiológica / SIM, 2017

Gráfico 5 Óbitos em mulheres idade fértil, segundo ano, residentes no município de Uberlândia - MG, 2016



Fonte: SMS/ Vig. Epidemiológica / SIM, 2017

A Tabela 10 aponta os principais grupos de causas de mortalidade, onde em primeiro lugar estão as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias, as causas externas de morbidade e mortalidade, e as doenças do aparelho respiratório. As doenças do aparelho circulatório vêm apresentando queda, desde 2014, ao passo que as neoplasias e as causas externas, têm aumentado.

Tabela 10 - Óbitos residentes em Uberlândia, por ano, segundo causa, 2010 - 2016.

Causa (Cap CID10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	225	184	223	208	273	254	262
II. Neoplasias (tumores)	608	607	633	620	695	693	723
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	14	18	10	19	12	14	17
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	100	107	98	101	109	118	122
V. Transtornos mentais e comportamentais	32	24	9	8	12	45	51
VI. Doenças do sistema nervoso	111	92	98	88	113	161	122
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	0	0	1	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	925	952	981	1.069	1.063	1.018	1.100
X. Doenças do aparelho respiratório	406	371	415	395	457	449	442
XI. Doenças do aparelho digestivo	191	211	197	206	229	233	199
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	11	15	12	11	14	22
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	23	22	23	33	34	42	51
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	84	97	97	108	110	113	118
XV. Gravidez parto e puerpério	4	4	0	2	5	2	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	101	91	99	113	111	136	133
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	32	40	33	29	35	31	29
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	197	138	100	88	123	141	114
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	446	464	470	440	440	392	404
Total	3.509	3.433	3.501	3.539	3.833	3.856	3.912

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM

1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se 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. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

As evidências demonstram a sua capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A Atenção Primária à Saúde se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos, ou seja, médicos de família e comunidade são procurados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça, mal-estar, etc.), e frequentemente esses sintomas não evoluem para uma patologia. Diferentemente dos especialistas em enfermidades (cardiologistas, neurologistas, gastroenterologistas, etc.) que mais comumente recebem pacientes quando os problemas se encontram em estágios avançados e, portanto, em fases em que a patologia se encontra mais definida.

A SMS reconhece a Atenção Primária à Saúde como principal articuladora e coordenadora da Atenção à Saúde no município de Uberlândia, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde. Atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos, com processos de qualificação do acesso à Atenção Primária orientados segundo o perfil epidemiológico, com propostas de manutenção de programas e aprimoramento de outros, a exemplo do Programa Qualifica SaUDI, que busca novos modelos organizativos, mais adequados à atenção às condições crônicas de saúde, que englobam entre outras a gestação, hipertensão e diabetes.

A Atenção Primária do Município de Uberlândia adotou o PMAQ com o objetivo de incentivar as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos

do território. Por isso, propôs um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde e com isso o programa garante o recebimento de recursos de incentivo federal, para o município melhorar o padrão de qualidade no atendimento.

As ações de Promoção da Saúde são realizadas de forma intersetorial e articuladas com outras políticas públicas, onde a participação social tem sido fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos, pois resgata a capacidade do cidadão de refletir e atuar sobre sua saúde e de sua comunidade, e ainda permite à gestão do sistema de saúde executar ações com base nas reais necessidades da população.

A implantação de uma equipe de Consultório na Rua fortaleceu as ações da Atenção Primária, pois permitiu atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades de Atenção Primária de Saúde e, quando necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

O Programa de Controle do Tabagismo desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção à iniciação ao uso do tabaco e o cuidado da pessoa tabagista na Rede SUS. O atendimento é realizado prioritariamente nas UAPS por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. São organizados grupos de fumantes que participam de sessões estruturadas que incluem avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva. Em 2016, havia 150 pessoas com terapia medicamentosa participando deste serviço.

As ações de alimentação e nutrição perpassam os três níveis de atenção à saúde, ou seja, estão organizadas nos diversos pontos de atenção à saúde das redes e estimulam a adoção de hábitos saudáveis, a educação alimentar e nutricional e o aleitamento materno. Os riscos nutricionais permeiam todo o ciclo de vida, assumindo diferentes configurações epidemiológicas em função do processo saúde-adoecimento da população. A segurança alimentar e nutricional é requisito fundamental à afirmação plena de desenvolvimento físico, mental e social dos indivíduos. Uberlândia, no ano de 2016, acompanhou o estado nutricional de 25.504 pessoas.

Entendendo que as práticas corporais ou atividades físicas são consideradas fator de proteção à saúde e contribuem para o aumento da qualidade de vida, o município fez a adesão a Política Estadual de Promoção da Saúde – POEPS. Essas atividades devem ter efetiva ligação com as demandas do território para que sejam incorporadas no cotidiano dos indivíduos e para que os mesmos possam usufruir de todos os seus benefícios. Cabe ressaltar que a oferta deverá ocorrer minimamente 3 (três) vezes na semana para cada grupo. As ações de atividade física são realizadas por profissionais de educação física na saúde ou fisioterapeuta. As atividades ocorrer ao ar livre, em praças, Academias ao Ar Livre, Ginásios, Salões Comunitários, dentre outros espaços que o município dispõe, observando o melhor acesso e a acessibilidade de acordo com o público usuário.

1.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

A portaria do Ministério da Saúde nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 define Redes de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As redes são formas de organização que articulam serviços e sistemas de saúde, com equipes multidisciplinares, unindo cada ponto da rede. Dessa forma o sistema é capaz de responder às necessidades da população, encaminhando aos serviços especializados quando houver necessidade.

Para que fique mais claro, a rede de atenção à saúde se organiza para a continuidade da atenção (primária, secundária e terciária), compreendendo as condições crônicas e agudas (de forma integral- promoção da saúde, cura, cuidado...) da população; o cuidado multiprofissional faz com que o serviço seja voltado para o paciente através dos agentes de saúde, focando no acompanhamento completo da atenção à condição ou doença.

O município de Uberlândia procura assegurar a resolutividade na rede de atenção, buscando alguns fundamentos necessário como economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos. Porém, encontra grandes desafios para construção de Redes de atenção. O primeiro é o fortalecimento da atenção primária à saúde, pois a APS organizada

fortalece o vínculo dos usuários e das famílias do território, com as equipes de saúde e a oferta de cuidado longitudinal, seja nas ações de promoção, prevenção, curativas, assim como na reabilitação. O segundo desafio é a organização das referências e contra referência da média complexidade e sistema de apoio diagnóstico. A equidade permite assegurar atenção diferenciada a pessoas, populações ou grupos, sujeitos a variados riscos de adoecer e morrer, que necessitam de acesso aos diferentes tipos de serviços de saúde. Para garantir esse cuidado é necessário um planejamento e priorização, subsidiados pelos sistemas logísticos e de apoio eficiente. E o outro desafio para o município tem sido a organização da atenção às urgências e emergência e da Atenção Hospitalar, pois a insuficiência de leitos afeta diretamente estas ações.

1.4.1 Mãe Uberlândia

A linha de cuidado integral para a atenção em saúde da gestante, puérpera e recém-nascido em Uberlândia vem sendo desenvolvida pela Rede de Atenção Materno infantil Mãe Uberlândia. Na atenção primária os direitos, o acesso, a qualidade e equidade em saúde para as mulheres e crianças são viabilizados pelas equipes das unidades de saúde. Na atenção especializada, o pré-natal de alto risco é realizado na Universidade Federal de Uberlândia. A atenção ao parto e nascimento de qualidade conta com 2 maternidades. Existem os leitos de alto risco para a mulher e o bebê nas maternidades, assim como o Cuidado Canguru na UFU.

A continuidade do cuidado após a alta é garantida pelo o acompanhamento da puérpera e do bebê pela atenção primária, com a puericultura e o seguimento em saúde da mulher e o planejamento reprodutivo. O movimento pelo Parto Normal mobiliza a comunidade, profissionais e gestores para informar e divulgar os benefícios do parto normal, assegurar as práticas baseadas em evidências para incentivar a redução dos índices de cesariana desnecessária e da morbimortalidade materna e infantil no município.

1.4.2 Atenção ao Idoso

A promoção do envelhecimento saudável e o atendimento aos idosos, especialmente aos frágeis ou em situação de fragilidade são grandes desafios para a Saúde Pública. Ao

conhecer o perfil demográfico e epidemiológico desse segmento, busca-se otimizar o fluxo de atendimento na rede SUS-Uberlândia, contemplando o idoso independente, o frágil, o desospitalizado, e aquele que reside em Instituição de Longa Permanência (ILPI).

É de vital importância o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF), sem as quais se inviabilizaria o atendimento a estes usuários. Para possibilitar intervenções mais precoces de promoção, prevenção e atenção à saúde dos idosos, deve-se alertar e instrumentalizar todas as equipes para a identificação dos idosos frágeis ou em processo de fragilização, atendidos nos domicílios e nas unidades de saúde.

Identificar mais precocemente o processo de fragilização do idoso; favorecer a reabilitação funcional do idoso frágil; favorecer a reinserção sócio-familiar; qualificar o atendimento ao usuário idoso, evitando ou retardando a dependência, e a institucionalização; instrumentalizar as Equipes de Atenção Primária para que sejam mais resolutivas, favorecendo a criação de vínculos entre a unidade e o usuário; avaliar globalmente os idosos (avaliação clínica e exames complementares) e elaborar um Plano de Cuidado, com estabelecimento de fluxos de atendimento, tem sido o objetivo da Secretaria Municipal de Saúde.

1.4.3 Atenção Psicossocial

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 propôs o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, mas foi a Portaria 3088 de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde, que marcou a importância do cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde, bem como a articulação entre esses pontos.

A implementação e ampliação desta rede é marcada por desafios diários para o fortalecimento do cuidado integral, a diminuição dos estigmas, a valorização da autonomia e do autocuidado apoiado. Nestes esforços a Atenção Primária com suas equipes de referência, equipes de NASF e Consultório na Rua, alicerçam o trabalho em território e no ordenamento do cuidado necessário às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O cuidado estratégico em saúde mental conta com 06 Centros de Atenção Psicossocial: 01 CAPS III adulto, 01 CAPS ad III, 02 CAPS II adulto, 01 CAPSi - Infância e Adolescência e 01 CAPS ad II, este último sob a gerência da Universidade Federal de Uberlândia. O que diferencia os CAPS tipo III é o funcionamento 24 horas. Além disso, o cuidado para a infância e adolescência dispõe de 01 Unidade de Acolhimento, vinculada ao CAPSi.

Em relação à retaguarda de leitos em saúde mental a mesma é feita pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, enquanto a retaguarda para casos de urgência em Saúde Mental está prevista para ocorrer em todos os Pronto Atendimentos das UAIs, com o processo de descentralização nas urgências em Saúde Mental.

Muitos avanços já foram alcançados, mas é necessário manter sempre as equipes qualificadas e trabalhando de forma articulada tanto entre os três níveis de atenção em saúde, como com as demais redes temáticas com as quais mantem interface. O trabalho interdisciplinar e que contempla também a intersetorialidade são imprescindíveis para que as pessoas atendidas pela Rede de Atenção Psicossocial recebam atenção integral à saúde que prime pelo cuidado em território e de base comunitária contribuindo para fortalecer os vínculos familiares e sociais.

1.4.4 Saúde Bucal

A atenção à saúde bucal tem como foco o processo de trabalho das equipes tendo em vista melhorar a integração da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. As atividades desenvolvidas em conjunto com o Programa de Saúde Escolar têm ampliado as ações de promoção e prevenção nas Escolas Estaduais e Municipais, e melhoram a vigilância das doenças bucais nas crianças e adolescentes. A rede de Saúde Bucal tem a sua porta de entrada na atenção primária. O atendimento odontológico é ofertado para todas as faixas etárias nas 52 unidades de saúde e em pontos de atendimento odontológico, que compreende: atividades de promoção e prevenção das doenças bucais com desenvolvimento de ações a nível individual e coletivo; controle da doença cárie e periodontal; realização de restaurações diretas; pequenas cirurgias e exodontias; identificação de lesões bucais; atendimento às urgências; participação em ações integradas às equipes de saúde da família e ao Programa Saúde Escolar, buscando a melhoria dos serviços ofertados qualificando o cuidado. O encaminhamento para atendimento

especializado é realizado, quando necessário, e dentro dos protocolos nas especialidades: endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais e cirurgia. A rede especializada é composta por 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Pampulha e Roosevelt. Os atendimentos às urgências são realizados em todas as unidades. O atendimento das urgências, após as 19:00 horas, nos feriados e finais de semana, é realizado na UFU.

1.4.5 Cuidados à Pessoa com Deficiência

Na atenção primária, a responsabilidade pelo cuidado às pessoas com deficiência é compartilhada entre equipes de Saúde de Atenção Primária, profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF, principal responsável por esse tipo de cuidado pela especificidade dos saberes técnicos que agrega, é formado por profissionais de diversas categorias, dentre as quais fisioterapeutas e fonoaudiólogos que se constituem em referência para as equipes de saúde da família e desenvolvem ações de reabilitação com o objetivo de manter a população sob sua responsabilidade com a maior capacidade funcional possível.

