



Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

**PLANEJAMENTO DE SAÚDE
DE BELO HORIZONTE**

2010 – 2013

Belo Horizonte – MG
2010

Saúde é Viver Mais e Melhor!

A missão do governo, profissionais e prestadores de saúde é ajudar as pessoas a só morrerem bem velhinhas, de preferência sem nunca terem estado doentes e, se acontecer doença ou agravo, que se cure logo, de preferência sem seqüelas.

Gilson Carvalho

Prefeito Municipal
Marcio Araujo de Lacerda

Secretário Municipal de Saúde
Marcelo Gouvêa Teixeira

Secretária Municipal de Saúde Adjunta
Susana Rates

Secretário Municipal de Saúde Adjunto
Fabiano Pimenta Júnior

Chefia de Gabinete
Marcos José Mendes

Assessoria Técnica do Gabinete
Lídia Maria Tonon
Janete Maria Ferreira
Paulo César Machado Pereira

Gerência de Assistência
Maria Luiza Tostes

Gerência da Vigilância em Saúde e Informação
Maria Tereza da Costa Oliveira

Gerência de Urgência
Paula Martins

Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar
Ninon de Miranda Fortes

Gerência de Planejamento e Desenvolvimento
Márcia Faria Moraes Silva

Gerência da Rede Complementar
Sônia Gesteira e Matos

Gerência de Tecnologia da Informação em Saúde
Sibele Maria Gonçalves Ferreira

Gerência de Comunicação Social
Luciana Melo Borges

Gerência de Gestão do Trabalho e Educação
Maria Inês Ribeiro Oliveira

Gerência de Apoio Assistencial
Maria de Fátima Silva Castro

Gerência Administrativa
Mário Lúcio Diniz

Gerência Orçamentária e Financeira
Guilherme Antonini Barbosa

Gerência de Controladoria
Eduardo Henrique de Tadeu Corrêa

Gerência dos Distritos Sanitários

GERSA Barreiro

Renata Mascarenhas Bernardes

GERSA Centro Sul

Regina Lemos

GERSA Leste

Synara Barbosa Batista

GERSA Nordeste

Carmem Cadete

GERSA Noroeste

Walma Bernadete de Miranda Seixas

GERSA Norte

Wanessa Lopes Wilke

GERSA Oeste

Marília Janotti Guerra

GERSA Pampulha

Maristela Nascimento Silva

GERSA Venda Nova

Nilton César Rodrigues

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Equipe da Gerência de Planejamento e Desenvolvimento – gpld@pbh.gov.br

Márcia Faria Moraes Silva - Gerente

Amália Virgínia Fróes Fonseca

Marina Guimarães Lima

COLABORAÇÃO

Assessoria Técnica do Gabinete/Controle Social

Gerência de Assistência (GEAS)

Gerência de Vigilância à Saúde e Informação (GVSI)

Gerência de Rede Complementar

Gerência de Regulação (GERG)

Gerência de Urgência (GEUG)

Gerência de Apoio à Assistência (GAAS)

Gerência de Comunicação Social (GCSO)

Gerência de Gestão do Trabalho (GGTE)

Gerência de Tecnologia da Informação (GTIS)

Gerência de Infraestrutura (GEAD)

Gerência Orçamentária e Financeira (GEOF)

SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACE - Agente de Combate de Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção Primária à Saúde
APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos
ATM - Articulação Temporomandibular
BDMG - Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais
BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial)
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CERSAM - Centro de Referência de Saúde Mental
CERSAMI - Centro de Referência de Saúde Mental Infanto-Juvenil
CERSAM-AD - Centro de Referência de Saúde Mental para usuários de Álcool e Drogas
CERSAT - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIAS - Consórcio Intermunicipal Aliança para Saúde
CINT - Central de Internação
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CREAB - Centro de Reabilitação
CRIE - Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI - Centro de Terapia Intensiva
CV - Centro de Conveniência
EC 29 - Emenda Constitucional 29/2000
ECG - Eletrocardiograma
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Equipe de Saúde da Família
ESM - Equipe de Saúde Mental
FAMINAS - Faculdade de Minas Gerais
FMS - Fundo Municipal de Saúde
GT - Grupo de Trabalho

HOB - Hospital Municipal Odilon Behrens
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES - Instituição de Educação Superior
IVS - Índice de Vulnerabilidade a Saúde
LDO - Leis de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
LV - Leishmaniose visceral
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS - Organização Mundial de Saúde
OP - Orçamento Participativo
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAD - Programa de Atenção Domiciliar
PAS - Programação Anual de Saúde
PAVS - Programação de Ações de Vigilância em Saúde
PBH - Prefeitura de Belo Horizonte
PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PET SAUDE - Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PID - Programa de Internação Domiciliar
PMS - Plano Municipal de Saúde
PPAG - Plano Plurianual de Ações Governamentais
PPI - Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
Proesf - Programa de Expansão do Saúde da Família
PSF - Programa Saúde da Família
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG - Sistema de Regulação
SLU - Superintendência de Limpeza Urbana
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

UBS - Unidade Básica de Saúde

UME - Unidade Móvel de Esterilização

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

URS - Unidade de Referência Secundária

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VS - Vigilância em Saúde

GLOSSÁRIO

Ação – é a medida ou iniciativa concreta a ser desenvolvida e que deverá contribuir para o alcance dos objetivos e metas.

Acolhimento – processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída.

Autoridade sanitária – agente público ou o servidor legalmente empossado a quem são conferidas as prerrogativas e os direitos do cargo, da função ou do mandato para o exercício das ações de vigilância à saúde, no âmbito de sua competência.

Avaliação – é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. (Contandriopoulos, 2000). Permite identificar se os objetivos do projeto foram ou não atingidos.

Apoio matricial – lógica de produção do processo de trabalho, na qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que, ao mesmo tempo em que o profissional cria pertencimento à sua equipe/setor, também funciona como apoio e referência para outras equipes.

Carta dos Direitos dos Usuários do SUS – documento que reúne os princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado (Ministério da Saúde, 2010).

Causas externas de mortalidade – são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência, envenenamento ou outra causa exógena. Neste grupo incluem-se as lesões de transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais.

Classificação de risco – mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática).

Código de Saúde de Belo Horizonte – lei que estabelece normas de ordem pública e de interesse social para a promoção, defesa e recuperação da saúde e dispõe sobre a organização, a prestação, a regulação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no município de Belo Horizonte.

Demanda espontânea – procura por serviços de saúde devido a sinais e sintomas agudos apresentados pelo usuário.

Demanda programada – procura por serviços de saúde baseada na adscrição do usuário à unidade de saúde, na abordagem de problemas crônicos, no ciclo de vida do indivíduo e na oferta de serviços disponíveis.

Diretriz – formulação que aponta as linhas de ações a serem seguidas. É expressa sob a forma de um enunciado síntese. Exemplo: *Reestruturação e qualificação da rede de laboratórios de patologia clínica.*

Efetividade – impacto positivo ou negativo que o público alvo obtém com o desenvolvimento do programa, além dos seus produtos imediatos.

Eficiência – é a relação entre os resultados e os custos envolvidos na execução de um projeto ou programa.

Eixo de planejamento – é a divisão programática da ação municipal que estrutura o Plano Municipal de Saúde, por meio de recortes específicos que delimitam as áreas de atuação. Estrutura-se em : objetivo geral, diretrizes, objetivos específicos, metas com seus indicadores.

Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29/2000) – Emenda Constitucional que estabelece percentuais mínimos de aplicação de recursos em ações e serviços de saúde para os gestores dos níveis municipal, estadual e federal.

Governança – significa a existência de um arcabouço político, jurídico e social que permita a elaboração e o implemento de políticas públicas. Está relacionada com a estrutura de governo.

Governabilidade – é a capacidade do governo de bem administrar, articular os diversos interesses existentes e, efetivamente, implantar as políticas públicas. Está relacionado ao processo do arcabouço político.

Indicador – “Os indicadores são uma expressão de valores” (Bossel, 1999). Permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas. Ex: *Número de exames complementares realizados em tempo oportuno.*

Lei de Diretrizes Orçamentárias – lei que estabelece regras para a elaboração do orçamento do exercício seguinte, orienta a elaboração da LOA e dispõe sobre alterações na legislação tributária.

Lei Orçamentária Anual - lei que detalha a aplicação dos recursos do governo em obras e ações para o exercício seguinte.

Meta – expressa o objetivo quantificado em um prazo definido. Concretiza o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.

Exemplo: *Implantar o exame de urocultura nos distritos sanitários Leste, Norte e Venda Nova, até dezembro de 2010. Capacitar 80 profissionais de laboratório , até agosto de 2010.*

Monitoramento – é a observação e o registro regular das atividades de um projeto ou programa. É um processo rotineiro de acúmulo de informações do projeto em todos os seus aspectos. Monitorar é checar o progresso das atividades do projeto, ou seja, uma observação sistemática e com propósitos. Monitorar é também dar um retorno sobre o projeto aos seus colaboradores, implementadores e beneficiários.

Objetivo geral – expressa uma proposta mais abrangente daquilo que se pretende fazer a fim de superar os problemas identificados, dentro do respectivo eixo, ou seja, atingir a situação desejada. Exemplo: *Aprimorar a rede de apoio diagnóstico do SUS-BH.*

Objetivo específico – são linhas que delimitam e especificam o objetivo geral. Esses objetivos, somados, conduzirão à conclusão do objetivo geral. Ex: *Estruturar a rede de apoio diagnóstico dos Distritos Sanitários. Ampliar a capacidade dos laboratórios regionais Norte e Venda Nova.*

Orçamento Participativo – política de governo por meio da qual as decisões sobre a aplicação de recursos públicos são tomadas pela população.

Planejar – consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro (CHORNY, 1980).

Plano – é um instrumento que contém programas e/ou projetos, nos quais são definidos os objetivos e metas, bem como o cronograma e os recursos necessários.

Plano Plurianual de Ações Governamentais – um instrumento de planejamento de médio prazo da esfera pública, que explicita diretrizes, objetivos, programas, ações e metas a serem atingidas, definindo os recursos necessários à sua implementação.

“Plus do PSF” – remuneração adicional obtida pelos profissionais envolvidos na estratégia do Programa Saúde da Família da SMSA/SUS-BH, visando à fixação dos mesmos

Puericultura – acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento da criança, de fundamental importância para a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde atual e futura.

Programa – é o conjunto de projetos que visam aos mesmos objetivos, que estabelece as prioridades da intervenção, identifica e ordena os projetos, define o âmbito institucional e aloca os recursos a serem utilizados.

Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) – programação dos serviços dos estados construída com base nas demandas e planejamento das regiões e municípios.

Projeto – a palavra projeto está definida como uma idéia que se forma, de executar ou realizar algo no futuro. Deve estar inserido nas políticas e programas da instituição ou empresa.

Rede 10 – grupo de municípios formado por Belo Horizonte, Brumadinho, Nova Lima, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano, Contagem, Ribeirão das Neves, Ibirité e Betim, que promove a discussão e o estabelecimento de políticas comuns.

Responsabilidade sanitária – compreende a gestão dos riscos populacionais de adoecer e morrer, quanto à oferta, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde em um dado território. A responsabilidade sanitária está apoiada na prática da

“Vigilância em saúde” para a orientação e avaliação do processo de atenção (SMSA, 2009).

Tecnologia de Informação em Saúde – recursos de informática (*software* e *hardware*), recursos de comunicação (conectividade ou a capacidade de transmitir dados e/ou informações entre diferentes pontos) e o conteúdo (informações em saúde) que se quer trabalhar.

Território – “um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situação, na arena política” (Mendes, 1993)

Territorialização em saúde – processo de definição dos territórios de saúde com base nos condicionantes e determinantes sociais da saúde, na infra-estrutura e nos recursos disponíveis e na organização político-administrativa.

Termo de Compromisso de Gestão (TCG) – termo que os gestores do SUS, nos níveis municipal, estadual e federal, devem assinar, em que consta todas as suas responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde.

Transição demográfica – processo de mudança na estrutura etária da população que resulta no envelhecimento populacional.

Transição epidemiológica – processo de mudança no perfil de doenças da população, em que a frequência de doenças infecto-contagiosas diminui e a frequência de doenças crônico-degenerativas aumenta.

Visita Aberta – é uma proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

FIGURAS

Figura 1- Mapa da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

GRÁFICOS

Gráfico 1 - População de Belo Horizonte por Distrito Sanitário, 2000.

Gráfico 2 - Pirâmide Etária de Belo Horizonte, 1991, 2000 a 2009.

Gráfico 3 - Pirâmide Etária de Belo Horizonte, por risco, 2000.