Na atenção especializada ambulatorial, atualmente, existe uma unidade com equipes multidisciplinares: o Centro Reabilitação.

1.4.6 Diretoria de Controle e Regulação em Saúde

A Regulação ao Sistema de Saúde começa na Atenção Primária, sendo essencial que os técnicos apoiem as Equipes de Saúde da Família no encaminhamento dos usuários para os demais níveis de atenção. A Regulação não deve ser uma atividade administrativa distanciada dos serviços assistenciais, apenas recebendo solicitações e organizando agenda de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico. A qualificação do processo de regulação do acesso exige que os profissionais da Regulação participem do dia a dia da Atenção Primária, com objetivo de compreender os processos de trabalho das equipes e contribuir para qualificação dos encaminhamentos, buscando sempre dispositivos que possam melhorar a eficácia das referências e contra referências. O conceito sobre Regulação em saúde e a sua prática nem sempre são compreendidos claramente pelos usuários e

trabalhadores dos serviços de saúde. Muitos atribuem à Regulação a responsabilidade exclusiva pelo acesso aos diversos níveis de atenção, através de um fluxo contínuo. Tal fluxo depende não só da Regulação, mas de diversos outros atores da rede de atenção à saúde. A Política Nacional de Regulação em Saúde conceitua a regulação segundo sua ação sobre sistemas de saúde (Regulação sobre Sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários a estes serviços (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial). Tais ações articuladas efetivam a universalidade e equidade do acesso, a resolubilidade e integralidade do cuidado, enfim, ações meio que ajudam a criar as condições para uma atenção à saúde pautada pelas necessidades e direitos de usuários cidadãos.

Dessa forma, o sistema de regulação, na medida em que opera sobre a relação entre oferta e demanda das ações e serviços de saúde na perspectiva da racionalização dos gastos, tem papel importante na melhoria da gestão dos recursos financeiros e materiais do sistema e bem como na melhoria da assistência aos usuários do sistema.

1.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As ações de vigilância em saúde devem ocorrer de forma articulada com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS visando a integralidade da atenção à saúde da população. A articulação entre as vigilâncias (epidemiológica, em saúde ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária) e as contribuições de diversas disciplinas (geografia, planejamento urbano, epidemiologia, administração e ciências sociais dentre outras) devem ser incorporadas na construção da vigilância em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local.

Nessa direção, a vigilância em saúde deve se constituir em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, abrangendo processos e práticas relacionados às seguintes áreas:

- I. Vigilância Epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o

conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde;

- II. Vigilância em Saúde Ambiental: conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;
- III. Vigilância em Saúde do Trabalhador: conjunto de ações que visam à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho;
- IV. Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

1.5.1 Imunizações

Historicamente, diversos calendários de vacinação foram propostos em função de diferentes situações, tais como: situação epidemiológica, mudanças nas indicações das vacinas ou incorporação de novas vacinas.

Em 2016 a vacina da Hepatite B passa a ser disponibilizada para a população independentemente da idade e condição de vulnerabilidade.

Em 2017 O Ministério da Saúde passa a disponibilizar:

1. A vacina HPV quadrivalente para a população masculina de 11 a 14 anos de idade. A faixa etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos os

meninos com 9 anos até 14 anos de idade. A vacina HPV também estará disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE para indivíduos imunodeprimidos (indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos, transplantes de medula óssea ou pacientes oncológicos) que deverão receber o esquema de 3 (três) doses (0, 2 e 6 meses) para ambos os sexos, nas faixas etárias entre 9 e 26 anos de idade.

2. A vacina meningocócica C conjugada para adolescentes de 12 a 13 anos. A faixa-etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos crianças e adolescentes com 9 anos até 13 anos.
3. Passa a disponibilizar duas doses de vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) para pessoas de 12 meses até 29 anos de idade e uma dose da vacina varicela (atenuada) para crianças até quatro anos de idade.
4. A Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) tipo adulto – dTpa para as gestantes a partir da 20ª semana de gestação. As mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério, o mais precoce possível.
5. A vacina hepatite A para crianças até 4 anos de idade.

Tabela 11 - Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 01 ano de idade. Uberlândia, 2013-2016.

ANO	BCG	Meningo C	Penta	Pneumocócica	Poliomielite	Rotavirus Humano	Febre Amarela
2013	109%	103%	101%	105%	102%	96%	95%
2014	116%	98%	98%	97%	95%	98%	90%
2015	111%	103%	97%	97%	87%	100%	84%
2016	96%	96%	94%	94%	83%	91%	86%

Fonte: SIPNI

1.5.2 Castração de cães e gatos

A Castração de cães e gatos é realizada por de cirurgias de esterilização de cães e gatos pelo convênio PMU/ HV-UFU visando o controle ético da população de animais. Esta atividade foi instituída enquanto política pública em 2009, e vem a cada ano se consolidando como um relevante serviço junto à população, o que pode ser observado através do aumento gradativo da procura pelo procedimento (Quadro 1).

Quadro 1 - Número de cirurgias de esterilização animal. Uberlândia, 2009-2016

ANO	QTE CÃES	QTE GATOS	TOTAL CASTRADOS
2009	404	234	638
2010	554	327	881
2011	755	504	1259
2012	535	389	924
2013	997	642	1639
2014	919	571	1490
2015	742	475	1217
2016	752	501	1253
TOTAL	5658	3643	9301

Fonte: CCZ - Uberlândia - MG

Vacinação de cães e gatos de 2010 a 2016, sendo que nos anos 2011 e 2014 não houve Campanha de Vacinação anti-rábica animal. (Quadro 2).

Quadro 2 - Vacinação anti-rábica de cães e gatos. Uberlândia, 2010-2016.

ANO BASE	CANINOS		FELINOS		TOTAL
	MACHOS	FÊMEAS	MACHOS	FÊMEAS	
Ano 2010	31498	34024	2104	2188	69814
Ano 2013	31106	34955	2551	2649	71261
Ano 2015	33.044	36.855	3.038	3.067	76.004
Ano 2016	33.994	37.239	3.859	3.944	79.036

Fonte: CCZ - Uberlândia - MG

1.5.3 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS

Em Uberlândia o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde PICS foi criado em 2013 e conta hoje com catorze profissionais, os quais atuam em homeopatia, acupuntura, antroposofia, Meditação, Reiki, Terapia Floral e Dança Circular. Em 2015 foi criado o Centro de Referência Municipal em PICS – CRPICS, que atende pacientes encaminhados pelas diversas unidades de saúde da Rede. Entre os profissionais citados, alguns atuam em Unidades de Atenção Primária, outros no CRPICS. No decorrer deste ano nos deparamos com alguns problemas organizativos: falta de normatização e regulamentação sobre as práticas, inconsistência entre os dados informados ao PEPICS, os

atendimentos registrados no E-SUS e o cadastro de profissionais de PICS no CNES. Entendemos que as PICS devem estar na Atenção Primária e que devem ser realizadas por profissionais das Unidades de Saúde de forma complementar; por isto nosso principal objetivo é a capacitação de profissionais da APS no atendimento em PICS, de forma que possamos ampliar o atendimento em PICS a toda a Rede. Paralelo a isto precisamos divulgar as PICS para a população para os profissionais da Rede Municipal e para os Conselheiros de Saúde. É necessário que todos entendam a importância e o papel das PICS na Promoção, Prevenção e Tratamento.

Entretanto nosso maior desafio é a consolidação do projeto de Arranjo Produtivo Local - APL - um projeto do Ministério da Saúde cujo objetivo é o desenvolvimento de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Com a sua adesão ao APL em 2013, o município recebeu um incentivo financeiro atrelado ao cumprimento de diversas metas a serem desenvolvidas em dois anos. Em 2015, a gestão não havia conseguido atingir as metas comprometidas e solicitou prorrogação de prazo por mais dois anos, entretanto não avançou significativamente nas metas propostas, cabendo a esta gestão a consolidação deste projeto.

1.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa de atividades relacionadas aos medicamentos e seus usuários, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Essas atividades englobam intervenções logísticas e ações assistenciais no âmbito do cuidado farmacêutico nos níveis primário, secundário e terciário das Redes de Atenção à Saúde, de forma a integrar o processo de cuidado em saúde.

Nesse contexto, a garantia do acesso aos medicamentos não deve ser a única finalidade da Assistência Farmacêutica. Outras condições deverão ser atendidas para que o sucesso do tratamento farmacológico seja alcançado. Entre elas, que o usuário receba nas consultas farmacêuticas as informações e orientações que possibilitem o uso correto do medicamento e que consigam cumprir de forma adequada o seu tratamento; que o medicamento seja

efetivo; que o medicamento não cause danos à saúde do paciente ou que, caso não seja possível evitá-los, os benefícios sejam superiores.

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica tem sido pautada pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é o instrumento oficial que contempla todos os medicamentos, soros, vacinas e insumos disponíveis no âmbito do SUS. A avaliação de incorporação no SUS de novos produtos, com base nos critérios de eficácia, segurança e eficiência, é de responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. As orientações para o uso racional desses produtos, por sua vez, estão oficialmente dispostas no Formulário Terapêutico Nacional e nos Protocolos, Clínicas e Diretrizes Terapêuticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, conforme preconizado pela Lei 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.508/2011. O Município pode ainda adotar relações complementares de medicamentos, considerando as necessidades da população.

Entre 2011 e 2016 os investimentos realizados pelas três esferas de gestão em Assistência Farmacêutica somaram cerca de R\$ 84.186.195,6 bilhões e proporcionaram à população o acesso a medicamentos e insumos padronizados nas políticas públicas. Os valores investidos, bem como os respectivos números de pessoas atendidas podem ser observados nos Gráficos 6 e 7 abaixo:

Gráfico 6 – Investimentos Assistência Farmacêutica – 2011-2016

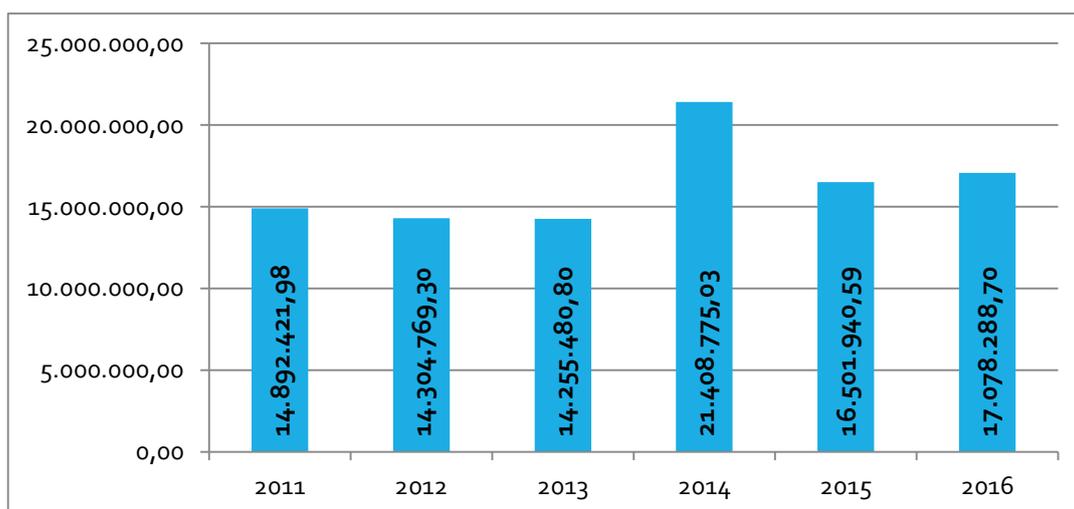
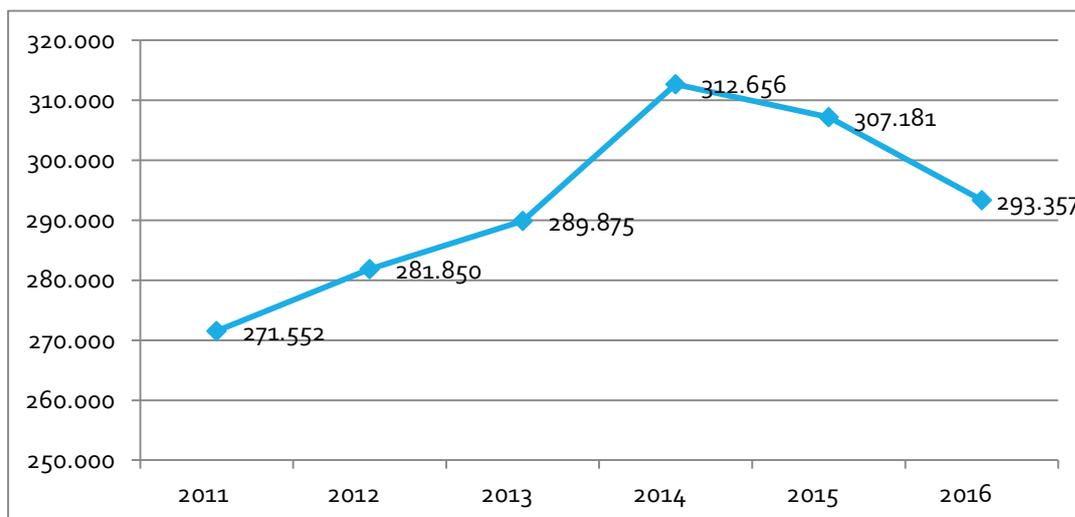


Gráfico 7 – Pessoas atendidas nas farmácias da secretária de saúde, no município de Uberlândia – 2011-2016



Além dos medicamentos do Componente Básico, a população Uberlandense conta com medicamentos e insumos do Componente Especializado e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Esse amplo elenco pretende contemplar a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, bem como a prevenção, tratamento e controle de doenças e agravos com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis.

O crescimento dos investimentos necessários para a promoção do acesso a medicamentos, bem como do número de usuários, tem trazido grandes desafios gerenciais à Secretaria de Saúde. Essa evolução tem exigido, além da mobilização de recursos municipais para aquisição de medicamentos, uma relevante mobilização de recursos para a reestruturação das unidades responsáveis pelo gerenciamento logístico, bem como de atendimento aos usuários, de forma a manter a qualidade dos medicamentos e dos serviços prestados. Esse crescimento, por exemplo, no número de usuários das farmácias das Municipais de Saúde, conforme demonstrado no Gráfico 7.

Mesmo com toda a organização da Assistência Farmacêutica em Uberlândia e do amplo elenco de medicamentos padronizados pelas políticas públicas, permanece a demanda por fornecimento de medicamentos não contemplados na RENAME ou não previstos para determinadas situações clínicas ou agravos. Esse fato tem desencadeado a obrigação da SMS para o fornecimento de medicamentos por meio de determinações judiciais.

Em virtude do exposto, as demandas judiciais são consideradas um dos grandes desafios para os gestores do SUS. Para tanto, fez-se necessária a estruturação da SMS e sua articulação com os demais entes externos envolvidos de modo a promover o cumprimento das ordens judiciais, bem como orientar esses entes acerca da designação correta do nível de gestão responsável pelo financiamento dos medicamentos.

1.7 REDE DE ASSISTÊNCIA

A rede de assistência à saúde de Uberlândia procura garantir ao cidadão uma estrutura física, com recursos humanos tecnicamente preparados com termos de um contrato estabelecido previamente, buscando otimizar os recursos financeiros.

1.7.1 Rede Física do SUS

A prestação de serviços do sistema único de saúde no município é predominantemente realizada por unidades organizadas em pontos de atenção da rede municipal de saúde, coordenadas pela atenção primária. O cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde.

Com relação aos prestadores da rede de assistência ambulatorial, Uberlândia conta com uma unidade da APARU - Associação dos Paraplégicos de Uberlândia, com natureza jurídica privada, que desenvolvem ações coletivas/individuais em saúde, tais como: consultas, atendimento/acompanhamento, tratamento odontológico e bucomaxilo-facial.

Conta com nove entidades empresariais, três sociedade anônima fechada e cinco sociedade anônima fechada, realizando ações de produção de atenção básica, média e alta complexidade, com diferentes prestações de serviços, tipo: terapias especializadas, diagnóstico por ultrassonografia, métodos, diagnósticos em especialidade, consultas, atendimentos e acompanhamento, cirurgia do aparelho de visão, diagnóstico em

laboratório clínico, diagnóstico por anatomia, patológica e citopatologia, ultrassonografia, diagnóstico por radiologia, fisioterapia, teste rápido.

O número de estabelecimentos de saúde registrados cadastro nacional de estabelecimento de saúde no ano 2016 foi de 1.509, sendo que a maior parte de consultório isolado (981) e clínica/centro de especialidade (269).

Com relação ao número de leitos da rede hospitalar no ano 2016, temos 1.441 leitos sendo 958 SUS, e as uti são 203 leitos sendo 133 SUS.

1.7.2 Recursos Humanos

A gestão do trabalho em saúde parte da premissa de que o trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde, no qual o trabalhador da saúde é reconhecido como agente transformador e não apenas como recurso humano. O trabalhador é considerado peça fundamental no processo de contínua melhoria dos serviços prestados à população, impactando diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e na melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos.

Com vistas ao desenvolvimento de características dinâmicas e proativas às temáticas de recursos humanos, esta Secretaria vem buscando manter um quadro de profissionais capaz de garantir a continuidade dos serviços e a qualidade dos seus processos. Este é o grande desafio para garantir o funcionamento do sistema de RH da Saúde: atrair, selecionar, fixar e qualificar profissionais de saúde para a rede de serviços, no âmbito do SUS-Uberlândia.

Atualmente, o quadro de servidores da Secretaria de Municipal da Saúde (SMS), segundo dados de julho de 2017, registrou a existência de 1.513 servidores efetivos, profissionais dentre estatutários, celetistas, municipalizados, contratos administrativos, conveniados, estagiários e terceirizados. A situação atual dos cargos de provimento em comissão e funções de gestão ocupados é 95 e 126, respectivamente. Temos ainda 1.342 servidores lotados na FUNDASUS e 1474 na Fundação Maçônica Manoel dos Santos.

1.7.3 Contratação de Organizações Sociais por Meio de Contratos de Gestão

A contratação de organizações sociais pela Secretaria Municipal de Saúde tem como objetivo dotar as unidades assistenciais de saúde de maior flexibilidade administrativa e autonomia, foco no cidadão, controle social e compromisso para resultados. No entanto, o Estado deve instituir processos e instrumentos de avaliação dos meios pelos quais estes resultados são obtidos.

Contrato de Gestão é o instrumento no qual se estabelecem as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de avaliação de desempenho e o processo de acompanhamento rotineiro, possibilitando assegurar que a unidade está apresentando os resultados planejados, de modo que eventuais desvios possam indicar o redirecionamento das ações, objetivando harmonizar os procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento de unidades de saúde pelas organizações sociais.

1.7.4 Financeiros

O financiamento, entre outros componentes do sistema de saúde, como a organização dos serviços, o modelo de atenção, a gestão, a governança e a regulação, é elemento essencial para o mesmo. Em relação ao SUS, o financiamento se dá de forma tripartite pelos governos federal, estadual e municipal, com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e de contribuições, tendo nesse o grande aporte de recursos. A sua materialização ocorre por meio do orçamento e sua execução financeira.

O art. 198 da constituição Federal, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 29/2000, estabeleceu uma base correspondente à receita de impostos de natureza municipal, sobre a qual deve ser aplicado o percentual de 15%. Tais percentuais foram fixados pelo art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). No Gráfico 9, abaixo, observa-se quanto o município tem aplicado de recurso próprio nos últimos anos.

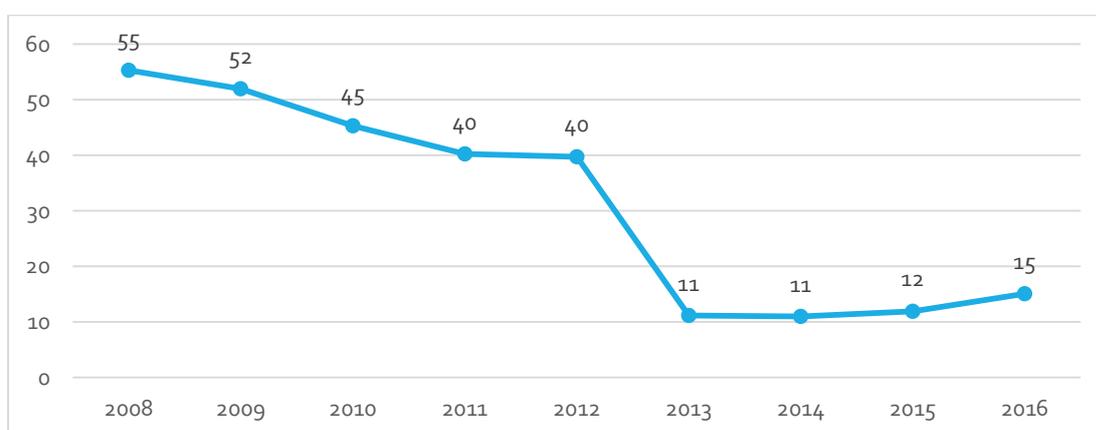
Gráfico 8 – Recurso próprios em Saúde-EC 29 por Ano, no município de Uberlândia – 2008-2016



Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Os gastos do município com pessoal e encargos sociais apresentado no Gráfico 10 mostra um decréscimo significativo nos últimos quatro anos, isso é reflexo da política de governo adotada neste período com a criação da Fundação Saúde do Município de Uberlândia – FUNDASUS. Porém, em 11 de janeiro de 2017, com a Lei complementar nº 616, a FUNDASUS é extinguida assim como os “empregos públicos” criados para ela, tornando ineficaz os processos seletivos e concurso para o preenchimento de vagas. Os servidores públicos cedidos pelo Município de Uberlândia à FUNDASUS retornarão aos órgãos ou entidades de origem. Este fato refletirá diretamente no aumento deste indicador a partir deste ano, uma vez que a legislação determina também que os recursos previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA) para a fundação serão aplicados como custeio dos serviços públicos de saúde.

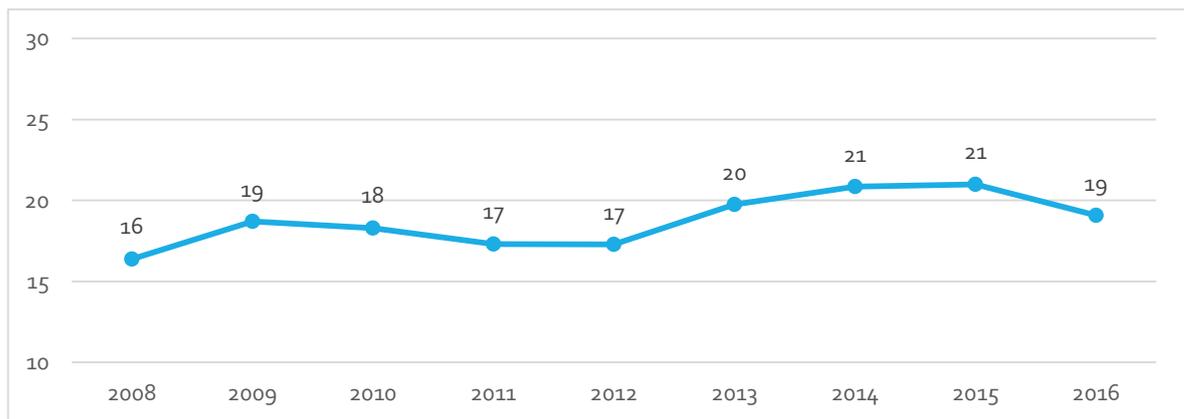
Gráfico 9 - Participação percentual da despesa com pessoal e encargos sociais na despesa total com saúde, no município de Uberlândia – 2008-2016



Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

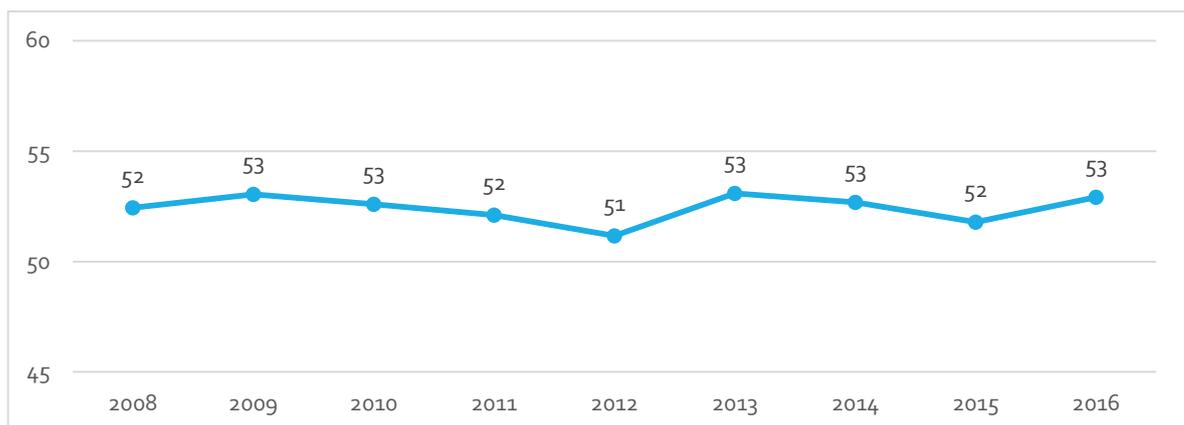
Com relação a capacidade de arrecadação de Uberlândia apresentou um pequeno crescimento nos anos de 2012 a 2013, porem em 2016 teve um decréscimo de 2 pontos percentuais (Gráfico 11), o município ainda apresenta um grau de dependência em relação às transferências financeira de outras esferas de governo média de 52% (Gráfico 12).