Gráfico 4 - Coeficiente de mortalidade, em Belo Horizonte, por grupos de causas, 2000-2008.

Gráfico 5 - Principais causas de óbitos em Belo Horizonte, 2008.

Gráfico 6 - Percentual de óbitos na população com 50 anos ou mais de idade, por risco em Belo Horizonte.

Gráfico 7 - Principais causas de óbitos em Belo Horizonte, por risco, 2008.

Gráfico 8 - Evolução do número de nascidos vivos de mães adolescentes em Belo Horizonte, 2001 a 2009.

Gráfico 9 - Percentual de nascidos vivos prematuros e de parto cesáreo em Belo Horizonte, 2000 a 2009.

Gráfico 10 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, Belo Horizonte, 2000 a 2009.

Gráfico 11 – Razão da Mortalidade Materna, Belo Horizonte, 2003 a 2008.

QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das unidades próprias do SUS-BH, segundo tipologia, dez./2009.

Quadro 2 - Quantitativo dos postos de trabalho da SMSA-BH, por vínculo empregatício, janeiro/2010.

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população de Belo Horizonte por faixa etária, 2000 a 2009.

Tabela 2 – Condições de Saneamento Básico em Belo Horizonte, 2000.

Tabela 3 – Incidência de Agravos de importância para a Saúde Pública, Belo Horizonte, 2001-2009.

Tabela 4 – Cobertura Vacinal em Belo Horizonte, 2001-2009.

Tabela 5 – Número de Visitas Domiciliares na Atenção Primária, por categoria profissional, Belo Horizonte, 2003 a 2009.

Tabela 6 – Número de Consultas Médicas Básicas, Belo Horizonte, 2003 a 2009.

Tabela 7 – Leitos no município de Belo Horizonte, segundo a especialidade e a contratação pelo SUS.

Tabela 8 – Internações hospitalares do SUS por local de internação, Belo Horizonte, 2000 a 2009.

Tabela 9 – Detalhamento do PPAG, 2010-2013 – Fundo Municipal de Saúde.

Tabela 10 – Detalhamento do PPAG, 2010-2013 – SMSA.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

2 RELATÓRIO DA X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

3.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL

3.1.1 Caracterização do Município

3.1.2 Situação de Saúde

3.1.3 Diagnóstico dos Serviços de Saúde

3.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES POLÍTICAS DO SUS E COMPROMISSOS DE GOVERNO DO MUNICÍPIO

3.3 PROGRAMAÇÃO

3.3.1 Gestão e Regionalização da Saúde

3.3.2 Atenção Primária à Saúde

3.3.3 Rede Complementar, Urgência, Hospitalar, Apoio à Assistência

3.3.4 Educação e Gestão do Trabalho

3.3.5 Pacto em Defesa do SUS-BH

3.4 RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

3.5 PLANO DE OBRAS

**MISSÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE**

“Avançar na implantação dos princípios e diretrizes dos SUS em Belo Horizonte, prestando serviços humanizados e de qualidade, inserindo-se de forma articulada nas políticas sociais do Governo, em busca da promoção da equidade social e garantindo o direito à saúde com controle social”.

APRESENTAÇÃO

O Planejamento de Saúde de Belo Horizonte contém as prioridades da gestão do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) para o período de 2010-2013, descritas em dois documentos: Relatório da X Conferência Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010 – 2013.

O presente documento é fruto das propostas de uma nova gestão da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) discutidas no processo eleitoral de 2008, aliadas aos diferentes compromissos desta Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) com outras instâncias governamentais e a participação social, que sempre foi uma marca da gestão do SUS-BH.

Belo Horizonte é considerada modelo nacional na execução de políticas de saúde, pioneira em vários avanços, como por exemplo a Reforma Psiquiátrica e a implantação da Estratégia Saúde da Família em um grande centro urbano. Todos esses resultados foram possíveis devido aos esforços da sociedade belo-horizontina, dos gestores e trabalhadores do SUS-BH.

Com a posse do novo governo, em janeiro de 2009, ocorreu a primeira reunião do Secretário Municipal de Saúde com o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH).

Nessa reunião, o secretário, ao apresentar sua proposta de gestão, convidou o conselho para, em parceria, realizarem, ainda em 2009, a X Conferência Municipal de Saúde, cuja finalidade era promover debates da agenda política de ação e luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e das diretrizes fundamentais para o Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.

Para subsidiar os trabalhos desta conferência três documentos básicos: o Plano Macroestratégico da SMSA/SUS-BH 2009-2012; a Avaliação da Atenção Básica – dois textos - produzidos pela Plenária de Usuários e pela Plenária dos Trabalhadores do Conselho Municipal de Saúde.

O processo de elaboração do Plano Macroestratégico iniciou-se a partir de um diagnóstico do SUS-BH e de grandes definições técnico-políticas, que foram apresentadas aos gerentes e técnicos, tanto dos distritos sanitários, quanto das unidades de saúde e do nível central em reunião ocorrida, no mês de junho de 2009, no Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais (BDMG). A

discussão transcorreu com foco nos quatro eixos programáticos que compõem o plano, quais são: Regionalização da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Rede Complementar, Hospitalar, Urgência e Apoio Assistencial, e Educação e Gestão do Trabalho.

A partir daquele momento, a discussão foi descentralizada para os distritos sanitários e unidades de saúde. Foram realizadas nove reuniões distritais com participação dos gerentes das unidades de saúde e de técnicos do nível central. Na sequência, a discussão foi levada ao nível local com realização de reuniões com toda equipe. O produto das discussões de cada unidade foi consolidado pelos Distritos Sanitários e, posteriormente, consolidado no nível central, o que constituiu um documento – produto de dois movimentos: ascendente e descendente.

Para a validação do Plano, foi realizado, no Minascentro, um seminário, em agosto de 2009, com a participação dos profissionais da SMSA, onde, também, foram definidas ações para o alcance de cada meta, no nível de responsabilização dos distritos sanitários, nas unidades de saúde e no nível central desta Secretaria.

Em dezembro de 2009, precedidas de discussões nos níveis local e distrital, realizou-se a X Conferência Municipal de Saúde “Conselheiro Evaristo Garcia” com a participação de gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde. No mesmo modelo do Plano Macroestratégico, a X Conferência utilizou uma metodologia de priorização ascendente de proposições, cumprindo as etapas locais e distritais utilizando uma matriz comum de relatório final para cada etapa. O consolidado distrital foi encaminhado para o debate dos 20 grupos de trabalho, cujo produto foi um consolidado de cada eixo programático que foi remetido para a deliberação da plenária final. Em todo o processo de construção e de realização da conferência participaram cerca de dez mil pessoas. Essa participação coletiva confere identificação, compromisso e apoderamento por parte dos trabalhadores, usuários e gestores à execução das ações de saúde.

É importante ressaltar que dos cinco eixos programáticos, o quinto eixo, denominado Pacto em Defesa do SUS, foi construído no processo da Conferência, a partir de um rol de proposições de ação e luta em defesa do

SUS , e das diretrizes fundamentais para o Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013.

O Plano Municipal de Saúde apresenta os resultados a serem atingidos no período de quatro anos – 2010 a 2013, os quais são organizados em eixos programáticos e expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Esse Plano será acompanhado e monitorado, amplamente, pelos profissionais de saúde e conselheiros de saúde, por meio do sistema informatizado, denominado MonitoraSUS, - uma ferramenta inovadora no planejamento, que disponibilizará o resultado da execução, com a apresentação de indicadores, gráficos e relatórios.

O cumprimento dos objetivos propostos vai depender do esforço de toda população belorizontina, espelhado no compromisso dos gestores com a transparência e a austeridade, na luta dos conselhos de saúde, na competência e no profissionalismo de todos os trabalhadores do SUS-BH e na participação da população como agente co-responsável pela própria saúde.

Nesse momento em que apresentamos à sociedade os compromissos de Belo Horizonte na área de saúde, fazemos, também, um convite para exercitarmos, todos os dias, a cidadania, contribuindo direta e/ou indiretamente para a construção contínua do sistema de saúde que queremos.

Marcelo Gouvêa Teixeira
Secretário Municipal de Saúde
Saúde

Willer Marcos Ferreira
Presidente do Conselho Municipal de

1. INTRODUÇÃO

Belo Horizonte foi construída para abrigar cerca de 200 mil habitantes. Entretanto, o desenvolvimento econômico ocorrido no município, a partir da década de 1930, acarretou em um elevado crescimento populacional. Consequentemente, a população máxima prevista no plano de construção da cidade foi ultrapassada já na década de 1940 e intensificaram-se problemas urbanos, como pressões de demanda sobre os serviços públicos prestados na capital mineira, sobretudo nas áreas de saúde e educação (CEDEPLAR, 2004). Atualmente, a cidade possui um contingente populacional de, aproximadamente, 2,4 milhões de habitantes, o que representa 48,3% da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) – estimada em 5.110.593 habitantes em 2009 (IBGE, 2010).

No Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte está classificada como município pólo, micro e macrorregional na área de saúde. Nesse desenho de regionalização, Belo Horizonte exerce responsabilidade sanitária referente à atenção secundária (microrregião) e a atenção terciária (macrorregião). O município pólo macrorregional é o que registra maior ocorrência de serviços ambulatoriais e hospitalares, com demanda originada da maioria das microrregiões circunvizinhas, para serviços que caracterizam o perfil macro, ou seja, o elenco de especialidades do nível de atenção terciária. Apresenta alta relevância para o Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, pois, é pólo da microrregião de saúde Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté, com 13 municípios e uma população adscrita de 3.339.836 habitantes; e pólo da macrorregião Centro, com 104 municípios e uma população adscrita de 6.357.604 habitantes (SES-MG, 2010). O município caracterizado como pólo macrorregional acumula a função de pólo microrregional, além de sua responsabilidade pela atenção primária à saúde de seus municípios.

Para enfrentamento desse cenário, a SMSA estabeleceu dois pilares – a implantação do Plano Macroestratégico e a realização da X Conferência Municipal de Saúde, com vistas a oferecer à população um atendimento resolutivo, de maneira organizada, planejada e com participação popular.

Nessa seqüência, está o Plano Municipal de Saúde, elaborado em conformidade com o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), expresso na Portaria do Ministério da Saúde, nº 399, de 22 de fevereiro de 2009. Com o objetivo de integrar o Plano Municipal de Saúde (PMS) com o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) e, conseqüentemente, com a Lei Orçamentária Anual (LOA), o seu período de vigência corresponde ao segundo ano do governo atual e o primeiro ano do próximo governo, período de 2010 – 2013.

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que apresenta os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais são expressos em objetivos, diretrizes e metas (PLANEJASUS, 2008).

Em consonância com a definição acima, a política de saúde está concretizada no PMS, mediante objetivos, diretrizes e metas expressos em cada um dos cinco eixos de planejamento, tais quais: Gestão e Regionalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Rede Complementar, Hospitalar, Urgência e Apoio à Assistência; Educação e Gestão do Trabalho e Pacto em Defesa do SUS-BH. Os objetivos definem o que se deseja obter nesse período, e as diretrizes são formulações que indicam as linhas de atuação a serem seguidas e devem ser apresentadas sob a forma de um enunciado-síntese. A partir das diretrizes, são apresentadas as metas a serem atingidas nos próximos quatro anos. As ações que devem ser executadas para o cumprimento da meta estarão registradas no Sistema de Monitoramento do SUS-BH (MonitoraSUS-BH).

Visando um planejamento harmônico e factível, torna-se fundamental a sua articulação com os demais instrumentos de planejamento e de gestão do governo municipal. Nesse sentido, buscou-se a compatibilização do PPAG com o PMS tentando, da forma mais viável, a correspondência entre suas estruturas, de modo a possibilitar apenas uma interpretação dos programas e das ações de saúde.

Para melhor compreensão deste documento, o material produzido foi distribuído em seis capítulos. Os capítulos 1 e 2 consistem na apresentação e introdução. O capítulo 3 apresenta o relatório da X Conferência Municipal de Saúde, onde estão elencadas as prioridades eleitas – ponto fundamental para a programação disposta no Plano Municipal de Saúde.

O capítulo 4 constitui-se do plano, organizado em cinco seções. A seção 4.1 consiste na análise situacional do município de Belo Horizonte, composta pelas características gerais e pela situação de saúde. Nas características, ressaltam-se os aspectos demográficos e sócio-econômicos, e também, a região metropolitana, com seus 34 municípios. Outro destaque importante é a Rede 10 – um grupo de municípios, dentre eles Belo Horizonte, que promove a discussão e o estabelecimento de políticas comuns. Na situação de saúde destacam-se como principais causas de morte (dados de 2008), as doenças do aparelho circulatório (26,2%), neoplasias (19,6%) e causas externas de morbidade e mortalidade (11%). Com relação à morbidade, a incidência de AIDS entre os maiores de 13 anos de idade encontra-se em tendência de estabilidade, enquanto os casos de dengue e leishmaniose visceral aumentaram nos últimos anos, apesar do trabalho intenso e permanente da SMSA no controle desses agravos. A seção 4.2 aponta os principais compromissos do governo municipal e as diretrizes políticas do SUS-BH. A seção 4.3 trata da programação das ações de saúde, distribuídas em cinco eixos de planejamento: Gestão e Regionalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Rede Complementar, Urgência, Hospitalar e Apoio à Assistência; Educação e Gestão do Trabalho, e Pacto em Defesa do SUS. O conteúdo programático de cada eixo está expresso em: objetivo geral, diretrizes, objetivos específicos e metas com seus indicadores. A seção 4.4 mostra a previsão dos recursos financeiros para o período de 2010 a 2013, no total de R\$ 5.751.622.239,72 (Cinco bilhões, setecentos e cinquenta e um milhões, seiscentos e vinte e dois mil, duzentos e trinta e nove reais, setenta e dois centavos); sendo que R\$ 467.556.812,00 (Quatrocentos e sessenta e sete milhões, quinhentos e cinquenta e seis mil, oitocentos e doze reais) estão destinados à execução dos quatro Projetos Sustentadores - Área de Resultado

Cidade Saudável: Saúde da Família, Gestão e Regionalização da Saúde,
Melhoria do Atendimento Hospitalar e Hospital Metropolitano.

2. X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE CONSELHEIRO EVARISTO GARCIA

A X Conferência Municipal de Saúde Conselheiro Evaristo Garcia aconteceu nos dias 04, 05 e 06 de dezembro de 2009, nas dependências da Faculdade de Minas Gerais – FAMINAS – na região Norte de Belo Horizonte. A X Conferência, como passou a ser denominada, foi convocada tendo como pauta exclusiva de debates, a agenda política de ação e luta em defesa do SUS e das diretrizes fundamentais para o Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013. A X Conferência teve como tema central: “Sistema Único de Saúde: o desafio de uma cidade saudável”.

Orientada por três textos básicos; o Plano Macroestratégico da SMSA/SUS-BH 2009-2012; Avaliação da Atenção Básica produzido pela Plenária de Usuários e pela Plenária dos Trabalhadores do Conselho Municipal de Saúde, a X Conferência cumpriu as etapas locais (Conferências Locais de Saúde) e regionais (Conferências Distritais de Saúde), utilizando uma metodologia de priorização ascendente de proposições, a partir de uma matriz comum de relatório final para cada etapa, que, em última análise, teve o seu consolidado distrital encaminhado para o debate dos 20 grupos de trabalho da Conferência Municipal. No mesmo sentido, foi feito um consolidado dos grupos de trabalho (cada eixo dos cinco propostos foi discutido por quatro dos 20 grupos de trabalho) que foi remetido para a deliberação da plenária final da X Conferência, com a mesma lógica de priorização.

Assim, a escolha de 10 pontos fundamentais e prioritários que comporão um pacto de realizações na saúde da cidade e três outros pontos que não deverão acontecer na cidade para cada um dos quatro eixos assistenciais e de gestão do SUS-BH e um rol maior de proposições de ação e luta em defesa do SUS (o chamado eixo 5), foram debatidos e aprovados na plenária final da X Conferência, conferindo legitimidade a todo o processo de discussões realizado em toda a cidade e propiciando um rico e democrático material para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, que será alvo de

deliberação, por sua vez, no Plenário do Conselho Municipal de Saúde, conforme registro legal.

A Comissão Temática e de Relatoria da X Conferência

EIXO 1 - GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: DISTRITOS SANITÁRIOS

DEZ PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE COMPORÃO UM NOVO PACTO DE REALIZAÇÕES NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:

1. Trabalhar a questão de saúde de forma integrada com os setores envolvidos, incluindo a área social: assistência social, esportes, bolsa família, cultura, direitos de cidadania, segurança pública, entre outras (comunidade, educação, gestão urbana e fiscalizações), visando a prevenção de doenças e diminuição das situações de riscos de formas co-responsáveis, garantindo a efetivação da intersetorialidade no território, implementando em parceria com outras políticas públicas, atividades de lazer e eventos culturais e esportivos.
2. Melhoria da gestão e do uso da informação/informatização e comunicação entre todos os setores da rede de saúde, visando maior conhecimento dos fluxos existentes entre serviços, com repasse à população de informações precisas, facilitando o acesso e a utilização dos serviços, planejando e avaliando ações, contemplando todos os níveis e instrumentos de gestão utilizados, usando linguagem uniforme e formato padronizado de acompanhamento e incremento de técnicas em saúde, aprimorando o sistema de informação de forma a torná-lo ágil e confiável para o planejamento da assistência, com implemento do quantitativo de computadores de forma a contemplar todos os profissionais e agilizar a informatização da rede complementar e de urgência. Incrementar o uso e a abrangência dos processos de incorporação da Tecnologia de Informação em Saúde no SUS-BH, visando o acesso oportuno e seguro a um conjunto de bases de dados qualificados e integrar os diversos sistemas para melhor gestão através da viabilização do cartão SUS para monitoramento.

Observar, por garantia, a manutenção do prontuário físico para o caso de pane, pois assim o paciente não ficará aguardando o restabelecimento do sistema. Manter cópias digitalizadas desses prontuários físicos atualizadas semanalmente.

3. Fortalecimento do distrito sanitário com autonomia, descentralização de equipamentos de saúde, buscando garantir aos distritos e gerência local os recursos administrativos e financeiros necessários.
4. Assegurar área física adequada e recursos humanos (inclusive para vigilância sanitária) para todos os serviços de saúde, que contemplem todas as ações desenvolvidas da unidade, garantindo a ambiência e a humanização, assim como a segurança de todos os trabalhadores e usuários: sistemas de segurança eletrônica, câmeras para áreas externas da mesma (olho vivo), estacionamento, guarda municipal durante todo horário de funcionamento da unidade, logística para almoxarifado, aumento da frota de veículos de visitas domiciliares, transportes sanitários, inclusive para usuários portadores de doenças crônicas que necessitem e ambulâncias. Implantação de Centros de Reabilitação (CREAB's) em todas as regionais.
5. Uniformizar horário comum de funcionamento dos setores das unidades de saúde, viabilizando recurso para efetivo atendimento da população. Viabilizar que as farmácias e imunizações funcionem durante todo o período de funcionamento do serviço de saúde, com todos os medicamentos e imunobiológicos necessários para atender aos usuários. A imunização deve funcionar também, periodicamente, em turnos estendidos ou em fins de semana, de maneira que atenda a população.
6. Definir política construída de forma participativa para trabalhadores da área central, incluindo a população flutuante nesta área e área de risco, e implantá-la.
7. Redefinição dos territórios (a área de abrangência de cada unidade) de acordo com a acessibilidade geográfica e organizacional, a população e risco, contemplando também o baixo risco; atualização do IVS (Índice de Vulnerabilidade à Saúde), considerando o quantitativo de pessoas doentes acamadas e o índice de violência e morbi-mortalidade por causas externas.

A SMSA, em conjunto com o distrito sanitário e as unidades básicas, fará o estudo do perfil epidemiológico da população por área de abrangência de cada unidade, de maneira contínua, através de grupos técnicos. O número de equipes de saúde da família deve ser revisto de acordo com o número de famílias.

8. As unidades de saúde não devem constar somente no Orçamento Participativo (OP), mas também nos financiamentos do Ministério da Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, conforme plano diretor para construções, ampliações e reformas, evitando imóveis alugados.
9. Elaborar e implementar política intersetorial de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, mulheres vítimas de violência doméstica e de gênero, crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual, articulando as políticas públicas de assistência social, cultura, saúde, educação, habitação, justiça, etc., na implantação de serviços e estratégias específicas para este segmento em cada área, bem como na elaboração de campanha de mídia sobre o tema.
10. O exercício da responsabilidade sanitária no território, em todos os níveis de gestão: autoridade sanitária e a gestão dos riscos populacionais de adoecer e morrer quanto à oferta, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, apoiada na ação de vigilância em saúde.

QUATRO (*) PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE NÃO DEVERÃO ACONTECER NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:

1. Faltar profissionais para os serviços administrativos e faltar os técnicos habilitados para exercer cada função (exemplo: farmacêutico na farmácia). Os técnicos devem ser liberados para realizar as atividades de assistência e não as atividades administrativas.
2. Centralização das decisões sem discussão e pactuação com os diversos níveis.
3. Privatização e terceirização de serviços de saúde, desvios de investimentos e verbas e falta de fiscalização no cumprimento da aplicação desses recursos. Privatização do SUS.

4. Interromper obras iniciadas em uma gestão, em função de mudança da mesma. Receber conjuntos habitacionais sem estrutura de saúde, educação, transporte e saneamento.

(*) A Plenária Final da X Conferência deliberou que nesse eixo seriam aprovados quatro pontos.

EIXO 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA: SAÚDE DA FAMÍLIA

DEZ PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE COMPORÃO UM NOVO PACTO DE REALIZAÇÕES NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:

1. Reestruturação da assistência farmacêutica, com a permanência de um farmacêutico e profissional específico da área, descentralizando, ainda, a disponibilização dos medicamentos da saúde mental para as farmácias locais de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS's), como também readequar a estrutura física de mobiliários e equipamentos das farmácias. Estabelecer um horário único para funcionamento das farmácias da rede.
2. Incentivo aos hábitos saudáveis: ampliação do número de Academias da Cidade, da oferta de acupunturistas, de homeopatia e antroposofia, além de outras práticas complementares, maior divulgação e ampliação do Lian Gong, com pelo menos dois profissionais por unidade, aproveitando espaços comunitários e praças, para prática de atividades físicas, com presença de monitor para orientação à população. Equilibrar a oferta de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, assim como o atendimento a pacientes portadores de eventos crônicos e agudos nas UBS's. Promover as ações de prevenção, promoção e recuperação. Integrar à Atenção Primária práticas de Vigilância em Saúde. Ampliar e incluir o atendimento de práticas não alopáticas e complementares no SUS-BH (acupuntura, *shiatsu*, fitoterapia, macrobiótica, homeopatia, unibiótica), com garantia de insumos e medicamentos.
3. Garantia de profissionais para cobertura em período de férias e licença médica para todas as categorias profissionais, com isso evitar a sobrecarga dos trabalhadores que estão na unidade de saúde, garantindo a

continuidade da assistência aos usuários. Garantir substituições, em tempo integral dos profissionais em férias, licenças médicas inferiores a 90 dias e exonerações, aposentadorias e óbitos, inclusive para os profissionais celetistas. Contratação de profissionais de apoio para cobertura de férias, licenças, etc., para que as equipes tenham possibilidade de manter a continuidade dos cuidados (vigilância à saúde), e garantir a cobertura dos Agentes de Controle de Endemias (ACE's) que não estão dentro da unidade.

4. Criação de estratégias para buscar autonomia do usuário para que ele se torne sujeito de seu processo saúde-doença, promovendo mudança de hábitos e visando uma melhor qualidade de vida, através, também, de outras políticas públicas, efetivando a intersectorialidade, promovendo a corresponsabilidade dos usuários, garantindo que esse tenha em mãos, quando necessário, os exames solicitados nas consultas especializadas para buscar diminuir o absenteísmo das mesmas.
5. Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturador da rede de atenção à saúde. Para esse fortalecimento é necessário um conjunto de ações que propiciem, de fato, o papel articulador e coordenador da Atenção Primária à Saúde (APS), integrando os pontos da rede de atenção do SUS-BH (essa articulação exige continuidade). Garantir o acesso preferencial do usuário na unidade básica de saúde. Programa de Saúde da Família (PSF) como eixo estruturador da APS. APS como coordenadora do cuidado. Garantir ofertas de serviços na rede complementar, de forma a possibilitar à APS coordenar e regular o acesso dos usuários a todos os serviços dos quais ele necessita, garantindo a integralidade.
6. Melhoria da relação entre as equipes de saúde da família (ESF), saúde bucal (ESB), saúde mental (ESM) e núcleo de apoio à saúde da família (NASF), para garantir uma assistência eficiente e eficaz ao usuário. Redimensionar as áreas de abrangência a partir do IVS do território, revendo o número de famílias por equipes de saúde da família, de acordo com parâmetros e diretrizes do Ministério da Saúde, incluindo a população vulnerável de risco.