Gráfico 10 - Participação percentual da receita de impostos na receita total do DF, excluídas as deduções, no município de Uberlândia – 2008-2016



Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Gráfico 11 - Participação percentual das transferências intergovernamentais (excluídas as deduções) na receita total do DF, excluídas as deduções, no município de Uberlândia – 2008-2016

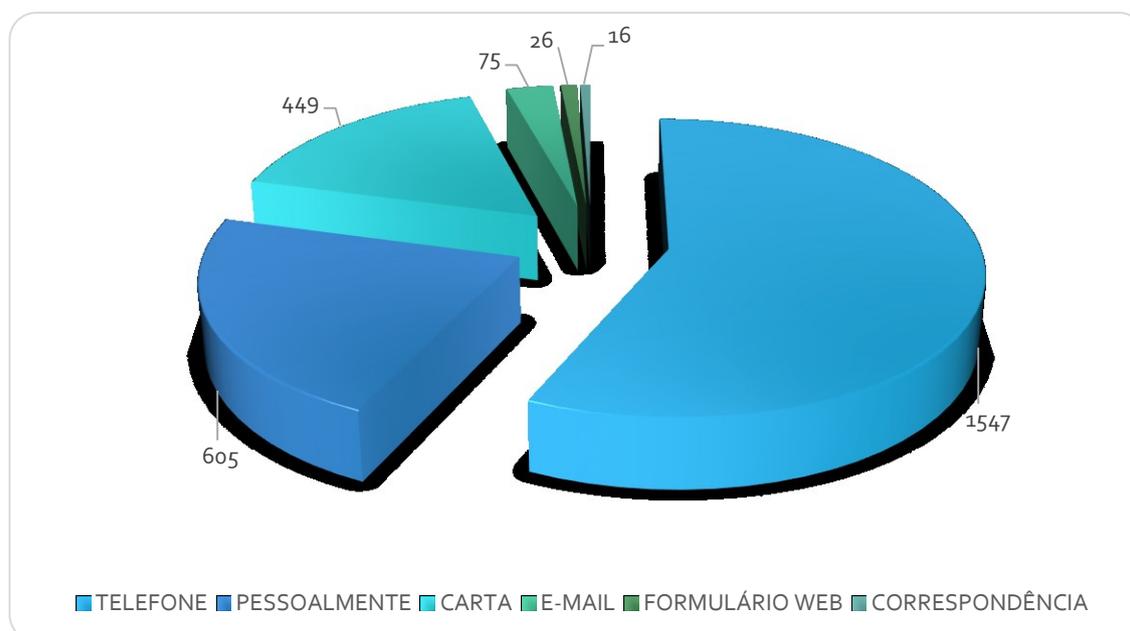


Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

1.7.5 Ouvidoria

A Ouvidoria é um meio de comunicação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o cidadão que utiliza os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde/SUS. É responsável por realizar a mediação do cidadão com as Unidades e Setores desta Secretaria. Dentre as atribuições mais importantes deste serviço destacam-se: escuta qualificada e respeitosa, onde prevaleça a ética; registro, envio e acompanhamento das demandas apresentadas pelos usuários (reclamação, sugestão, crítica, denúncia, elogio) bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido pelo sistema OuvidorSUS de acordo com sua classificação verificada pelo Técnico atendente da Ouvidoria, para que assim possamos dar o devido retorno aos cidadãos. São gerados relatórios, com intuito de disseminação das informações de saúde e subsídios, que podem ser utilizados pela Gestão nas tomadas de decisões e na formulação de Políticas Públicas da Saúde. A Ouvidoria recebeu em 2016, 2.718 demandas, destas 2.553 foram encaminhadas e resolvidas. O ano fechou com 65 demandas pendentes. O Gráfico 8 mostra o detalhamento das demandas por tipo de registro.

Gráfico 12 - Demandas Recebidas Ouvidoria



Fonte: Sistema OuvidorSUS

1.7.6 Transporte Sanitário

A Portaria do Ministério da Saúde nº 824/GM de 24 de junho de 1999, classifica as Ambulância de Transporte do município como Tipo A, ou seja, veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, tripuladas apenas pelo motorista quando o paciente for estável e sem risco, e se o paciente estiver recebendo soro, deverá estar acompanhado de um auxiliar de enfermagem.

Atualmente, dispomos de 71 veículos, sendo 37 Ambulância de Transporte Tipo A e 34 carros “administrativos”. Todos apresentando necessidade constante de manutenção corretiva. A frota de ambulâncias vem apresentando mais problemas, uma vez que não tivemos condições de novas aquisições e reposição.

Para a Manutenção Preventiva e Corretiva destes veículos conta-se com uma verba anual de R\$ 8.000,00 por veículo. Esta manutenção é coordenada pela D.O.M. – Diretoria de Operações e Manutenção, que avalia o veículo e determina se o conserto será realizado na própria D.O.M. ou em oficina credenciada.

Sabe-se que a renovação e novas aquisições diminuiria significativamente demanda por manutenção e conseqüentemente melhoraria as condições de trabalho.

2 PROPOSTA DE GOVERNO

“Prontos para o trabalho!

Este é o nosso programa de governo que vai ser apresentado à Justiça Eleitoral com os 11 principais pontos setoriais da nossa proposta. Mas, antes disso, quero ter uma conversa franca com a população da minha querida Uberlândia.

Só tive uma razão para colocar o meu nome novamente como candidato a prefeito de Uberlândia. A minha vida pública de vários anos, com cinco mandatos de deputado federal,

dois de prefeito, só ocupei essas posições políticas porque o povo acreditou em mim e votou em mim. Porque recebi o carinho de Uberlândia.

Nesse momento da minha vida e, principalmente da crise vivenciada em nossa cidade, eu não poderia virar as costas para o meu povo. Porque nunca virei. Esta é a principal razão da minha candidatura junto com o meu colega de chapa, o engenheiro civil Paulo Sérgio Ferreira.

Nós só estamos aqui, colocando nossos nomes à disposição dos eleitores, porque vocês quiseram que nós estivéssemos aqui. A autoridade é o povo.

Este é um momento ímpar de todos nós. Porque o compromisso não é só de um homem não, é de todos nós.

Fui perguntado sobre promessas. Eu respondi: Nenhuma. Ao longo do governo vão acontecer investimentos, porque as obras paradas nós vamos retomar. Vamos concluí-las, mas antes teremos que arrumar a casa, que anda bastante bagunçada.

Em virtude dessa situação atual, a nossa proposta é simples e sucinta. Queremos voltar a fazer gestão pública com responsabilidade.

Par isso, também temos que eleger vereadores e vereadoras da nossa coligação. Eles também têm o compromisso com a mudança da cidade de Uberlândia. Conto também com a colaboração de todos os servidores, porque sozinho ninguém faz nada.

Peço a Deus, que se essa missão for minha, que Ele me abençoe todos os dias da minha vida quando eu estiver nessa missão para eu ser um instrumento Dele olhando para o povo.

Juntos, vamos reconstruir a nossa querida Uberlândia!”

Odelmo Leão

2.1 PROPOSTAS

Recompor as unidades de saúde pública municipal de Uberlândia.

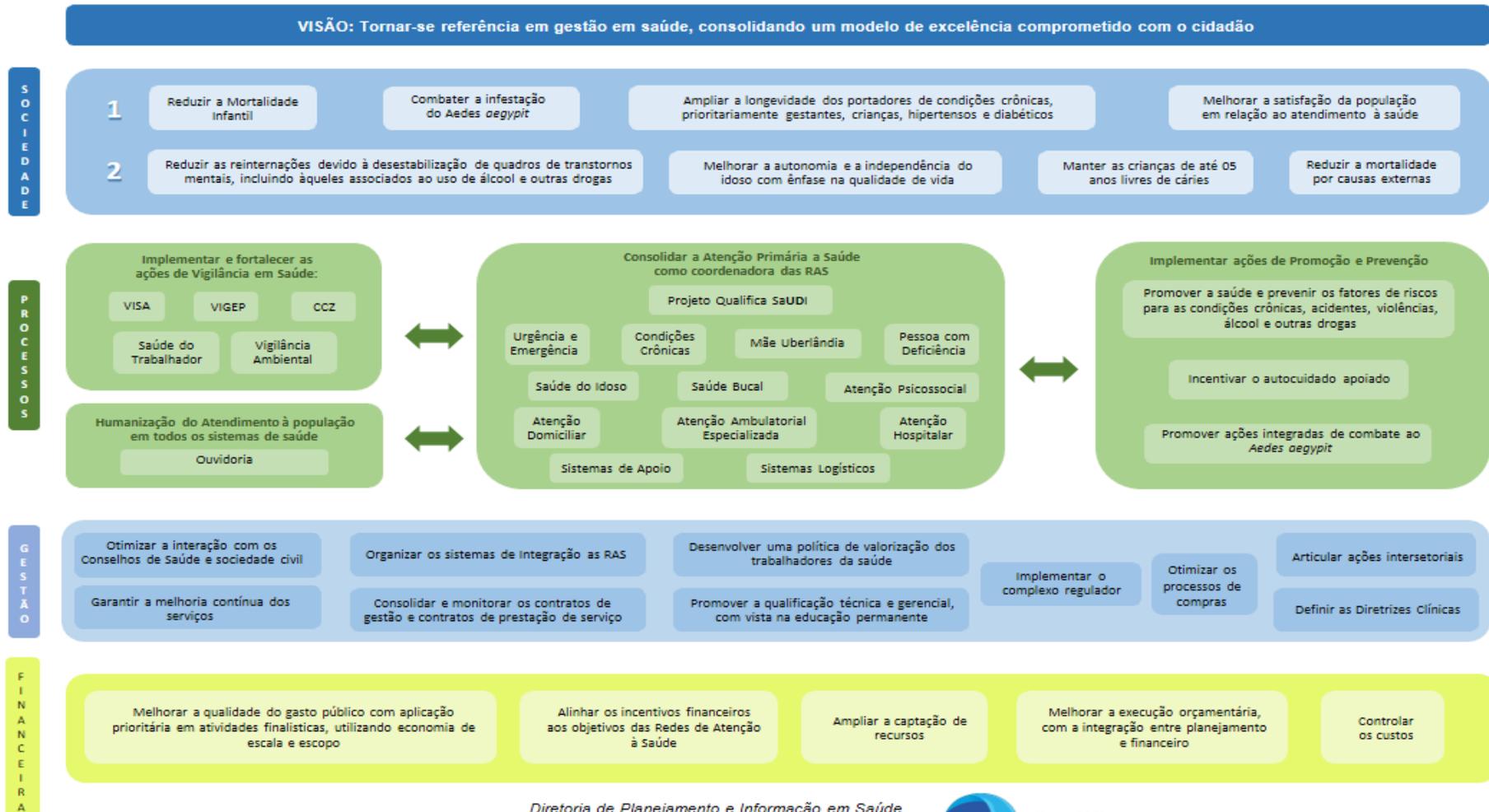
Reativar o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro em sua capacidade plena novamente, com a reabertura de leitos desativados e a realização de exames que estão suspensos.

Melhorar o atendimento nas Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) e no Programa Saúde da Família (PSF).

Reutilizar o sistema informatizado, com software específico para todas as unidades de saúde operarem em rede. Dessa forma, o histórico dos prontuários de atendimentos de todos os pacientes ficará acessíveis em qualquer unidade.

Retomar o plano diretor de atenção primária, com a classificação de risco de saúde da população e o reforço de medidas da medicina preventiva.

3 O MAPA ESTRATÉGICO



O mapa tem uma função de nos orientar através de processos para atingir os objetivos propostos.

Dentro dos processos a maioria de nossas ações são em Atenção Primária, formada por uma rede de processos como Mãe Uberlândia, Saúde do idoso, Atenção Psicossocial dentre outros.

Para apoiar essas ações dentro das estruturas de prestação de serviços contamos com Sistema de Apoio e Sistemas Logísticos compostos pela Regulação, o Sistema de Informação, o Transporte Sanitário e a Farmácia.

As vigilâncias, como o próprio nome diz, estão atentas ao que está ocorrendo no contexto da saúde do município, sendo a principal orientadora e norteador prevenção, promoção e proteção à saúde.

Quando falamos em promoção e prevenção à saúde temos que estar atentos as condições crônicas acidentes e violências álcool e outras drogas, a incentivar o autocuidado apoiado, bem como promover de combate ao *Aedes aegypti*.

Ainda dentro dos processos, a humanização é fundamental e a ouvidoria tem um papel muito importante junto aos conselhos de saúde.

A partir da observação do panorama é preciso decidir como executaremos essas ações e saber como ampliar a captação de recursos buscando otimizar os gastos, ou seja, fazer mais, melhor, com menos.

3.1 MISSÃO

A visão da Secretaria Municipal de Saúde é:

Garantir a gestão das ações integradas em saúde, visando a qualidade de vida da população.