7. Criação de instrumento de classificação de risco para as UBS's e capacitação dos profissionais. Redimensionamento dos profissionais para a classificação de risco nas unidades de saúde.
8. Melhoria da comunicação nas portas de entrada e organização da demanda espontânea através da expansão do Programa "Posso ajudar?" para todas as unidades; confecção de material educativo para usuários e funcionários com orientações sobre fluxos (com destaque para os de urgência/emergência, cartilhas de direitos dos usuários do SUS), fazendo da promoção da cidadania uma estratégia de mobilização social. Os projetos devem estar dentro das diretrizes dos programas de orientação dos profissionais da área de saúde com amplo envolvimento.
9. Garantia da cobertura de atendimento e vigilância ao usuário de risco nas áreas de baixo risco, trabalhando na lógica dos domicílios de risco, através de equipes cuja composição seja definida levando-se em consideração as especificidades locais, aumentando gradativamente a assistência de toda a população do SUS-BH.
10. Redimensionamento do número de famílias por equipe de saúde da família, melhorando também, e não apenas mantendo, a relação de equipes de saúde e equipes de saúde mental, adequando também a estrutura física das unidades de saúde, para garantir a ambiência necessária para as múltiplas atividades das equipes.

**TRÊS PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE NÃO DEVERÃO
ACONTECER NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:**

- 1 Faltar recursos humanos e produtos essenciais para garantia do tratamento, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças: número de consultas especializadas adequadas à necessidade da população, medicamentos, resultados de exames em tempo hábil, disponibilidade de vacinas, apoio diagnóstico em quantidade e qualidade para os usuários do SUS, atendimento médico completo de urgência nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) com qualidade, leitos hospitalares e todos os tipos de exames.

- 2 Privatização do SUS, desvalorização dos profissionais, descumprimento das políticas do SUS.
- 3 Deixar de ouvir e orientar a comunidade, divulgando informações de como funciona o serviço e deixar em aberto para críticas e sugestões de todos.

EIXO 3 - REDES: COMPLEMENTAR, URGÊNCIA E HOSPITALAR

DEZ PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE COMPORÃO UM NOVO PACTO DE REALIZAÇÕES NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:

- 1 Melhorar a infraestrutura das unidades de urgência, com a sua ampliação, assim como, ampliar a rede hospitalar, em Belo Horizonte e na região metropolitana “Rede Hospitalar 10”, aumentando oferta de leitos, em especial Clínica Médica, CTI adulto e infantil, usuários de álcool e droga, isolamento e idosos, aprimorando o acompanhamento do processo de regulação e a ocupação dos leitos, utilizando tecnologias de informática para este monitoramento, criação de leitos de desintoxicação em hospitais gerais para usuários de álcool e drogas, promovendo a humanização junto aos acompanhantes dos pacientes (aprovado: realizar humanização aos acompanhantes dos pacientes).
- 2 Ampliar a frota de veículos para transporte sanitário (priorizando idosos, pacientes crônicos, renais, em quimioterapia, entre outros), SAMU e serviços de apoio, garantindo maior agilidade e suporte às unidades, assim como para atendimentos eletivos.
- 3 Garantia de vale social para pacientes, quando necessário, para consultas especializadas.
- 4 Garantir acesso às consultas médicas e odontológicas especializadas, chegando ao teto máximo de 60 dias para 90% das especialidades. Redução do tempo de espera em 20% ao ano para as especialidades críticas (Angiologia, Urologia, Neurologia, Proctologia, algumas subespecialidades da Ortopedia, Endodontia, Disfunção de ATM, etc.).
- 5 Ampliar a oferta de consultas especializadas (promover mutirões de consultas especializadas de acordo com a demanda), exames e cirurgias

eletivas; promover a regulação assistencial efetiva, de forma a diminuir a fila de espera e melhorar o atendimento da rede complementar e de urgência/emergência, atentando para o aspecto da qualidade e humanização, responsabilização pelo usuário, regionalização, com a elaboração do planejamento da rede complementar, articulada à atenção primária e integrando a rede especializada e o apoio diagnóstico, com a revisão e pactuação de fluxos (fica indicada a reativação do Hospital Frederico Ozanan, que já se encontra estruturado com capacidade de realização de 300 a 500 cirurgias/mês).

- 6 Reestruturação das redes de média e alta complexidade que, através de recursos técnicos, políticos e financeiros, possam regularizar as especialidades mais estranguladas, identificando formas de diminuir o absenteísmo nas consultas, através de elaboração de um plano estratégico (aprimoramento do processo de marcação e comunicação com o usuário, aprofundar a análise dos motivos de ausência, compartilhar o problema com a comunidade, “*overbooking*” e etc.), exames e procedimentos, co-responsabilizando o usuário e a rede, envolvendo na solução a implementação de uma política de transporte público (circular saúde), que possibilite ao usuário se deslocar dentro dos vários serviços do distrito sanitário.
- 7 Garantir a abertura dos Centros de Referência de Saúde Mental (CERSAM's) NORTE E CENTRO SUL; a reforma do CERSAM NORDESTE, completando assim um CERSAM por regional; implantar o Centro de Especialidade Médica (CEM), o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e os serviços de radiologia dentro do território distrital, de forma gradativa e pactuada; garantir o funcionamento adequado dos laboratórios distritais e avaliar a necessidade de ampliação; avaliar a necessidade de CERSAM's, ampliando conforme a necessidade da demanda.
- 8 Ampliar a desospitalização, o Programa de Assistência Domiciliar / Programa de Internação Domiciliar (PAD/PID) e o Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para receber os usuários de leitos crônicos do Hospital

Serra Verde, obedecendo os benefícios das diretrizes da lei nº 8.080 e a Política Nacional de Humanização.

- 9 Capacitação e educação permanente dos trabalhadores, garantindo quadro funcional mínimo para as três clínicas básicas (clínica médica, pediatria e cirurgia) 24 horas.
- 10 Ampliar a informatização para todos os serviços da rede complementar e de urgência, incluindo a rede hospitalar, favorecendo os encaminhamentos e a contra-referência dos serviços.

QUATRO (*) PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE NÃO DEVERÃO ACONTECER NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:

- 1 Desproporção quantitativa e qualitativa entre atendimento, equipamentos, medicamentos, insumos e recursos humanos.
- 2 Espera superior a 90 dias para o usuário acessar a consulta especializada ou retorno e exames complementares. Aguardar seis meses ou mais para cirurgia eletiva. Aguardar por mais de 12 horas na UPA por uma internação, quando for necessário.
- 3 Recusa pelas redes complementares de urgências e emergências de encaminhamentos feitos pela APS.
- 4 Não realização da capacitação de urgência e emergência para profissionais de unidades básicas de todos os níveis, incluindo os ACE's, ACS's e profissionais de nível médio.

(*) A Plenária Final da X Conferência deliberou que nesse eixo seriam aprovados quatro pontos.

EIXO 4 - EDUCAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO: ÉTICA E COMPROMISSO DOS GESTORES E TRABALHADORES NA CONSTRUÇÃO DO SUS-BH

DEZ PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE COMPORÃO UM NOVO PACTO DE REALIZAÇÕES NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:

1. Valorização do profissional da saúde através de uma capacitação permanente, garantindo dignidade e autonomia (salários dignos, plano de carreira, segurança e ambiência no trabalho, humanização das relações de trabalho), diminuindo a sobrecarga de trabalho, garantindo uma prática humanitária e atendimento de qualidade ao usuário, otimizando o Núcleo Sócio Funcional de Apoio e Acompanhamento ao Servidor em nível distrital.
2. Implementação de uma política de composição e recomposição permanente da força de trabalho, substituindo, em no máximo 30 dias, as licenças médicas, licenças sem vencimento, óbitos, exonerações, aposentadorias, assim como funcionários liberados para sindicatos e conselhos.
3. Consolidação da integração ensino/serviço (estágios, pesquisas, projetos conjuntos e trocas de experiências) no SUS-BH, aprimorando os mecanismos de regulação desta parceria, respeitando a legislação vigente; criar a residência multiprofissional em saúde mental e outras áreas.
4. Ampliação de trabalhadores de categorias profissionais multidisciplinares (assistente social, psiquiatra, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem, técnico de farmácia, técnico em saúde bucal, terapeuta ocupacional), considerando o crescimento populacional, classificação de risco, aspectos sanitários e epidemiológicos, de acordo com a realidade local.
5. Número de funcionários, fixos e capacitados, de acordo com a demanda de trabalho em todo o horário de funcionamento da unidade, com estrutura física adequada para as práticas de assistência, inclusive a farmacêutica, com espaço físico para o farmacêutico fazer o atendimento individualizado ao usuário e a ampliação do serviço de acompanhamento das unidades pelo profissional (um para cada unidade, ou dois, de acordo com a necessidade). Criação do cargo de técnico de farmácia no quadro funcional da SMSA, com pelo menos dois em cada unidade de saúde.
6. Humanização do atendimento: cuidar das relações humanas envolvidas no processo de trabalho entre trabalhadores, usuários e gestores.
7. Estabelecimento e implantação da política municipal de gestão da força de trabalho, garantindo negociação que contemple os pisos salariais de todas as categorias, eliminando a precarização em todas as suas formas, com

realização de concursos públicos. Valorizar o trabalho, tendo como elemento principal o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e garantir a universalização do *PLUS* para todos os servidores.

8. Desenvolvimento do modelo de gestão compartilhada e descentralizada como estratégia de fortalecimento e responsabilização pelas ações gerenciais e assistenciais decorrentes dos processos de educação permanente.
9. Em consonância com o discurso da PBH, de promoção à saúde e valorização ao trabalhador, em defesa do aleitamento materno, no período mínimo de seis meses, conforme orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da convivência familiar, a licença maternidade deve ser ampliada para seis meses a todas as servidoras e funcionárias públicas municipais de Belo Horizonte.
10. Redimensionamento do quadro de profissionais, garantindo o número suficiente para atender a demanda, médicos, equipes de enfermagem, técnicos em geral e os serviços de apoio, com garantia de capacitação e educação permanente para todos os profissionais de forma isonômica.

QUATRO (*) PONTOS FUNDAMENTAIS E PRIORITÁRIOS QUE NÃO DEVERÃO ACONTECER NA SAÚDE DA NOSSA CIDADE:

- 1 Nepotismo e favoritismo na indicação dos gestores.
- 2 Redução de investimento hoje aplicado à saúde.
- 3 Discriminação e desrespeito nas relações entre usuários, trabalhadores e gestores gerando conflitos. Falta de ambiência, ausência de humanização com o trabalhador e de recursos humanos suficientes para atender a todas as demandas de saúde dos usuários, bem como a desvalorização do trabalhador.
- 4 Limitação do espaço para negociações e ou perseguições dos trabalhadores que expressam seus direitos e liberdades e não podem ocorrer políticas de reajustes salariais (abonos, *plus* do PSF, índices, etc.), e remuneração diferenciada por categoria.

(*) A Plenária Final da X Conferência deliberou que nesse eixo seriam aprovados quatro pontos.

EIXO 5 - PACTO EM DEFESA DO SUS

CONSTRUÇÃO DO 5º EIXO DO PMS-BH 2010-2013

PACTO EM DEFESA DO SUS

A defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se na atualidade como fator imperativo, tanto quanto em qualidade e na abrangência dos seus serviços prestados à população do país. Ou seja, a garantia constitucional do SUS não se demonstra suficiente, em si, para a sua efetivação como um sistema que tem como princípios e premissas a universalidade, a integralidade, a hierarquização, o comando único, a participação popular e a equidade, principalmente. Não por acaso, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto em Defesa do SUS, que apresenta os seguintes pontos de pactuação:

- 1 Repolitização da saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira.
- 2 Promoção da cidadania como estratégia de mobilização social.
- 3 Divulgação da Carta de Direitos dos Usuários do SUS.

Com relação aos números do SUS, torna-se desnecessário descortina-los, pois são dados de amplo conhecimento e acesso. A produção de serviços que a cada ano o SUS oferta à população brasileira encontra-se no montante de muitos milhões de consultas, exames, internações, medicamentos distribuídos, vacinas, ações de promoção e vigilância, transplantes, profissionais de saúde diversos, entre tantas outras ações da atenção primária, complementar e urgência à saúde e dos componentes da média e alta complexidade, incluindo inúmeras tecnologias de ponta. O esforço para montar uma rede de ações de saúde é palpável, necessária e, certamente, é uma das buscas incessantes dos gestores do sistema no país, propiciando aos usuários mais eficiência e eficácia na prestação desses serviços. Com modelos de regulação modernos, o SUS busca diminuir iniquidades e garantir ações mais equitativas, que permitam elevar os indicadores de saúde de populações mais vulneráveis.

Dos idos de 1986, ano da famosa 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao momento histórico da Constituição, em outubro de 1988, que consignou, contra

hegemonicamente, o SUS e a saúde como direito universal do povo e dever do Estado brasileiro promovê-la, já demos uma caminhada para alcançar a maioria, com os 21 anos passados desse início. Ainda assim, podemos dizer que assumimos, de fato, a maioria do SUS? A história vivida na implantação do SUS conseguiu identificar os cerne dos seus problemas? Podemos garantir que somos hoje um sistema único para propiciar a saúde brasileira, como pretendíamos? Precisamos defender o SUS?

Nestes 21 anos de implantação, podemos confirmar o SUS como uma política de Estado afirmada no país como um todo, mas não mandatária de um sentido unificado e definidor da política de saúde brasileira. São muitas as contradições que perturbam o caminhar do SUS. Das desigualdades regionais aos desmandos de muitos estados, e poucos municípios, mas ainda sim existentes que sequer cumprem a Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29/2000), que define recursos orçamentários mínimos para a saúde.

Da corrupção dentro e fora da máquina pública dilapidando recursos aos seguros, cooperativas, planos e outras modalidades privadas de prestação de serviços de saúde, que englobam parcelas importantes da população mais abastada, mas impõem a lógica da doença como referência para os seus negócios. Devemos considerar, é verdade, algumas respostas, até satisfatórias aos seus usuários, mas, ao impor o patamar do lucro, desvia-se do sentido de saúde pública, dever do Estado.

Atentos às essas movimentações contraditórias, mas buscando elevar a conquista popular obtida na Constituição, os mecanismos do controle social, particularmente os conselhos de saúde, jogam um papel decisivo na defesa do SUS. Com a sua composição paritária, entre usuários e demais segmentos, as lideranças enraizadas podem chegar a todos os cantos do país, levando a cada bairro e localização das cidades, propostas que sejam construtoras dos processos democráticos, particularmente na área da saúde.

Munidos desse imenso potencial mobilizador, evoca-se aos conselhos de saúde descortinar em uma grande movimentação em defesa do SUS. Se, evidentemente, a sua construção pressupõe uma gestão democrática, participativa, moderna e adequada às necessidades dos usuários; definição clara e suficiente para a aplicação do modelo assistencial que contemple a

diversidade e as desigualdades regionais, bem como a aglomeração das grandes metrópoles; força de trabalho na saúde desprezada e adequadamente remunerada; efetiva ação do controle social através da participação representativa, eticamente comprometida e devidamente atuante dos seus segmentos. Se esses fatores são forças decisivas para a construção do SUS, destaca-se a questão do seu financiamento.

Na contramão da história liberal que ainda povoa o nosso mundo, ter a garantia do Estado brasileiro de que o SUS não viverá a asfixia financeira que vem sofrendo desde o seu nascimento, é a bandeira principal que deverá ser tremulada. Embora insuficiente, garantir a regulamentação da EC 29/2000, definindo o que é o gasto com saúde e os patamares mínimos dos seus orçamentos garantidos, deverá nos levar das ruas aos gabinetes dos deputados e senadores, numa cruzada cívica, digna do emblema “saúde é vida”!

Enumerando outras bandeiras que unifiquem e mobilizem setores distintos da sociedade, confirmando os determinantes sociais da saúde, o Pacto em Defesa do SUS deve se tornar uma realidade em todo o país. O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com a sua reconhecida experiência e tradição de luta, pode e deve atuar em papel de destaque nessa movimentação.

A parceria com a sociedade belorizontina pretendida na realização da X Conferência Municipal de Saúde Conselheiro Evaristo Garcia, para a definição de patamares de realizações no SUS-BH, deve ser também confirmada na construção desse eixo do nosso plano de saúde. Construção feita de luta, de retomada de consciência política e de comprometimento com os valores democráticos e libertários que a nossa história mineira vem embalando esse país, que hoje demonstra uma liderança mundial incontestável e que com a participação do nosso povo mobilizado tratará de solucionar os fossos sociais existentes, numa incessante busca da felicidade brasileira!

Vida ao Sistema Único de Saúde!

Viva o SUS-BH!

FICAM TAMBÉM DESTACADOS NO PACTO EM DEFESA DO SUS:

- As comissões locais de saúde devem ser fortalecidas com a participação de outros atores sociais e a divulgação ampla do controle social nos territórios, destacando não só o papel fiscalizador, mas o caráter propositivo e participativo, contribuindo na busca pela cidadania e atuação dos meios de comunicação.
- Conquista de toda a população, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS deve ser intensamente divulgada com a garantia de respostas e orientação ao cidadão quando demandada.
- Criação de um serviço de ouvidoria para cada distrito sanitário de saúde, com atendimento realizado por pessoas eleitas e capacitadas, procurando valorizar os espaços de atendimento ao cidadão já existentes.
- As demandas locais das comunidades devem ser discutidas em reuniões das comissões locais de saúde e remetidas aos respectivos conselhos distritais.
- Processo de compartilhamento de informações e acompanhamento de gastos públicos com transparência, de forma simples e clara, garantindo o sucesso das propostas constantes neste documento.
- Retomada da saúde como um movimento de reforma sanitária brasileira, que envolva trabalhadores, gestores, usuários e militantes em geral, conscientizando e incentivando a participação da população, além de valorizar suas demandas.
- O SUS deve ser defendido em sua plenitude, com a mobilização popular na busca pela garantia de execução de seus princípios, por meio da regulamentação e efetivação da Emenda Constitucional 29/2000.

AS PRINCIPAIS AGENDAS INTERSETORIAIS NA CIDADE SERÃO:

- Integração entre políticas sociais, educação e saúde garantindo políticas de educação integral para crianças e adolescentes, visando reduzir os índices de violência, drogadicção, implementando a conquista da cidadania.

- Inclusão, obrigatoriamente, do estudo do SUS e de outras políticas públicas na grade curricular das escolas, em parceria com a Secretaria de Educação, objetivando a educação em saúde, o autocuidado, a cidadania e a co-responsabilidade no manejo ambiental sustentável.
- Criação de espaços de inclusão social em áreas mais vulneráveis, como escolas, creches, áreas de lazer, entre outros, buscando soluções para os problemas que afligem a família belorizontina e a promoção do autocuidado e da vida saudável, em especial a atenção à saúde do idoso.
- As comissões locais de saúde deverão criar agendas com todos os equipamentos comunitários para atuação frente aos problemas e necessidades da comunidade.
- Criação de um fórum local junto às áreas de assistência social, educação, transporte, esporte, lazer, cultura, meio ambiente, política social e habitação, para viabilizar o planejamento conjunto das ações que interferem na qualidade da saúde da população, como por exemplo, a correta destinação e reaproveitamento do lixo.
- Garantia da participação e a parceria com serviços ligados ao meio ambiente, como a Superintendência de Limpeza Urbana (SLU), Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), Secretaria de Políticas Urbanas e Fundação de Cultura, em ações locais que interferem na qualidade de vida da população.
- Realização de conferências municipais intersetoriais, envolvendo as áreas da saúde, da educação, do meio ambiente, do esporte, da cultura e da segurança pública.
- Dar visibilidade na mídia e expor em unidades de saúde os dados estatísticos e os valores relacionados ao financiamento e gestão do SUS, de forma simples e transparente.
- Fortalecimento do fórum interconselhos para fiscalização do financiamento de políticas sociais.

A MISSÃO DO CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE DEVERÁ ABRANGER:

- Defesa dos interesses e as necessidades da população, exercendo o controle social no planejamento, acompanhamento, monitoramento, fiscalização e avaliação da gestão pública, garantindo na prática, o direito constitucional à saúde, serviços de qualidade, respeito e humanização.
- Garantia dos direitos relacionados à saúde dos usuários e acompanhamento da implantação das políticas de saúde junto aos gestores e trabalhadores, com efetiva participação popular e acesso às informações.
- Acompanhamento de todos os processos que compõem a saúde no município, desde a elaboração de políticas até a execução dos serviços, fazendo valer a sua responsabilidade na gestão da saúde e possibilitando a execução dos pactos em defesa da Vida, do SUS e de Gestão.
- Ao usuário, o seu direito de atendimento eficaz, abrangendo ainda a divulgação nas informações, começando nas unidades básicas, tendo em vista a real promoção da saúde. Garantindo que a população faça parte do processo de implementação e o cumprimento das políticas públicas voltadas para a saúde, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários do SUS-BH.
- Garantia da defesa e da construção do SUS, intervindo no planejamento, na gestão e na fiscalização das políticas de saúde, por meio da participação coletiva paritária em todos os níveis.
- Garantia da efetivação das ações e programas que visem à promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da saúde, fiscalizando a utilização dos recursos destinados ao setor.

O PAPEL DAS COMISSÕES LOCAIS DE SAÚDE É:

- Acompanhar, propor, participar, divulgar e fiscalizar as ações de saúde desenvolvidas no nível local, bem como propor e elaborar soluções para os conflitos.
- Conhecer a política de saúde do município, considerando as necessidades locais, para otimizar o planejamento local.

- Acolher as demandas da comunidade, discuti-las em reuniões da comissão local e remetê-las para o conselho distrital correspondente, quando necessário.
- Participar dos movimentos organizados, formalizando propostas, acompanhando e avaliando o desenvolvimento dos serviços de saúde em articulação com os conselhos distrital e municipal.
- Discutir, avaliar, fiscalizar e acompanhar as atividades das unidades de saúde, criando esforços que garantam o seu bom funcionamento.
- A comissão local de saúde é a primeira instância do controle social, e está mais próxima da realidade de cada comunidade. Portanto, deve ter garantido em todas as suas ações, o financiamento e espaço físico nas unidades de saúde, para obter resultados na qualidade do atendimento em todas as vertentes dos serviços de saúde prestados à população local.
- Mobilizar e participar da capacitação e qualificação dos cidadãos, na área de abrangência correspondente.
- Trabalhar ativamente pela regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000.

O PAPEL DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE É:

- Acompanhar a execução da política de saúde e atuar na formulação de soluções para o enfrentamento de problemas no âmbito do distrito sanitário, remetendo-as ao Conselho Municipal de Saúde quando julgar necessário.
- Dar suporte às comissões locais de saúde, gerenciando e discutindo demandas locais. Agregar as funções destas instâncias, bem como deliberar, normatizar e fiscalizar levantamentos das demandas.
- Conhecer as políticas do município e as necessidades locais, para subsidiar a participação na elaboração do planejamento distrital.
- Propor resoluções em reuniões do plenário e remetê-las aos órgãos competentes, acompanhando, avaliando e divulgando os encaminhamentos.
- Acompanhar todas as ações das comissões locais e subsidiá-las no que for necessário, para efetivação do controle social. Fomentar a capacitação e

trocas de experiências entre os conselheiros, visando à melhoria da qualidade das discussões plenárias, e ainda valorizando a participação de cada membro, de cada segmento, fomentando a responsabilidade do voluntariado, impedindo o uso político e nocivo dos conselhos.

- Organizar e participar das conferências distritais e garantir delegados para Conferência Municipal de Saúde.
- Criar câmaras técnicas temáticas para acompanhar e fiscalizar o planejamento distrital.
- Trabalhar ativamente pela regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000.

O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE É:

- Acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde do município.
- Ser a última instância dos conselhos de saúde, mas, inversamente, é a que detém maior poder de luta e negociação por ser deliberativo. O Conselho Municipal de Saúde deve ser autocrítico e avaliar suas ações, amparando plenamente as ações dos conselhos distritais e locais.
- Melhorar a qualidade da comunicação das ações em desenvolvimento e buscar sempre soluções que amparem os problemas encontrados em cada uma das portas de entrada da saúde em Belo Horizonte.
- Nortear as políticas públicas de saúde, fazendo cumprir as Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990, e fiscalizando as contas públicas e gastos com a saúde.
- Realizar as conferências locais, distritais e municipais de saúde.
- Acompanhar a execução da política de saúde e atuar na formulação de soluções para os problemas no âmbito da cidade de Belo Horizonte, dando suporte aos conselhos distritais, bem como propor, sempre que necessário, novas estratégias de enfrentamento de problemas.
- Planejar, formular, fiscalizar, aprovar ou rejeitar o orçamento municipal de saúde, tomando decisões que visem o aprimoramento e o aperfeiçoamento das ações.

- Deliberar, propor e acompanhar a política de saúde municipal e a aplicação dos recursos financeiros, fiscalizando e regulando os gastos em práticas de saúde e as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- Efetivar a participação representativa, com responsabilidade e ética dos segmentos.
- Participar da construção, análise e emissão do parecer sobre o Plano Plurianual Governamental, a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), o Relatório de Gestão e o Relatório Financeiro, após ampla divulgação nos conselhos locais e distritais.
- Propor, executar e acompanhar a capacitação dos conselheiros de saúde.
- Efetuar interlocução com os diversos conselhos municipais em diversas áreas.