3.2 VISÃO

A visão da Secretaria Municipal de Saúde é:

Ser um modelo de excelência em gestão e atenção à saúde, comprometido com a população.

3.3 VALORES

São os valores da Secretaria Municipal de Saúde:

- Compromisso
- Ética
- Humanização
- Respeito
- Responsabilidade
- Transparência

3.4 PERSPECTIVA PARA A SOCIEDADE

- Reduzir a mortalidade infantil;
- Ampliar a longevidade dos portadores de condições crônicas, prioritariamente gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos.
- Melhorar a autonomia e a independência do idoso com ênfase na qualidade de vida;
- Reduzir riscos e danos à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Reduzir a mortalidade por causas externas;
- Combater a infestação do *Aedes aegypti*;
- Manter as crianças de até 05 anos livres de cáries.

4 O PROJETO QUALIFICA SAUDI

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples, coordenar e ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas ao longo das Redes de Atenção à Saúde e se responsabilizar pela saúde da população usuária que está adstrita nos territórios das Unidades de Atenção Primária.

O projeto tem como objetivo o fortalecimento da APS para que as equipes possam:

- Cumprir as funções de responsabilização pela saúde da população adscrita, de comunicação nas redes de atenção à saúde e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade;
- Assumir a coordenação do cuidado nas redes prioritárias de atenção à saúde e nas condições crônicas;
- Participar da rede de atenção às urgências.

4.1 ESTRATÉGIA

A estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS tem como foco estabelecer padrões de qualidade comuns para a APS. Para tanto, há necessidade de adoção de padrões pela SMS, por meio de diretrizes clínicas.

As diretrizes clínicas fornecerão os padrões de cuidado nas redes de atenção à saúde e estabelecer uma linguagem comum nos diversos pontos de atenção.

Estas diretrizes clínicas devem apresentar a estratificação de risco e o padrão de cuidado para as condições estabelecidas. Para os eventos agudos, o município deve adotar um protocolo que contenha a classificação de risco para as urgências, os tempos para o primeiro atendimento e o fluxograma.

O fator crítico para o projeto é a adesão do corpo gerencial e técnico. Assim, a compreensão e a motivação dos gerentes e profissionais são fundamentais. Para tanto, há

necessidade de pactuação dos compromissos com os gerentes e equipes para a sua efetivação.

É importante constar que as equipes deverão se organizar, de tal forma, que não haja fechamento das unidades para a participação nas oficinas e tutoria, de modo a não comprometer o acesso dos cidadãos.

4.2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada é a Planificação da Saúde do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), que considerando como prioridade pelos gestores estaduais, o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS), propôs a sua planificação, entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde considerando todas as etapas e tem como propósito o desenvolvimento de competências – conhecimento, habilidade e atitude – nos profissionais, com vistas ao trabalho em equipe, na APS.

O projeto prevê a realização de oficinas intercaladas com a tutoria para as equipes da APS.

As oficinas possibilitam a apropriação e/ou compartilhamento de novos conhecimentos. Nelas, serão apresentados os temas de relevância, com o intuito que os participantes conheçam as experiências exitosas, leiam e discutam os textos que apresentam os fundamentos teóricos, reflitam sobre os problemas vivenciados e a aplicação do conteúdo em suas práticas diárias, para resolução das causas críticas dos problemas.

A tutoria possibilita o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes, essenciais para a implementação dos modelos de atenção às condições crônicas e eventos agudos na APS, que exigem da equipe inovação, pró-atividade e integração. É a aplicação dos conteúdos teóricos, apresentados nas oficinas, na prática diária das equipes. A tutoria é realizada em Unidade de APS denominadas de Unidades Laboratórios, junto a equipe para apoiá-la no gerenciamento dos:

- Riscos: para garantir segurança aos cidadãos;
- Processo: para agregar valor aos cidadãos atendidos;
- Resultados: com vistas à melhoria dos indicadores de saúde da população.

4.3 OFICINAS

Para o desenvolvimento de conhecimento, o projeto prevê a realização de oficinas para as equipes, com o objetivo de alinhar conceitualmente quanto aos fundamentos da APS, das Redes de Atenção à Saúde e dos processos básicos da APS. Participam das oficinas, coordenadores municipais e gerentes das unidades de APS, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal, ACS, profissionais do NASF, administrativos, tutores, entre outros.

As oficinas serão conduzidas pela Consultora da SMS Maria Emi Shimazaki e por técnicos da SMS e em alguns momentos contará com a presença de especialistas dependendo do tema a ser abordado.

Os tutores serão técnicos de nível superior, da SMS, com conhecimento e vivência na APS, com liderança e disposição para apoiar a condução das oficinas junto as equipes das unidades de saúde.

As oficinas contarão com uma carga horária presencial de 8 horas, a ser realizada em 1 dia, manhã e tarde. No período de dispersão que é o intervalo entre as oficinas, destinado ao compartilhamento dos conteúdos da oficina com todos os membros de cada equipe, conselhos locais de saúde e a realização dos produtos relacionados a cada oficina. O intervalo entre as oficinas será em torno de 30 a 60 dias.

O tutor fará o acompanhamento de suas equipes no período de dispersão e dará o suporte à efetivação dos produtos e avaliação dos mesmos.

O projeto prevê a realização de 6 oficinas com os seguintes temas de cada oficina:

Oficina 1: O acesso na APS – os fundamentos sobre os atributos, funções e acesso na APS; o roteiro para avaliação do acesso na APS;

- Produto 1: Realização da avaliação do roteiro para o acesso à APS; elaboração do plano para a melhoria do acesso à APS;

Oficina 2: Os processos básicos – a territorialização, o cadastramento dos cidadãos e suas famílias, o diagnóstico local;

- Produto 2: A definição do território de cada equipe de APS, com as micro-áreas discriminadas, de acordo com o padrão estabelecido na oficina; o cadastramento dos cidadãos e suas famílias, o diagnóstico local;

Oficina 3: As condições crônicas – a identificação, a estratificação de risco, a programação local, a agenda programada;

- Produto 3: A identificação, a estratificação de risco, a programação das agendas para as gestantes, crianças menores de 2 anos, hipertensos e diabéticos. O atendimento deverá ser agendado, a cada hora, evitando longos períodos de espera pelos cidadãos;

Oficina 4: Os eventos agudos – a classificação de risco, o atendimento e a agenda para os eventos agudos;

- Produto 4: A implantação da classificação de risco, a organização da agenda e dos processos para o atendimento aos cidadãos com eventos agudos, no tempo previsto no protocolo de classificação de risco;

Oficina 5: O monitoramento e avaliação – o painel de bordo com o monitoramento das metas e avaliação dos resultados;

- Produto 5: A construção do painel de bordo; A avaliação para a certificação das equipes com o Selo da Qualidade – Bronze;

Oficina 6: Alinhamento sobre a gestão da qualidade na APS – os fundamentos; a gestão da qualidade; a avaliação da qualidade;

- Produto 6: Realização da avaliação da qualidade em cada Unidade de APS; Elaboração do plano para gestão da qualidade em cada Unidade de APS.

As oficinas serão realizadas na própria unidade de saúde ou em espaços da comunidade.

4.4 UNIDADES LABORATÓRIOS

As UAI Pampulha, UAI Luizote, UBS Tocantins, UBS N. Sra. Das Graças, UBSF Santa Luzia, UBSF Joana D'arc, UBSF Jardim Brasília I, UBSF Miraporanga, UBSF Jardim Europa e UBSF Morumbi III, serão as Unidades Laboratórios.

Após a oficina, os tutores, gerentes e equipe das UAPS serão capacitados para a realização dos produtos. Estas unidades serão o padrão referencial para as demais equipes do município.

Os instrumentos para avaliação da qualidade na APS serão os planos de ação, as diretrizes clínicas, documentos contendo a padronização dos processos pelas equipes da SMS e procedimentos operacionais padrões da SMS.

5 QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2018 - 2021

5.1 DIRETRIZ

Garantir e ampliar o acesso da população a serviços de qualidade, seguindo os princípios da equidade, universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários SUS.

5.1.1 Objetivo

Realizar as ações e serviços, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.

Implantar o Programa de Qualifica SaUDI como estratégia de diagnóstico e planejamento das ações de saúde em todas as unidades de Atenção Primária à Saúde.

5.1.2 Resultados esperados

Ampliar acesso da população ao cuidado à partir da Atenção Primária.

Reduzir a mortalidade infantil e ampliar a longevidade dos portadores de condições crônicas, prioritariamente gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos e oncológicos.

Garantir o acesso e o vínculo dos pacientes com hipertensão e diabetes, na unidade de saúde, para que os mesmos sejam monitorados e estabilizados, e assim usufruir de uma de vida com melhor qualidade.

Reduzir a mortalidade por causas externas e por doenças cardio e cerebrovasculares.

5.1.3 Ações

- Ampliar o acesso aos exames de diagnóstico, especialmente de imagem, conforme protocolos.
- Ampliar o número de unidades com adesão ao Programa de Controle do Tabagismo.
- Aumentar a oferta do horário do trabalhador nas unidades de saúde, com possibilidades de outras atividades, conforme estudos de demanda e viabilidade.
- Cadastrar, estratificar risco, acompanhar e monitorar os pacientes com Hipertensão e Diabetes, de acordo com as necessidades locais.
- Capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família para a promoção da alimentação saudável.
- Capacitar profissionais das equipes de Saúde da Família para as ações do Programa de Controle do Tabagismo.
- Garantir Kits de exames citopatológicos de colo de útero.
- Implementação do serviço de planejamento familiar.
- Implementar atividades físicas como ações intersetoriais.
- Intensificar as ações da Política Estadual de Promoção da Saúde – POEPS.
- Intensificar a coleta de citologia do colo do útero na população feminina, prioritariamente na faixa de 25 a 64 anos.
- Intensificar a realização de mamografias na população feminina, prioritariamente na faixa de 50 a 69 anos e demais situações de acordo com o protocolo.
- Intensificar ações de avaliação nutricional junto ao PSE nas escolas da rede pública municipal.
- Intensificar as ações de práticas corporais ou atividades físicas vinculadas a unidade de saúde.
- Intensificar as ações intersetoriais com a FUTEL e CEAs.
- Manter as ações do Programa Melhor em Casa.
- Manter atualizado o cadastro de profissionais de saúde da rede municipal no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.
- Manter Equipe Consultório na Rua, integrada em rede com recursos adequados.
- Manter o CNES atualizado.
- Manter o número de profissionais das equipes mínima.
- Monitorar do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.
- Monitorar e avaliar dos prestadores do SUS nos exames de citologia de colo do útero.

- Monitorar os pacientes hipertensos e diabéticos objetivando o controle e prevenindo as complicações e os internações, viabilizando atendimento adequado de acordo com protocolos.
- Monitorar Plano de Cuidados dos pacientes de acordo com a estratificação, de acordo com os protocolos.
- Otimizar as Equipes de Atenção Primária.
- Rastrear mulheres para as ações de controle do câncer de mama na APS.
- Rastrear mulheres para as ações de controle do câncer do colo do útero na APS.
- Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - construção, ampliação e reforma.

5.1.4 Indicadores e Metas

Indicador/Unidade de Medida	Índice Recente	Índice Final PPA
Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	294	290
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,26	0,4
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	41%	49%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	17%	21%

6 FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO

2018 - 2021

6.1.1 Objetivos

Organizar e qualificar a atenção materno-infantil.

Organizar, de maneira articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças bucais.

Reabilitar às pessoas com alguma limitação funcional.

Implementar a Rede de Atenção Psicossocial com enfoque na articulação com os três níveis de atenção em saúde.

Garantir acesso qualificado e resolutivo aos pacientes em situação de risco na Rede de Atenção de Urgência e Emergência - RUE.

Fortalecer a regulação do acesso aos serviços do SUS.

Propiciar o acesso qualificado do paciente ao serviço de saúde adequado, no tempo oportuno.

6.1.2 Resultados Esperados

Promover de atendimento a toda a Rede Materno Infantil conforme protocolos e diretrizes clínicas.

Diminuir o estigma relacionado aos transtornos mentais.

Manter crianças de até 05 anos livres de cáries.

Manter as pessoas idosas com maior independência funcional e autonomia.

6.1 DIRETRIZ

Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, mediante o aprimoramento das políticas de Atenção à Saúde com garantia da integralidade do cuidado de forma resolutiva com a articulação dos equipamentos de saúde e atendimento às necessidades da população em situação de risco de forma ágil e oportuna.

Melhorar a funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Melhorar a qualidade da assistência prestada, viabilizando o acesso oportuno à atenção integral e de qualidade, universalidade e garantia dos direitos sociais dos usuários.

6.1.3 Ações

- Acompanhamento das crianças estratificadas como alto risco por meio da gestão de caso.
- Acompanhamento das gestantes que apresentam risco por meio da gestão de caso.
- Ampliação do acesso através da descentralização da atenção às urgências em Saúde Mental.
- Ampliar as ações relacionadas à prevenção de quedas.
- Ampliar o acesso ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas entre os Centros de Atenção Psicossocial, Atenção Primária, Urgência e Emergência, e Leitos de Retaguarda em Saúde Mental.
- Ampliar o acesso às urgências em Saúde Mental.
- Ampliar tipo de exames e consultas especializadas necessários aos idosos considerados de risco.
- Aplicação do instrumento de estratificação de risco em Saúde Bucal para todos os usuários e classificação de risco das urgências.
- Apoio às equipes multiprofissionais da rede.
- Aumentar o número de procedimentos individuais preventivos e curativos na Atenção Básica e especializada.
- Buscar parcerias para captação de recursos para aquisição de dispositivos de segurança no domicílio de idosos frágeis e de baixa renda.
- Capacitar os agentes de saúde.
- Capacitar os profissionais da APS e NASF (Fisioterapeuta e Assistente Sociais) sobre os cuidados relativos aos pacientes usuários de oxigenoterapia.
- Concentrar maior número de atendimento programado para os indivíduos que apresentam maior gravidade da doença e, desta forma, garantido a equidade.
- Construir unidades de CAPS e Unidade de Acolhimento Adulto, proporcionando espaços físicos mais adequados.
- Dar subsídios e estimular os profissionais envolvidos na atenção primária, para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular.
- Desenvolver e implantar protocolos assistenciais na Urgência e Emergência difundido para todos níveis de atenção da Rede.
- Disponibilizar Guia do Usuário a todos os pacientes do Setor de Oxigenoterapia, orientando, esclarecendo as dúvidas e monitorando os pacientes na APS.

- Elaborar e implantar instrumentos de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços.
- Elaborar o Plano de Cuidado com as Pessoas com Deficiências: nos casos necessários.
- Elaborar Plano de Cuidado de acordo com a estratificação.
- Estabelecer fluxos e protocolos assistenciais articulados com os demais pontos assistenciais da Rede, com capacitação dos profissionais.
- Estimular a vacinação conforme recomendações para essa faixa etária.
- Estratificação de risco através de instrumentos e avaliação da equipe.
- Estratificar de risco dos usuários de Oxigenoterapia no território da APS de acordo com protocolo a ser estabelecido e aplicado por equipe multiprofissional do NASF.
- Estratificar risco através de instrumentais específicos e avaliação da equipe.
- Fortalecer a integração do cuidado entre CAPS e Atenção Primária, considerando as equipes de referência em Atenção Primária e NASF.
- Identificar e cadastrar os pacientes em uso de oxigênio/ aparelho ventilatório (Bipap) no território de abrangência de cada UBSF, dando suporte adequado.
- Identificar e estratificar risco das pessoas com deficiências no território da APS.
- Implantação do processo regulador de monitoramento e avaliação dos CEOs Municipais.
- Implantar a estratificação de risco em Saúde Mental.
- Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a criança com garantia da referência para puericultura.
- Implantar ações de acompanhamento com equipe multiprofissional de saúde aos idosos que apresentam maior risco de quedas.
- Implantar do atendimento ortodôntico.
- Implantar e monitorar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante com garantia da referência pré-natal, parto, puerpério.
- Implantar Protocolos de classificação de risco e Plano de Cuidados na APS.
- Implantar rotina de visitas domiciliares e institucionais.
- Implementação da Educação Permanente e materiais técnicos para os profissionais de saúde, com vistas à qualificação dos serviços e atendimento humanizado.
- Implementação da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde no atendimento às gestantes e crianças.
- Implementação das ações de Saúde Bucal na APS e na Promoção da Saúde.
- Implementar ações preventivas e educativas na Atenção Primária, com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social.

- Implementar a Educação Permanente para melhoria da assistência à pessoa com deficiência.
- Implementar estratégias de prevenção de agravos e eventos adversos, com foco nas maiores causas de morbimortalidade.
- Implementar linha de cuidado, com prioridade para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatismos.
- Implementar o matriciamento de fonoaudiologia.
- Implementar o serviço de transporte inter-hospitalar, qualificando o serviço e vinculando-o a todos os pontos de atenção da Rede.
- Intensificar ações intersetoriais integradas e compartilhadas com instituições afins, como: Secretaria de Desenvolvimento Social, Trab. e Hab., Ministério Público e Conselho Municipal do Idoso.
- Manter a retaguarda de profissionais psicólogos e psiquiatras que atuam na Atenção Primária, promovendo a articulação do cuidado, através do matriciamento em saúde mental de forma complementar ao matriciamento do CAPS fortalecendo as equipes de referência da Atenção Primária e o monitoramento das situações de agudização e crise.
- Manter equipe qualificada nos Centros de Atenção Psicossocial considerando a área de abrangência e a população referenciada.
- Manter escala completa de médicos plantonistas, em clínica médica, pediatria e traumatologia, no setor sanitário, com divulgação a população.
- Manter leitos de hospitalidade em CAPS III e CAPS ad III
- Manutenção da retaguarda de leitos em saúde mental.
- Matriciamento aos casos idosos com classificação de risco médio e alto.
- Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência a puericultura.
- Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.
- Monitoramento contínuo dos HA e dos DM, pela equipe de saúde, com objetivo de controlar estas patologias, prevenindo as complicações e os internações, estimulando a adesão ao tratamento.
- Monitoramento das ações de fluoretação das águas de abastecimento em conjunto com a Vigilância Ambiental.
- Monitoramento do processo de estratificação de risco.
- Monitoramento do processo de estratificação de risco para identificação de idosos frágeis.
- Monitoramento e avaliação da Rede de Saúde Mental.

- Monitorar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – CSPI.
- Monitorar das ações propostas nos Planos de Cuidados.
- Monitorar e acompanhar as ações propostas nos Planos de Cuidados.
- Monitorar Plano de cuidados estabelecido.
- Mudança de processo de trabalho na APS, objeto do Projeto Qualifica SaUDI.
- Otimização das filas para consultas e exames especializados.
- Parceria no matriciamento na área de gerontologia.
- Programar junto com Fonoaudiologia atividades de promoção à saúde referente à comunicação.
- Promoção da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde.
- Promover a saúde e prevenir fatores de riscos gestacionais, estimulando parcerias para desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de caráter intersetorial e interinstitucional, com vista à redução da taxa de cesariana.
- Promover atividades preventivas educativas no Dia Mundial da Violência contra Pessoa Idosa (15 de junho).
- Propor ações de intervenção domiciliar para minimização dos fatores de risco extrínsecos.
- Qualificar as equipes da APS para prestar o primeiro atendimento nas situações de urgência e emergência
- Qualificar os profissionais de saúde, principalmente ACS, para identificar de sinais de violência, intervenções e encaminhamentos.
- Qualificar os profissionais quanto as práticas em saúde e complementares no atendimento às gestantes, crianças e idosos.
- Realizar de Educação Permanente das equipes assistenciais de toda a Rede de Urgência e Emergência.
- Reconhecer as situações que requeiram atendimento nos serviços de referência secundários e terciários.
- Redução do número de internações por complicações do DM.
- Reduzir encaminhamento para os serviços especializados de pacientes com condições crônicas
- Reestruturar o fluxo de atendimento de Urgência e Emergência da Rede de Saúde Mental, com capacitação de atendimento humanizado.
- Utilização de ferramenta da Gestão de Caso em Saúde Mental.
- Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à atenção odontológica.

6.1.4 Indicadores e Metas

Indicador/Unidade de Medida	Índice Recente	Índice Final PPA
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	41%	49%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	17%	21%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	0,61	0,62
Taxa de mortalidade infantil.	11,5	9,7
Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	0	100%
Taxa de mortalidade por causas externas, na faixa etária de 10 a 39 anos/100.000 hab. nessa faixa etária	63	59
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	28%	30%

7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2018 -2021

7.1.1 Objetivo

Qualificar as ações e serviços de vigilância, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.

Promover ações junto à APS para estimular o envelhecimento ativo e saudável das pessoas.

Combater a infestação do *Aedes aegypti*.

7.1.2 Resultados Esperados

Reduzir as infecções causadas pelo *Aedes Aegypti*.

Monitorar a qualidade da água para população.

Disponibilizar ao cidadão uma forma complementar aos tratamentos tradicionais.

Melhorar as condições de saúde da população uberlandense.

7.1 DIRETRIZ

Promover a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção, prevenção e proteção à saúde.

7.1.3 Ações

- Acompanhar a investigação com resultado de exames.
- Acompanhar com consultas/exames crianças nascidas de mães HIV + até 18 meses.
- Ampliar o quadro de profissionais nutricionistas.
- Articular e compartilhar com a Atenção Primária.
- Articular e compartilhar com a Rede de Assistência.
- Atualização e capacitação em sala de vacina abrangendo conhecimento, técnico e registros no sistema de informação e ainda análise dos indicadores.
- Atualização e monitoramento do Cadastro de Estabelecimento sujeitos a o controle sanitário.
- Busca ativa visando corrigir as notificações cujo campo não estiver preenchido.
- Capacitação /sensibilização dos profissionais de saúde da importância de realizar testagem para o HIV e o diagnóstico precoce.
- Capacitação e atualização anual para profissionais da rede de referencia, APS, visando a redução da IST e identificação de casos de violência em menores de 05 anos.
- Capacitação permanente das equipes de controle vetorial.
- Capacitar os agentes de saúde escolar sobre o SISVAN e desenvolvimento de ações educação nutricional nas escolas.
- Capacitar os profissionais das equipes de Saúde da Família para a promoção da alimentação saudável
- Capacitar os profissionais das unidades de saúde para avaliação nutricional e acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
- Desenvolver ações integradas (treinamento, oficinas, busca ativa) junto as unidades de Atenção Primária para o aumento de cura dos casos novos e busca dos sintomáticos respiratórios.
- Desenvolver materiais gráficos para ações de Educação Nutricional.
- Educação Permanente para os profissionais da Vigilância e assistência sobre as DNCI.
- Elaborar projeto arquitetônico da nova sede da Vigilância Sanitária.
- Fortalecer a linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade
- Fortalecer ações de Educação Nutricional junto ao PSE nas escolas da rede pública municipal.
- Fortalecer ações junto ao PSE nas escolas da rede pública municipal.
- Fortalecer o processo de investigação, realizar reuniões com fontes notificadoras.
- Fortalecimento do processo de registro, cumprindo o tempo oportuno determinado em legislação.

- Gerenciamento semanal do sistema de informação - SINAN.
- Implantar metas por unidade de saúde, de acordo com a população cadastrada, realizar o monitoramento mensal.
- Incentivar e promover capacitações em PICS para os profissionais da Atenção Primária, possibilitando a abertura de Oficinas de Danças Circulares, Meditação Terapêutica, Auriculoterapia, Shantala e Reiki.
- Incrementar o número de notificações através de capacitações dos agentes notificadores e alimentar o sistema SINAN.
- Inspeções sanitárias dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário.
- Intensificar ações de avaliação nutricional junto ao PSE nas escolas da rede pública municipal.
- Manter atualizado o banco de dados do SINAN.
- Melhorar a integração das Vigilâncias.
- Monitoramento e avaliação contínua das ações relacionadas às análises de água.
- Monitoramento mensal e avaliação dos dados dos sistemas de informação SIM e SINAN.
- Monitorar a situação alimentar e nutricional dos beneficiários.
- Monitorar e alimentar mensalmente os Sistemas de Informação.
- Monitorar mensalmente as investigações dos óbitos por meio de relatório - SIM-web.
- Monitorar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias nas unidades de saúde.
- Promoção da integração agente de combate de endemias - ACE e Agentes Comunitários de Saúde/ ACS.
- Promover e monitorar ações por levantamento de índice de infestação por aedes aegypti.
- Promover e participar de atividades educativas, eventos e demais atividades na Atenção Primária, que possibilitem o diálogo sobre as PICS e a demonstração de abordagens nesta modalidade.
- Realizar busca ativa.
- Realizar capacitações.
- Realizar campanha anual articulada com a Atenção Primária para prevenção e detecção de casos da tuberculose e hanseníase.
- Realizar Campanha de Prevenção da Obesidade.
- Realizar capacitações integradas com APS para a implementação da notificação.
- Realizar de grupos multiprofissionais para controle sobrepeso/obesidade.

- Realizar monitoramento do CREDESH para monitoramento de dados.
- Realizar reuniões com fontes notificadoras.
- Reclassificação dos riscos sanitários.
- Revisão do Código Municipal de Saúde.
- Sensibilizar através de capacitações das equipes das unidades notificadoras da importância do dado exigido.
- Três pesquisas (lira) por amostragem, acompanhamento através do SISPNCD.

7.1.4 Indicadores e Metas

Indicador/Unidade de Medida	Índice Recente	Índice Final PPA
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	78,50%	≥ 80%
Proporção de óbitos maternos investigados	92%	≥ 83%
Incidência de AIDS em menores de 5 anos	0	≤ 2

8 Assistência Farmacêutica

2018 -2021

8.1.1 Objetivo

Realizar o atendimento à demanda da Assistência Farmacêutica com qualidade, assim como, realizar uma gestão orçamentaria e financeira eficaz, garantindo a integralidade do atendimento.