AS PRINCIPAIS AGENDAS POLÍTICAS PARA A DEFESA DO SUS SÃO:

- Organização de fóruns de controle social, trabalhando conceitos de gestão e formulação participativa, com garantia de transparência do exercício da política pública, mostrando claramente o que é feito como e quanto custa os serviços ofertados pelo SUS.
- Regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000.
- Promoção da cidadania como estratégia de mobilização social.
- Divulgação da Carta de Direitos dos Usuários.
- Garantia do cumprimento da legislação que ampara a saúde e o controle social.
- Realização das conferências municipal, estadual e nacional de saúde.
- Definição, como pauta elementar, a valorização, a qualificação e a humanização do profissional da saúde, bem como o seu comprometimento com a política do SUS.
- Pleitear nos meios de comunicação, um horário para divulgação e esclarecimentos do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte para conscientização da população do controle social.

- Investimento nas ações de sensibilização e conscientização dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS, quanto à importância do controle social, com responsabilização dos mesmos quanto à consolidação do SUS.
- Apoio logístico aos conselhos distritais e locais de saúde.
- Garantia das reuniões ordinárias, extraordinárias, plenárias, fortalecendo as comissões locais, conselhos distritais e conselho municipal de saúde.
- Viabilização das políticas de garantia do financiamento do SUS, como a regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000 e o Pacto pela Saúde.
- Organização de fóruns de controle social que trabalhem conceitos de gestão e formulação participativa, com garantia de transparência do exercício da política pública, mostrando claramente o que é feito, como e quanto custa os serviços ofertados pelo SUS.
- Divulgação na mídia de informações positivas sobre o SUS – como recursos aplicados para a sociedade em geral.

OS PRINCIPAIS PROCESSOS DE LUTAS A SEREM UTILIZADOS NA DEFESA DO SUS SERÃO:

- Criação e organização, urgentemente, de ações contra o ato médico – a Secretaria Municipal de Saúde deverá tomar providências a favor do modelo assistencial vigente, contra o ato médico.
- Melhoria da comunicação entre os gestores, os trabalhadores e a comunidade, no que diz respeito às políticas públicas de saúde.
- Criação de um movimento de recomposição de todas as comissões locais, fortalecendo as bases e melhorando a qualidade da “ouvidoria local”, trazendo à realidade os problemas encontrados em todas as “portas” da saúde.
- Elaboração de um glossário do SUS, com a apresentação de todas as siglas existentes no sistema, objetivando o esclarecimento dos usuários. Este glossário deverá ficar disponível para manuseio em todas as unidades de saúde do SUS-BH.
- Lançamento de uma campanha eletrônica (e-mail) em favor da regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000 (solicitar à comunidade

que envie e-mails aos deputados e senadores, exigindo a regulamentação da emenda).

- Criação do movimento “FALE 10, O SUS E NOSSO”, em que o servidor ou conselheiro, através de escalas locais, divulguem as informações sobre o SUS nas salas de espera da rede.
- Produção de um vídeo e de uma cartilha que sensibilize a comunidade para o movimento em defesa do SUS, a ser utilizada em todas as unidades de saúde (sala de espera), escolas e reuniões de grupos organizados da comunidade.
- Promoção de campanhas publicitárias com informações reais sobre o SUS em espaços públicos, como escolas e na imprensa em geral.
- Mobilização da população através de palestras em escolas e em todas as igrejas, centros de saúde e espaços públicos, para conhecimento e importância do papel dos conselhos.
- Implantação nas unidades de saúde do SUS-BH, de uma urna de sugestões para a comunidade expressar-se sobre a política de saúde. A urna será coordenada pelas comissões locais e/ou colegiados nas unidades que não são da atenção primária.
- Criação de cartazes e boletins informativos de fácil linguagem, para conscientizar o usuário sobre sua responsabilidade quanto ao atendimento (custos de consultas e exames perdidos).
- Construção de uma agenda para a discussão política e mobilização permanente da população em defesa do SUS, incluindo as comissões locais, conselhos distritais e municipal.
- Incentivo aos fóruns populares de saúde com as entidades não governamentais, visando ampliar interesse de participação de cada cidadão na luta por um serviço de saúde melhor.
- Destaque dos mecanismos de luta em defesa do SUS, como: caminhada no território “O SUS É NOSSO”, “O SUS É PATRIMONIO DA HUMANIDADE”, com o envolvimento de todos segmentos sociais, mobilização popular e reuniões políticas.
- Cobrança da implantação das propostas da X Conferência Municipal de Saúde Conselheiro Evaristo Garcia.

3. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

“Só dá para administrar aquilo que se consegue medir.”

Fundação Getúlio Vargas

3.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL

3.1.1 Características Gerais do Município de Belo Horizonte



Belo Horizonte foi a primeira cidade planejada do Brasil, inaugurada em 12 de dezembro de 1897. Criada para ser a nova capital de Minas Gerais – em substituição à colonial Ouro Preto – Belo Horizonte foi construída em um período de grandes transformações na história brasileira – abolição da escravidão, queda do Império e Proclamação da República – e simbolizava a ruptura com a velha ordem imperial e preparava Minas Gerais para assumir

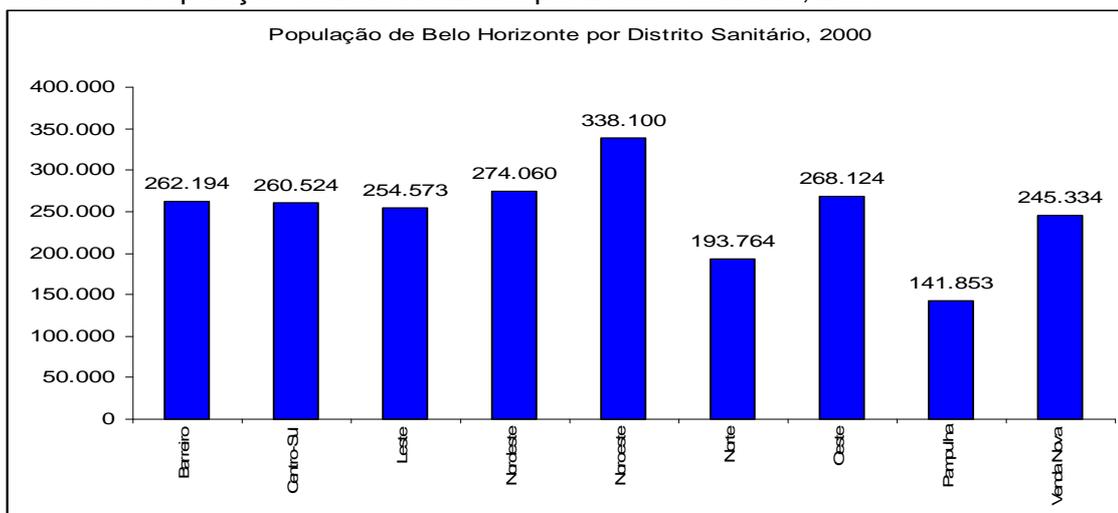
posição de destaque no novo cenário republicano e no século XX que se iniciava (PBH, 2009).

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais e faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), que abrange 34 municípios e uma área de influência, denominada de Colar Metropolitano, que é composta por mais 14 municípios (PBH, 2009). Com o objetivo de integrar e melhorar o desenvolvimento da Região Metropolitana de BH, foi criada em 2009 a Rede 10, que é um grupo de municípios formado por Belo Horizonte, Brumadinho, Nova Lima, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano, Contagem, Ribeirão das Neves, Ibirité e Betim. A Rede 10 promove a discussão e o estabelecimento de políticas comuns.

A RMBH abrange um território de 9.164,10 km² e abrigava uma população estimada de 5.110.593 de habitantes em 2009 (IBGE, 2010). Dentre as 11 Regiões Metropolitanas do Brasil, a RMBH é a terceira mais populosa e a sétima mais povoada, com densidade demográfica de 538,95 habitantes/km². A capital, Belo Horizonte, concentra 48,3% da população metropolitana (2,4 milhões de habitantes), sendo seguida pelos municípios de Contagem (12,4%), Betim (7,1%) e Ribeirão das Neves (5,7%) (PBH, 2009).

O município de Belo Horizonte é dividido em nove regiões administrativas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. A Região Noroeste é a mais populosa, concentrando 15% da população, enquanto a Pampulha concentra a menor porção dos habitantes do município (6,5%). Observa-se heterogeneidade na densidade demográfica entre as regiões administrativas, oscilando entre 3.082 habitantes/km² (Pampulha) e 8.987 habitantes/km² (Leste).

Gráfico 1 - População de Belo Horizonte por Distrito Sanitário, 2000



Fonte: IBGE

Distando 716 km de Brasília, 586 km de São Paulo e 434 km do Rio de Janeiro (DNIT, 2010), Belo Horizonte tem conexão direta com as principais capitais do Brasil. Devido às rodovias federais e estaduais que convergem para a capital mineira, Belo Horizonte é uma importante alternativa de passagem na ligação Nordeste-Sul/Sudeste e Centro-Oeste/Sudeste.

Identificam-se as seguintes rodovias chegando a Belo Horizonte:

- BR 040/356 (conexão com Rio de Janeiro e Ouro Preto)
- BR 262/381 (conexão com São Paulo e Triângulo Mineiro)
- BR 040 (conexão com Brasília)
- BR 262/381 (conexão com Vale do Aço e Vitória)
- MG 040 (conexão com Brumadinho)
- MG 424 (conexão com Pedro Leopoldo)
- MG 010 (conexão com Lagoa Santa e Confins)
- MG 020 (conexão com Santa Luzia)
- MG 262 (conexão com Sabará)
- MG 030 (conexão com Nova Lima)

As rodovias federais que atravessam Belo Horizonte articulam-se por meio do Anel Rodoviário, que recebe intenso tráfego urbano.

Belo Horizonte apresenta alta relevância para o Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, pois é pólo da microrregião de saúde Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté, com 13 municípios e uma população adscrita de 3.339.836

habitantes; e pólo da macrorregião de saúde Centro, com 104 municípios e uma população adscrita de 6.357.604 habitantes (SES-MG, 2010). Belo Horizonte é responsável por 22% dos procedimentos de Alta Complexidade e de 15% dos procedimentos de Média Complexidade realizados no território mineiro (SES-MG, 2009).

Aspectos sócio-demográficos

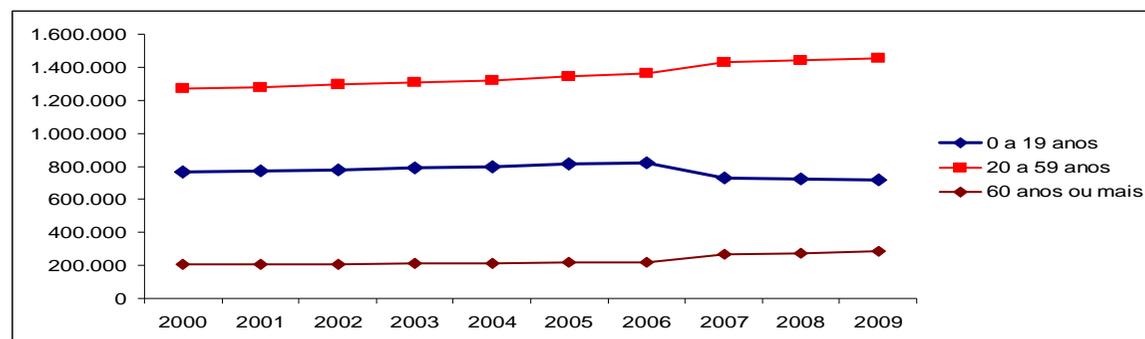
A população de Belo Horizonte vêm passando por um processo intensificado de envelhecimento desde 1991. A proporção de idosos com 60 anos ou mais de idade na população total aumentou significativamente nesse período, como resultado da diminuição das taxas de mortalidade e natalidade no município nos últimos anos. Entretanto, este processo não ocorreu de forma uniforme na cidade. Nas áreas de risco à saúde muito elevado, a faixa etária mais freqüente é a de 0 a 10 anos de idade, enquanto nas áreas de risco à saúde baixo, a proporção de adultos acima de 20 anos é maior que a das faixas etárias mais jovens.