8.1.2 Resultados Esperados

Promover o acesso da população uberlandense aos medicamentos contemplados nas políticas públicas e ao cuidado farmacêutico.

8.1 DIRETRIZ

Garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e contemplados nas políticas públicas, contribuindo para a qualificação e humanização do serviço prestado no município.

8.1.3 Ações

- Acompanhar a execução dos empenhos referentes a Assistência Farmacêutica.
- Adquirir, receber, armazenar e distribuir os medicamentos da REMUME.
- Manter os padrões de qualidade no atendimento das farmácias no município, evitando as reclamações.
- Capacitar os profissionais quanto à Assistência Farmacêutica.
- Conscientizar profissionais sobre o uso racional dos recursos.
- Criar uma comissão multiprofissional para revisar e ampliar a lista de medicamentos da REMUME municipal de acordo com a RENAME em especial dos medicamentos da saúde mental.
- Disponibilizar Assistência Farmacêutica nas unidades da zona rural.
- Expandir a Farmácia Hospitalar nas UAI's.
- Garantir a presença do profissional farmacêutico durante horário de funcionamento das farmácias.
- Implantar a Farmácia Clínica no município.
- Implementar Política de Humanização nas unidades de saúde.
- Otimizar os recursos destinados a Assistência Farmacêutica, com os Protocolos Clínicos, utilização dos Prontuários Eletrônicos, planejamento de compras, padronização, entre outras ações.
- Promover ações junto a população, em parceria com os conselhos, para consumo racional de medicamento.
- Retomar o programa "Remédio em Casa" para os usuários maiores de 60 anos e acamados.

8.1.4 Indicadores e Metas

Indicador/Unidade de Medida	Índice Recente	Índice Final PPA
Porcentagem de farmácias das com Farmacêutica Clínica implantada	30%	100%
Número de pacientes atendidos Programa Remédio em Casa	> 1500 pessoas	100
Índice de reclamações inerentes a assistência farmacêutica registrada na Ouvidoria	< 0,3%	100

9 GESTÃO DOS SERVIÇOS E CIDADANIA

2018 - 2021

9.1.1 Objetivos

Fortalecer e qualificar a Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde.

Desenvolver e coordenar a política de educação permanente em consonância com o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde.

Qualificar a Gestão do Financiamento em Saúde.

Investir em infraestrutura das Unidades de Saúde.

Efetivar a Ouvidoria como instrumento de Gestão e cidadania.

Reestruturar a Central de Transporte Sanitário.

Manter atualizado os Sistemas de Informação.

Acompanhar e avaliar os contratos de gestão.

Fortalecer o conselho Municipal de Saúde como instrumento de controle social.

9.1.2 Resultados Esperados

Qualificar os profissionais de saúde para o atendimento de excelência ao cidadão.

Modernizar os processos de gestão do financiamento em saúde.

9.1 DIRETRIZ

Fortalecer a atuação e deliberação das políticas públicas na Gestão dos Serviços em Saúde, com investimento em recursos humanos e infraestrutura, assim como promover a participação da comunidade no controle social do município

...

Oferecer serviços de saúde mais humanizados em estrutura física adequada e com processos definidos.

Assegurar a humanização do atendimento aos usuários e a confiabilidade da Gestão.

Otimizar e agilizar o atendimento de transporte prestado ao cidadão.

Obter dados atualizados e de qualidade.

Investir em Tecnologias da Informação necessárias ao bom funcionamento da Gestão Municipal de Saúde.

Melhorar a satisfação da população em relação ao atendimento à saúde.

Manter os Conselhos de Saúde ativos.

9.1.3 Ações

- Acompanhar a receita líquida de impostos vinculada à saúde.
- Acompanhar as fases das obras e informar ao Conselho de Saúde.
- Acompanhar as informações de saúde de forma sistemática, através de relatórios, observando a consistência e coerência.
- Alimentar o SIOPS Municipal, dentro dos prazos e critérios previstos.
- Analisar as necessidades de reforma/ampliação de Unidades de Saúde.
- Apoiar e participar da realização, organização e avaliação das Conferências de Saúde.
- Dar apoio ao desenvolvimento e realização das Ações de EPS definidas a partir dos Planos de Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento das Redes de Atenção.
- Aprimorar os mecanismos para viabilizar a desvinculação do Fundo Municipal de Saúde, conforme legislação específica.
- Fortalecer a ouvidoria como canal de comunicação entre os serviços de saúde, usuários, conselho municipal e gestão.
- Gerenciar a frota destinada as Unidades de Saúde, Central de Ambulância e Distritos.
- Cadastrar, acompanhar e dar posicionamento as demandas recolhidas em tempo hábil, informado pelo Sistema OuvidorSUS.
- Distribuir material de divulgação com Informações e orientações para profissionais e comunidade.
- Fomentar o Portal da Prefeitura com assuntos relacionados à saúde e controle social.
- Divulgar e monitorar Sistema OuvidorSUS.
- Efetivar os Projetos e Licitação da Obra.
- Executar o orçamento total previsto na LOA.
- Fomentar a participação e qualificação dos conselheiros.
- Fomentar o Portal da Prefeitura com assuntos relacionados à saúde e Controle Social.
- Garantir a segurança predial, patrimonial e pessoal nas Unidades de Saúde.
- Implementar Prevenção de Riscos Ambientais do Trabalho.
- Instrumentalizar o Processo Licitatório para contratação da obra.
- Investir na formação de conselheiros de saúde – local, distrital e municipal.
- Mapear a necessidade orçamentária de cada diretriz de Saúde.
- Monitorar e avaliar o processo de execução da obra.
- Monitorar e avaliar o Contrato de Gestão, mediante o repasse de recursos financeiros.

- Monitorar e avaliar o Contrato Prestação Serviço SUS, mediante o repasse de recursos financeiros.
- Monitorar e avaliar o processo de elaboração dos Projetos Arquitetônicos e Complementares.
- Monitorar os Contratos de Prestação de Serviço SUS, mediante metas pactuadas.
- Ofertar processos educacionais de forma descentralizada.
- Prestar contas de forma transparente da aplicação de recursos orçamentários e financeiros das ações e serviços públicos de saúde.
- Realizar Oficinas de Planificação da Atenção Primária.
- Realizar Oficinas para elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.
- Revisar o Regimento Interno dos Conselhos de Saúde – local, distrital e municipal.
- Disponibilizar tutoria para acompanhamento da implementação dos novos processos junto às equipes de Atenção Primária.

9.1.4 Indicadores e Metas

Indicador/Unidade de Medida	Índice Recente	Índice Final PPA
Número de Urnas de Manifestações Ativas	71	82
Nº de Unidades construídas	4	14
Nº de unidades de Saúde Reformadas/Ampliadas	1	8

Não se **gerencia** o que não se **mede**,
não se **mede** o que não se **define**,
não se **define** o que não se **entende**,
e não há **sucesso** no que não se **gerencia**”

William E. Deming

10 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

2018 -2021

O processo de construção de um Plano não termina com o produto documental que o oficializa. Definidas as “Diretrizes, seus Objetivos, Metas, Indicadores e Ações”, a partir da Análise de Situação de Saúde, é necessário dar concretude ao Plano, executá-lo, o que exige diferentes tipos de recursos que permitem viabilizar sua realização.

Há que se lembrar de que os problemas da área de saúde têm causas múltiplas, que interagem e se reforçam mutuamente, o que confere um grau de complexidade e incerteza elevado. O que exige que os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, sejam sistêmicos e permanentes.

A base fundamental para o monitoramento e a avaliação do Plano serão os indicadores pactuados com o Estado.

Os meios de verificação sobre os resultados dos indicadores serão os Relatórios Quadrimestrais e o Relatório Anual de Gestão. O produto do processo se expressará materialmente nos Relatórios, mas o processo deve se dar de forma permanente na rotina institucional.

Os monitores e avaliadores serão aqueles que direta ou indiretamente estiveram envolvidos com a elaboração

do Plano e o vivenciário: os coordenadores de programas, os integrantes das equipes técnicas, os representantes do conselho de saúde, entre outros.

O processo de monitoramento e avaliação deve estimular a reflexão, aprendizagem, sensibilização, conscientização e crítica; para o que necessitará de qualificação técnica, compromisso ético e com as políticas de saúde adotados no município.

10.1 INDICADORES DO PLANO DE MUNICIPAL DE SAÚDE

Indicador/Unidade de Medida	Índice Recente	Índice Final PPA
Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	294	290
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,26	0,4
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	41%	49%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	17%	21%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	0,61	0,62
Taxa de mortalidade infantil.	11,5	9,7
Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	0	100%
Taxa de mortalidade por causas externas, na faixa etária de 10 a 39 anos/100.000 hab. nessa faixa etária	63	59
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	28%	30%
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	78,50%	≥ 80%
Proporção de óbitos maternos investigados	92%	≥ 83%
Incidência de AIDS em menores de 5 anos	0	≤ 2
Porcentagem de farmácias das com Farmacêutica Clínica implantada	30%	100%
Número de pacientes atendidos Programa Remédio em Casa	> 1500 pessoas	100
Índice de reclamações inerentes a assistência farmacêutica registrada na Ouvidoria	< 0,3%	100
Nº de Unidades construídas	4	14
Nº de unidades de Saúde Reformadas/Ampliadas	1	8

A 8ª Conferência Municipal de Saúde de Uberlândia teve como tema a **“Saúde dever do Estado, corresponsabilidade do Cidadão”** e objetivos de impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde garantido na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, na perspectiva do fortalecimento do SUS; fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da comunidade.

11 8ª CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 -2021

“Todos nós estamos movidos por anseio de construir uma saúde melhor para nossa cidade. O controle social é bastante importante e a administração é sensível às sugestões que possam nascer das Pré Conferências e da própria Conferência. Estamos vivendo uma oportunidade rara, a oportunidade de contribuir para o Plano Plurianual para os próximos quatro anos. E devemos todos nos orientamos pelo curto prazo, mas também pelo prazo maior de quatro anos para que todos nós possamos juntos construir uma saúde melhor para nossa população”

Gladstone Rodrigues da Cunha Filho

11.1 PROPOSTAS

1. Descentralizar os exames de diagnóstico de imagem, respeitando o conceito de acesso.
2. Disponibilizar filtro solar para pacientes vulneráveis, mediante indicação médica.
3. Efetivar o agendamento por bloco de horas nas unidades de saúde.
4. Elaborar protocolos para renovação de receitas de medicação.

5. Envolver a comunidade, conselhos e associações de bairro quanto a redução da sífilis congênita.
6. Fortalecer o Programa Saúde Escolar.
7. Garantir 01 visitas domiciliar/mês pelos ACS, priorizando grupos de risco, conforme preconiza a Política Nacional da Atenção Básica.
8. Garantir a equipe completa de profissionais de saúde e materiais para atender a população adstrita.
9. Garantir e apoiar a participação dos conselheiros de saúde em atividades que estejam relacionadas ao controle social.
10. Garantir a realização de ultrassonografia na gestação de acordo com os prazos estabelecidos no Protocolo de pré-natal, parto e puerpério para as gestantes acompanhadas na Rede SUS.
11. Garantir o atendimento a todos os ciclos de vida.
12. Garantir qualificação continuada dos profissionais.
13. Implantar o Projeto Qualifica SaUDI.
14. Implantar Projeto de Humanização para o atendimento nas Unidades de Saúde.
15. Incorporar os Agentes de Controle de Zoonoses na Atenção Primária a Saúde conforme a regulamentação da portaria 1007, 04 de maio 2010 MS.
16. Inserir a homeopatia de forma complementar a alopatia na Rede de Assistência do município conforme evidência clínica e registro na ANVISA.
17. Padronizar o atendimento e as informações repassadas à população.
18. Realizar "Salas de Espera" nas Unidades de Saúde.
19. Reestruturar a maternidade do Hospital Municipal com a criação dos leitos para indução de parto e leitos PPP, conforme projeto de implantação da Rede Cegonha.
20. Fiscalizar o cumprimento das escalas de profissionais e medica na Rede Municipal de Saúde, com divulgação para a população.
21. Ampliar a cobertura da Rede de Saúde Bucal.
22. Ampliar estrutura do Centro de Reabilitação.
23. Ampliar os serviços de próteses dentárias.
24. Articular o CAPS com setores culturais do município.
25. Descentralizar as consultas especializadas, incluindo a de homeopatia, respeitando o conceito de acesso.
26. Fomentar os benefícios do parto normal junto à população, na RAS, especialmente na APS.