Tabela 1- Distribuição da População de Belo Horizonte por faixa etária, 2000 a 2009

Faixa etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0 a 9 anos	353.473	356.684	360.728	364.099	367.453	375.076	378.957	352.056	347.171	342.278
10 a 19 anos	411.970	415.710	420.425	424.354	428.261	437.147	441.673	376.935	374.276	373.630
20 a 29 anos	429.944	433.849	438.768	442.868	446.946	456.219	460.943	463.115	455.337	448.171
30 a 39 anos	363.788	367.092	371.254	374.723	378.174	386.020	390.016	390.343	399.485	410.172
40 a 49 anos	290.449	293.087	296.410	299.179	301.935	308.199	311.390	334.682	334.625	335.718
50 a 59 anos	184.329	186.003	188.112	189.869	191.618	195.594	197.619	242.274	249.411	257.396
60 a 69 anos	116.203	117.258	118.588	119.695	120.798	123.304	124.581	145.542	150.706	156.796
70 a 79 anos	61.820	62.382	63.089	63.678	64.264	65.598	66.277	81.761	84.235	87.061
80 anos e mais	26.550	26.791	27.095	27.348	27.600	28.173	28.464	37.584	39.396	41.390
TOTAL	2.238.526	2.258.856	2.284.469	2.305.813	2.327.049	2.375.330	2.399.920	2.424.292	2.434.642	2.452.612

Fonte:IBGE

Gráfico 2- Distribuição da População de Belo Horizonte por faixa etária, 2000 a 2009



Fonte:IBGE

Em relação à alfabetização, observa-se que, em 2000, a proporção de adultos de 20 a 49 anos alfabetizados era de 97,2%, superior a proporção observada em Minas Gerais (92,5%) e no Brasil (90,0%) (IBGE,2000).

Gráfico 3 - Pirâmide Etária de Belo Horizonte, 1991, 2000, 2009

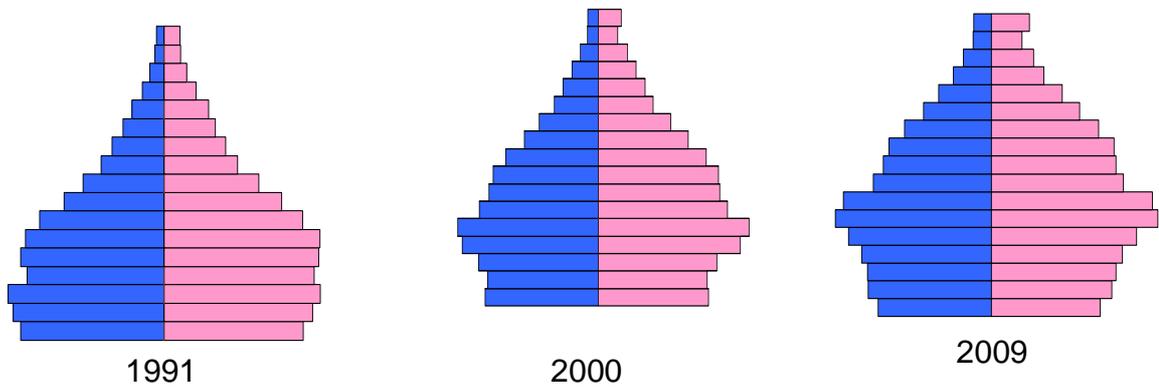
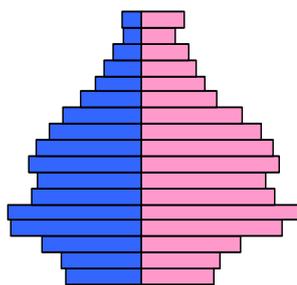
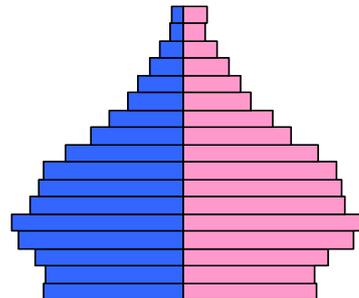


Gráfico 4 - Pirâmide Etária de Belo Horizonte, por risco, 2000

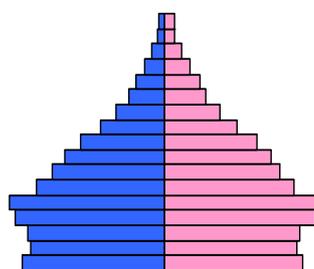
RISCO BAIXO



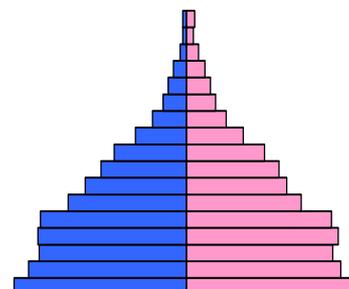
RISCO MÉDIO



RISCO ELEVADO



RISCO MUITO LEVADO



Fonte: IBGE

Comparada ao estado de Minas Gerais e ao Brasil, Belo Horizonte tem melhores condições de saneamento básico. Segundo dados de Censo 2000, 99,3% da população de Belo Horizonte tinha acesso à rede geral de abastecimento de água, 91,6% tinha acesso à rede geral de esgoto e 98,4% tinha acesso à coleta de lixo.

Tabela 2 - Condições de Saneamento Básico em Belo Horizonte, 2000

PROPORÇÃO DE ACESSO	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS	BRASIL
Abastecimento de água	99,3	82,0	75,8
Rede de esgoto	91,6	66,4	44,4
Coleta de lixo	98,4	76,8	76,4

Fonte: IBGE (2000)

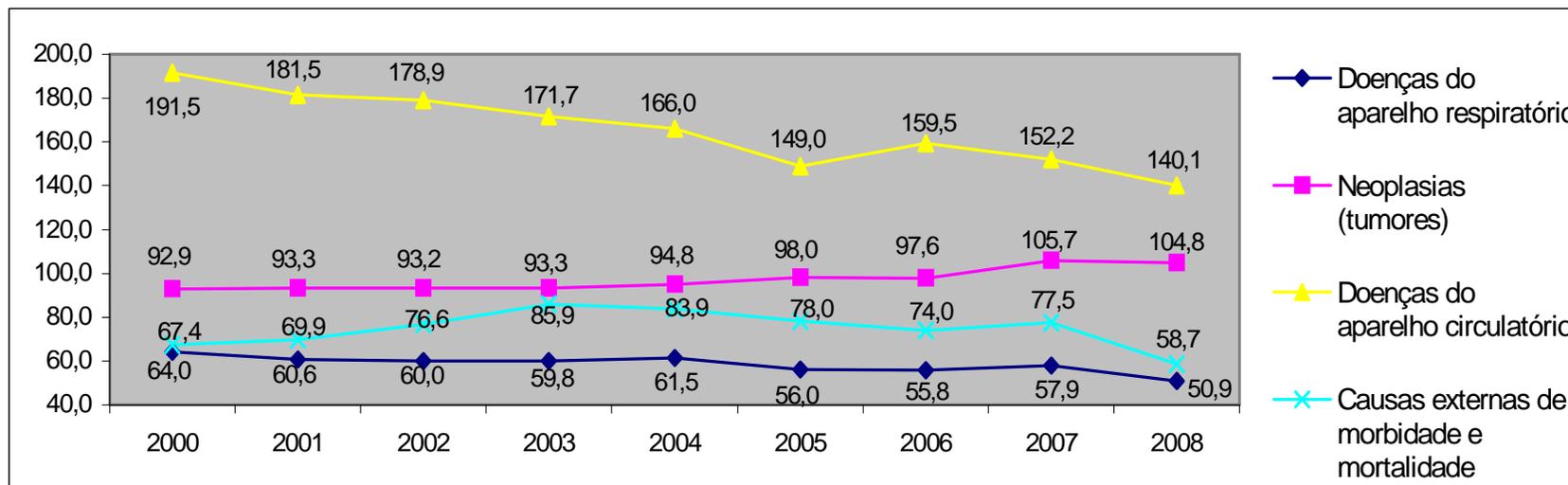
3.1.2 Situação de Saúde de Belo Horizonte

Perfil de Mortalidade

As principais causas de morte no município de Belo Horizonte são as doenças do aparelho circulatório (26,2% dos óbitos em 2008), neoplasias (19,6% dos óbitos em 2008) e causas externas de morbidade e mortalidade (11,0% dos óbitos em 2008), como homicídios e acidentes de trânsito. Entretanto, este fenômeno não é uniforme em todo o município. Nas áreas de risco baixo e médio à saúde, as mortes por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias predominam. Essas áreas se encontram relacionadas com uma maior expectativa de vida e, conseqüentemente, com uma maior proporção de idosos residentes nelas. Nas áreas de risco muito elevado predominam as mortes por causas externas, que se encontram relacionadas com a ocorrência de crimes violentos nestas áreas. Para ilustrar essas desigualdades, destaca-se que 88,0% dos óbitos das áreas de risco baixo ocorreram na população com 50 anos ou mais de idade, enquanto nas áreas de risco muito elevado esta proporção foi de 51,9%. Esta situação demonstra que nas áreas de risco maior

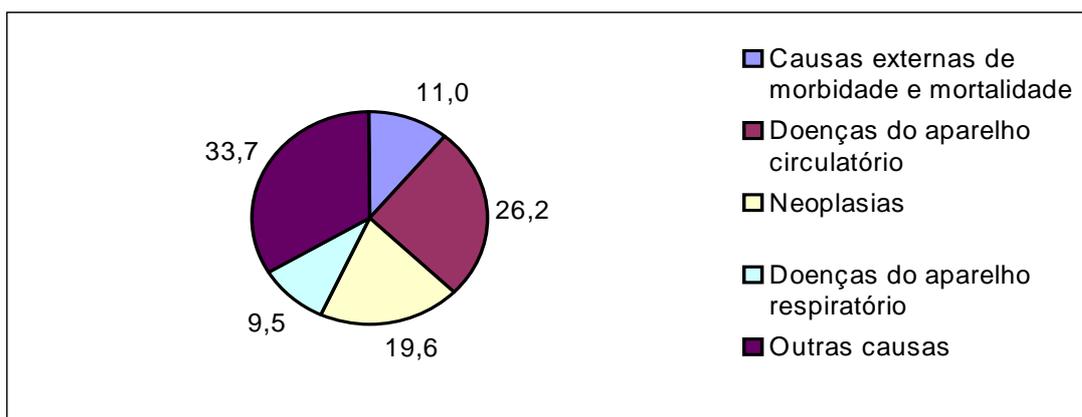
a saúde há uma maior mortalidade de indivíduos mais jovens que se encontra relacionada às piores condições de vida nestes territórios.

Gráfico 5 - Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) em Belo Horizonte por grupos de causas selecionados, 2000-2008.



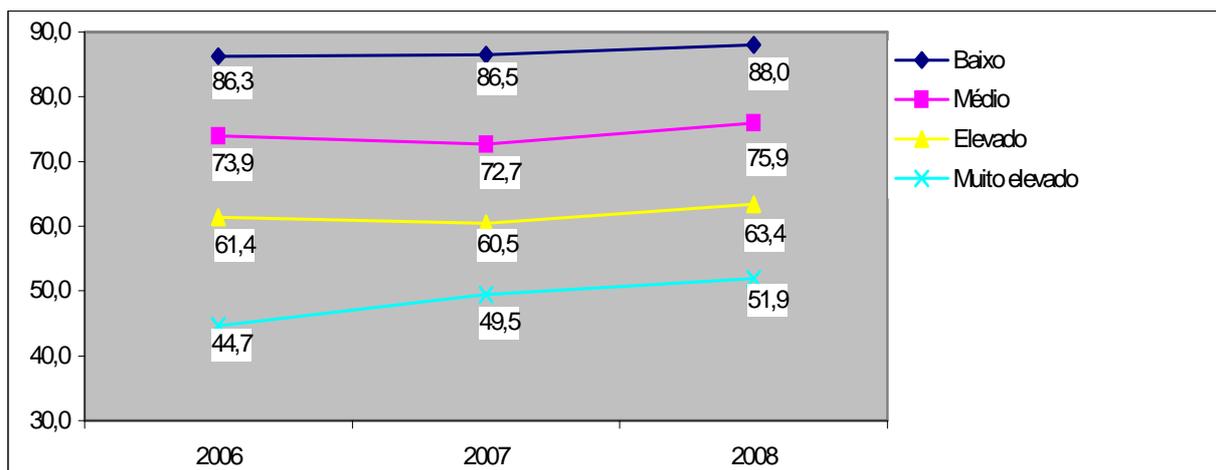
Fonte: SIM/SMSA/PBH

Gráfico 6 - Principais Causas de Óbitos em Belo Horizonte, 2008



Fonte: SIM/SMSA/PBH

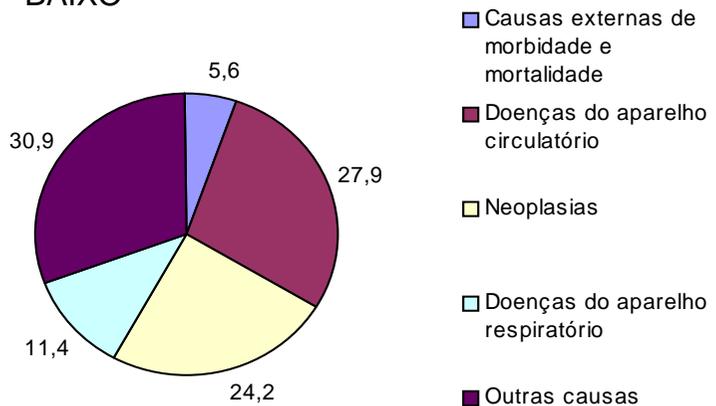
Gráfico 7- Percentual de Óbitos na População com 50 anos ou mais de idade por área de risco em Belo Horizonte, 2006-2008