27. Garantir a manutenção do Projeto de Contracepção de Longa Duração para a população vulnerável, incluindo a população carcerária.
28. Garantir a presença do acompanhante junto ao paciente durante o atendimento, conforme preconiza a legislação.
29. Garantir e executar a referência e contra referência em todos os serviços prestados pela Rede de Atenção.
30. Garantir a vinculação da gestante a sua maternidade de referência de acordo com a classificação de risco.
31. Garantir atendimento Urgência e Emergência de acordo com o protocolo de Manchester.
32. Garantir insumos, equipamentos e manutenção dos mesmos, e recursos humanos assegurando atendimento adequado.
33. Garantir o atendimento integral à gestante com a efetivação da Rede Materno Infantil.
34. Implantar Diretrizes Clínicas e Protocolos para o atendimento humanizado, seguro e resolutivo.
35. Implantar fraldário nas unidades.
36. Implantar o agendamento por telefone de consultas médicas nas unidades de saúde.
37. Implementar a Rede Pessoas com Deficiências municipal, considerando o Plano Nacional de direitos das Pessoas com Deficiências, conforme o Decreto 7612/2011.
38. Organizar a Rede de Atenção a Saúde Mental visando atendimento integral, desde a crise até a volta do paciente ao meio social e familiar, tendo como base a APS.
39. Priorizar o Sistema da Regulação como forma de organização do atendimento, otimizando as agendas dos médicos especialistas por meio de uma TI apropriada.
40. Qualificar e garantir o acesso a Rede de Atenção para a redução das principais causas morbi mortalidades do município.
41. Reestruturar o fluxo de atendimento de Urgência e Emergência da Rede de Saúde Mental.
42. Reorganizar os serviços de transporte sanitário de acordo com protocolos e leis vigentes.
43. Resgatar o Kit Mãe Uberlândia para as gestantes acompanhadas na Rede Municipal.
44. Reestruturar frota do transporte sanitário e recursos humanos.
45. Ampliar o número das cirurgias ginecológicas e oncológicas.

46. Definir fluxos das competências dos pontos de atenção nas RAS, com divulgação para trabalhadores e usuários.
47. Disponibilizar transportes para os trabalhadores da Atenção Primária e zona rural para visitas domiciliares.
48. Implementar o matriciamento na Rede de Saúde Mental do município.
49. Viabilizar adequação de leitos para indução de parto e leitos pre-Parto, Parto e pós-Parto - PPP, conforme projeto de implantação da Rede Cegonha.
50. Capacitar os profissionais da APS quanto a orientação da medicação dispensada do Programa "Remédio em Casa".
51. Criar uma comissão multiprofissional para revisar e ampliar a lista de medicamentos do município REMUME de acordo com a RENAME em especial os medicamentos da Saúde Mental.
52. Disponibilizar farmacêutico das Unidades da zona rural.
53. Garantir o abastecimento contínuo e regular dos insumos, material hospitalar e medicamentos constantes na lista do REMUME de acordo com a RENAME, em especial para o tratamento das condições crônicas.
54. Incorporar no REMUME de acordo com a RENAME a lista de medicação fitoterápica e homeopática.
55. Promover Política de Uso Racional dos Medicamentos, por meio de Protocolos Clínicos e capacitação.
56. Ampliar número de profissionais para as Unidades de Saúde.
57. Ampliar o Programa de Atenção Domiciliar.
58. Capacitar os trabalhadores da saúde de acordo com as políticas de saúde adotadas pelo MS, SES e município.
59. Capacitar profissionais quanto ao uso de plantas medicinais.
60. Disponibilizar TI apropriada para organização dos serviços de saúde.
61. Disponibilizar trailer com água potável e banheiros químicos em ações itinerantes.
62. Equipar adequadamente as unidades básicas com insumos, mobiliários e equipamentos necessários ao funcionamento adequado.
63. Fomentar ações do autocuidado e controle da saúde na população, com a participação dos Conselhos de Saúde e equipamentos sociais.
64. Fortalecer a Ouvidoria como canal de comunicação entre os serviços de saúde, usuários e gestão.
65. Fortalecer o sistema de Educação Permanente, para todos os profissionais da Rede de Assistência.

66. Garantir "horário protegido" para Educação Permanente.
67. Promover discussão sobre isonomia salarial das categorias profissionais da SMS.
68. Levantar e suprir as necessidades de computador e de impressoras para rede municipal de saúde.
69. Realizar manutenções preventivas e corretivas das Unidades de Saúde.
70. Viabilizar transporte sanitário conforme fluxos e Protocolos definidos.
71. Viabilizar mecanismos para que o Conselho Municipal faça uso de seus recursos conforme planejamento próprio.
72. Garantir a agilidade da marcação das consultas especializadas e exames.
73. Garantir a isonomia salarial, independente de seus vínculos empregatícios.
74. Garantir a segurança nas Unidades de Saúde, para os profissionais, usuários e patrimônios.
75. Garantir assistência à saúde integral do servidor.
76. Garantir equipamentos de EPI para os trabalhadores.
77. Garantir espaço para sala de descanso nas unidades aos profissionais.
78. Garantir gerente administrativo nas Unidades Básicas de Saúde Tipo II e Tipo III
79. Garantir profissional técnico de enfermagem exclusivo para sala de vacina.
80. Garantir treinamento introdutório na contratação/admissão dos profissionais e com Educação Permanente.
81. Implantar Plano de Cargos e Carreiras para todos os trabalhadores, independentemente do vínculo.
82. Informar a comunidade a disponibilidade do atendimento, em tempo hábil.
83. Instituir o uso de uniformes e crachás para os profissionais/trabalhadores da Rede.
84. Integrar o planejamento à execução orçamentária e financeira, alinhando os gastos financeiros aos objetivos estratégicos da Redes de Atenção em saúde prioritárias e a necessidade da população.
85. Manter a essência dos projetos conquistados pela iniciativa comunitária, caso haja mudança de coordenação da Unidade.
86. Promover ações que promovam a diminuição de horas extras.
87. Redimensionar e adequar o número de profissionais da Rede e de especialistas de acordo com a necessidade.
88. Regulamentar o uso de plantas medicinais e fitoterápicas na Rede de Assistência.
89. Reestruturar a sala de emergência da UAI Martins.
90. Viabilizar Prontuário Eletrônico, com garantia de continuidade, mesmo em caso de mudança de gestão.

91. Viabilizar convênio entre instituições de ensino e a Secretaria Municipal de Saúde quanto a estágios de graduação, internato, residência médica e multiprofissional, garantindo e valorizando as atividades de preceptoria, supervisão, ensino e pesquisa.
92. Viabilizar recursos para construção da sede da Vigilância em Saúde.
93. Ampliar o HMMDOLC, otimizando seu funcionamento.
94. Ampliar o número de leitos no HMMDOLC.
95. Monitorar o contrato do HMMDOLC, MSDT e outros mediante metas pactuadas.
96. Disponibilizar cursos de Educação Permanente em saúde para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ACE inseridos na Rede.
97. Estender o "Projeto Representantes do Quarteirão" de iniciativa comunitária a todas Unidades de Saúde de Uberlândia.
98. Estimular a participação social por meio dos conselhos locais e municipal.
99. Implantar o sistema de biometria - leitor da impressão digital, para controle de ponto para profissionais da Rede.
100. Implementar "Programa de Comunicação" sobre serviço de saúde oferecidos pela Rede, instituindo Canal Aberto de informações com a comunidade.
101. Viabilizar recursos para adequações necessárias ao funcionamento da UPA Norte.
102. Viabilizar recursos para construção e/ou reformas de Unidades de Saúde de acordo com a prioridade, inclusive na zona rural.
103. Ampliar horário de funcionamento das Unidades Atenção Básica, dando ênfase ao horário do trabalhador, conforme disponibilidade e condições.
104. Permitir o preenchimento e abertura do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT por pessoas que sofreram acidente de trabalho doméstico.
105. Fomentar a prática de atividade física como medida para prevenção e promoção da saúde das pessoas com deficiência.
106. Garantir a realização de atividades coletivas em Educação em Saúde sobre diversos temas, junto à comunidade.
107. Promover condições adequadas de trabalho aos Agentes de Controle de Zoonoses e ACS.
108. Promover ações intersetoriais visando prestação de serviços de qualidade para a população.
109. Implementar ações na Rede de Saúde, incentivando à comunidade para redução das IST com ênfase na sífilis congênitas.

110. Implementar nas Unidades de Saúde o "Projeto Vizinhança Solidária" da Polícia Militar.

O desenvolvimento do conjunto de ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021 deverá garantir o alcance das metas para a melhoria da saúde da população.

As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas fundamenta-se na necessidade de integrar as propostas da Conferência Municipal de Saúde e de outras Conferências Setoriais, as definições das políticas ministeriais e estaduais, as demandas locais, análises técnicas e proposições do próprio serviço dentro dos limites orçamentários, e financeiros e a legislação vigente.

O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica.

As Programações Anuais de Saúde terão como proposta detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas nesse instrumento - Plano Municipal de Saúde, buscando o aperfeiçoamento do serviço de saúde e alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde, sendo que, após a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse Plano substituirá o Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.

RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA

RESOLUÇÃO Nº 000/2018

"Aprova o Plano Municipal de Saúde do Municipal de Uberlândia/MG, para o período 2018/2021."

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde em sua Reunião Ordinária, realizada no dia 29 de Agosto de 2018, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lc. 141/2012 e Lei Municipal Nº 8.836 de 27 de Outubro de 2004, art. 16, e seu Regimento Interno, aprovado pelo Decreto Nº 10.941/2007, art. 50, §1º e 2º.

Considerando que houve aprovação do PMS com uma série de ressalva, conforme lavrado em Ata da Reunião Extraordinária de 09/04/2018, que foram rediscutidos e revistos dando por finalizado a confecção do Plano Municipal de Saúde de Uberlândia para o quadriênio de 2018/2021;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde de Uberlândia, para o quadriênio 2018 a 2021.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Uberlândia 29 de agosto de 2018

Jose Veridiano de Oliveira
Presidente do CMS/UDI

Claudia Regina Nogueira Souza
Primeira Secretaria do CMS/UDI

HOMOLOGO a Resolução nº. 000/2018, do Conselho Municipal de Saúde de 29 de Agosto, no uso de suas competências legais, Prefeito Municipal de Uberlândia/MG

ivo

ABS – Atenção Básica em Saúde
ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APL - Arranjo Produtivo Local
APS - Atenção Primária à Saúde
BIPAP - Bilevel Positive Pressure Airway - Aparelho Ventilatório
CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CEAI - Centro Educacional de Assistência Integrada
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
CERSAM AD - Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNV - Cartão Nacional de Vacinação
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CREDESH – Centro de Referência Nacional em Hanseníase/Dermatológica
CRIE - Centros de Referência para Imunobiológico Especiais
CRIE - Centros de Referência para Imunobiológico Especiais
CSPI – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DNC - Doença de Notificação Compulsória
DOM – Diretoria de Operações e Manutenção
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST-AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da imunodeficiência Adquirida

EPI – Equipamento de Proteção Individual
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF - Equipes de Saúde da Família
FUNDASUS – Fundação Saúde do Município de Uberlândia
FUTEL - Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer
GM – Gabinete do Ministro
HC-UFU - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HIV – Vírus da imunodeficiência Humana
HMMDOLC - Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro
HV-UFU – Hospital Veterinário da Universidade Federal de Uberlândia
IAM – Infarto agudo do Miocárdio
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
ILPI - Instituição de Longa Permanência
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS – Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PEP – Programa de Educação Permanente
PICS – Práticas Integrativas Complementares
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMU – Prefeitura Municipal de Uberlândia
PNM – Pneumonia
POEPS - Política Estadual de Promoção da Saúde
PPP - Pré-Parto, Parto e Pós-Parto
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Redes de Atenção à Saúde
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do trabalhador
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES-MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SETRAN – Secretaria de Trânsito e Transporte
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISCAN - Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO-SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer e Mama
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SMS-BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS – Sistema Único de Saúde
SVO – Serviço de Verificação de Óbito
UAI – Unidade de Atendimento Integrado
UAPS – Unidades de Atenção Primária a Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica Saúde da Família
UFU – Universidade Federal de Uberlândia
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISA – Vigilância Sanitária

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 814, de 01 de junho de 2001**. Art. 2º Estabelecer, na forma do Anexo II desta Portaria, a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados no País. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prto814_01_06_2001.html Acessado: 10/05/2017

____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 1147/2001 de 28 de setembro de 2001**. Regulamento do transporte de doentes. Disponível em:
http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=232855 Acessado: 10/05/2017

____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010**. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html.
Acessado: 10/05/2017

____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
f Acessado: 10/05/2017

____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
Acessado: 10/05/2017

_____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html Acessado: 10/05/2017.

CAMPOS, F.C.C. FARIA, H.P.F.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.: il., 22x27cm. Disponível em: file:///C:/Users/Tania%20Berbert/Downloads/aval_planeja.pdf Acessado: 10/05/2017.

PEREIRA, S.D. **Conceitos e Definições em Epidemiologia importantes para Vigilância Sanitária**. 2007. http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf Acessado: 10/05/2017

Planejamento em Saúde. Disponível em: http://www.grupoatarp.com/planung/conteudo_pes.pdf Acessado: 10/05/2017'