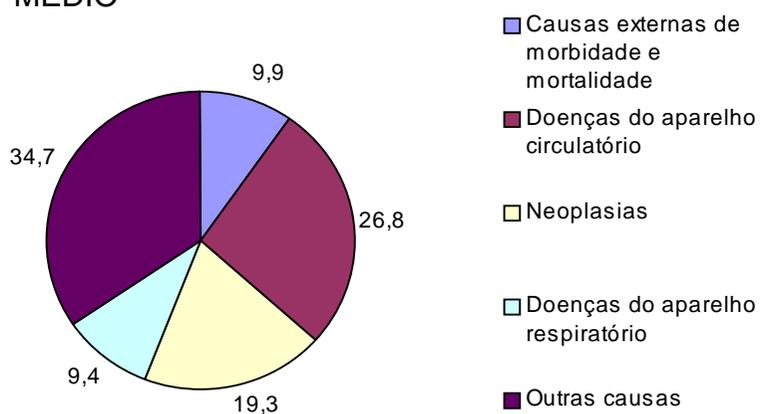
Fonte: SIM/SMSA/PBH

Gráfico 8 - Principais Causas de Óbitos em Belo Horizonte, por risco, 2008

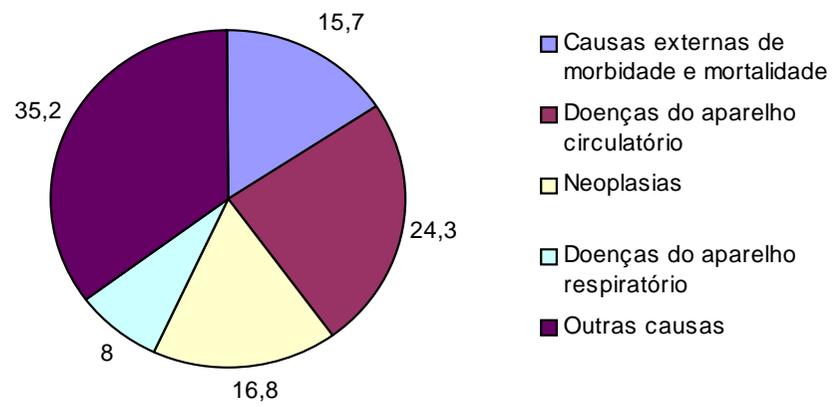
RISCO BAIXO



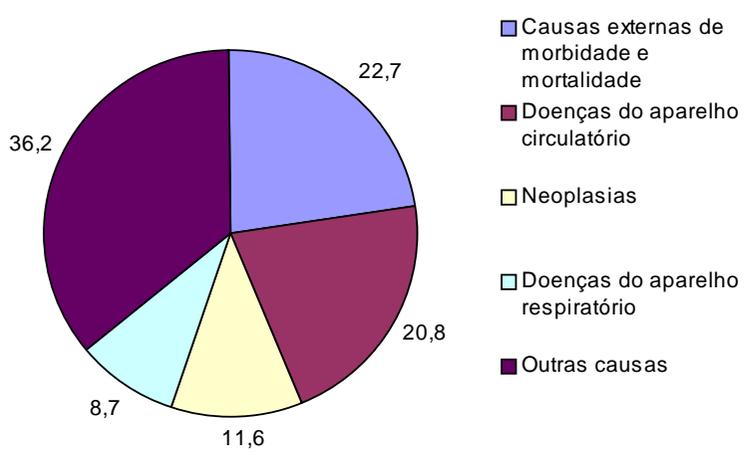
RISCO MÉDIO



RISCO ELEVADO



RISCO MUITO ELEVADO



Fonte: SIM/SMSA/PBH

Dentre as causas externas, destacam-se em Belo Horizonte os óbitos por homicídios e acidentes de trânsito. Os homicídios são mais freqüentes no sexo masculino e encontram-se em tendência de queda desde 2004, acompanhando o que vêm ocorrendo no estado de Minas Gerais. Dentre as doenças do aparelho circulatório, destacam-se os óbitos por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, que se encontram em tendência de queda no município em ambos os sexos. As mortes por doenças isquêmicas do coração são mais freqüentes entre os homens, enquanto as por doenças cerebrovasculares atingem com maior freqüência o sexo feminino.

Perfil de Morbidade

Tabela 3 - Incidência de Agravos de Importância para a Saúde Pública, Belo Horizonte, 2001-2009

AGRAVO	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Hanseníase (por 10.000) ¹	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Tuberculose (por 100.000) ¹	43,6	39,2	32,7	33,9	29,7	29,0
AIDS entre maiores de 13 anos (por 100.000) ¹	28,5	25,5	20,6	21,2	24,2	10,5
Dengue (por 100.000) ²	17,4	2,9	28,1	215,7	527,4	526,4
Leishmaniose visceral (por 100.000) ²	5,8	4,7	5,3	4,5	6,6	5,8

1 Fonte: SINAN/DATASUS

2 Fonte: GVSII/ SMSA apud Relatório Anual de Gestão 2009

* Dados parciais de 2009 coletados em 20/05/2010 e sujeitos a atualizações

A incidência de AIDS entre os maiores de 13 anos de idade encontra-se em tendência de estabilidade, enquanto os casos de dengue e de leishmaniose visceral aumentaram nos últimos anos, apesar dos esforços da Secretaria Municipal de Saúde em controlar esses agravos.

O trabalho de combate à dengue realizado pela Prefeitura de Belo Horizonte é referência em todo o País. Cerca de 1.200 Agentes de Combate a Endemias (ACE's) fazem o monitoramento constante da presença de focos do mosquito *Aedes aegypti* nos imóveis da capital. A cada dois meses, os agentes

visitam aproximadamente 800 mil residências e estabelecimentos na cidade, atividade que é chamada de tratamento focal. Os locais considerados estratégicos, tais como floriculturas, ferros-velhos e borracharias, recebem a vistoria de 15 em 15 dias. Os ACE's informam e orientam a população sobre os cuidados para se evitar a propagação do mosquito da dengue. Outra frente contínua de trabalho se dá através dos mutirões de limpeza, que podem ocorrer em dois formatos: intersetoriais e regionais. Os primeiros são uma união de esforços entre a Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Limpeza Urbana e secretarias de administração regionais. O recolhimento é feito nas épocas de maior registro de casos, ou seja, durante o primeiro semestre. Os mutirões regionais são uma promoção das secretarias regionais, realizados durante todo o ano.

Belo Horizonte é hoje o município com alta densidade populacional que mais sofre com a ocorrência da leishmaniose visceral (LV) e também o que mais investe em ações de controle e prevenção da doença. A Vigilância Epidemiológica, juntamente com a Assistência e a Zoonoses realizam um trabalho conjunto de qualificação dos dados do SISVE/SINAN, investigação dos óbitos suspeitos, construção e divulgação do material técnico-informativo denominado: “Dez perguntas e respostas sobre leishmaniose visceral” e treinamento da rede básica com discussão de casos clínicos. A prefeitura mantém, permanentemente, 360 ACE's que trabalham exclusivamente nas ações de controle da doença. São realizados inquéritos caninos censitários e amostrais nas nove regionais, assim como o controle vetorial. As ações são direcionadas de acordo com a realidade epidemiológica existente, com realização de ações programadas visando atingir principalmente áreas de maior ocorrência de casos humanos e caninos (PBH, 2009). Anualmente é feita a estratificação de risco das áreas de abrangência dos Centros de Saúde, de acordo com os casos humanos ocorridos nos últimos três anos, conforme o programa nacional do Ministério da Saúde.

3.1.3 Diagnóstico dos Serviços de Saúde

Rede Física Instalada

A rede SUS-BH conta com 230 unidades próprias, dentre Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Atenção Especializada, de Vigilância em Saúde e de Apoio à Assistência.

A rede SUS-BH contava em dezembro de 2010 com 241 unidades próprias, dentre Unidades Básicas de Saúde, unidades de Atenção Especializada, de Vigilância em Saúde e de Apoio à Assistência. O perfil assistencial está descrito de acordo com os eixos programáticos que norteiam o planejamento.

Quadro 1 - Distribuição das unidades próprias do SUS-BH, segundo tipologia – Dezembro 2009

TIPO DE UNIDADE	QUANTIDADE
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	147
Unidades de Referência Secundária (URS)	5
Centros de Especialidades Médicas (CEM)	9
Centro de Especialidades Odontológicas	1
Centro de Reabilitação Sagrada Família (CREAB)	1
Serviço de Reabilitação – URS Padre Eustáquio	1
Centro Geral de Reabilitação Centro Sul	1
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CERSAT	1
Núcleo de Saúde do Trabalhador Centro Sul	1
Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE)	1
Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias	1
Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA	1
Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM	7
Centro de Referência Infanto-juvenil – CERSAMi	1
Centro de Convivência – CV	9
Centro de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Drogas – CERSAM-AD	1
Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna	1
Laboratórios Distritais	5
Laboratório Central	1
Laboratório de DST	1
Laboratório de Entomologia	1
Laboratório de UPA	7
Laboratório de Bromatologia	1
Laboratório de Zoonoses	1

Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)	1
Central de Esterilização de Cão e Gato	3
Unidade Móvel de Castração (UME)	1
Farmácia Distrital	9
Unidade Pronto-Atendimento – UPA	8
Unidade de Resgate – SAMU	1
Centro Municipal de Imagem	1
Núcleo de Cirurgia Ambulatorial	1
Centro Municipal de Oftalmologia	1
Central de Esterilização	8
Hospital Municipal	1
TOTAL	241

Fonte: SMSA-BH

Recursos Humanos

A SMSA conta com 17.918 postos de trabalho, implicando vínculos empregatícios efetivos, municipalizados, terceirizados, conveniados e de contratos administrativos. A SMSA tem concentrado esforços no sentido de manter estáveis as equipes de saúde, seja por meio de nomeações de candidatos aprovados em concursos públicos para cargos efetivos ou pela contratação administrativa temporária.

Quadro 2 - Quantitativo dos postos de trabalho da SMSA-BH por vínculo empregatício – janeiro de 2010

VÍNCULO	QUANTIDADE	%
PBH / Estatutário	9.033	50,41
Municipalizado	1.196	6,67
Contrato	1.689	9,43
PBH / CLT	3.501	19,54
Terceirizados	2.382	13,29
Convênio / outros	117	0,65
TOTAL	17.918	100,00

Fonte: ARTE-RH/SMSA-BH

Produção dos Serviços

Imunização

Tabela 4 - Doses aplicadas de vacinas em Belo Horizonte, 2004-2009.

VACINA	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BCG (BCG)	72.691	73.424	48.936	35.277	36.233	35.886
Contra Febre Amarela (FA)	58.830	53.962	61.808	68.388	275.080	143.601
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.218	518	1.363	770	1196	826
Contra Hepatite B (HB)	204.373	172.054	177.297	159.912	172.497	149.855
Contra Influenza (INF)	22.677	20.498	94.690	42.223	31.806	64.669
Contra Influenza (Campanha) (INF)	194.017	194.822	187.714	203.595	208.382	234.207
Dupla Adulto (dT)	140.366	132.724	163.856	139.902	183.258	131.442
Dupla Viral (rotina) (SR)	1.375	0	0	0	3.419	18
Meningocócica Conjugada - C (MncC)*	7.024	10.281	3.251	6.322	15.019	65.038
Oral Contra Poliomielite (VOP)	156.989	156.705	146.235	134.993	126.391	123.106
Oral Contra Poliomielite (campanha 1ª etapa) (VOP)	174.866	160.295	133.782	149.572	149.528	148.182
Oral Contra Poliomielite (campanha 2ª etapa) (VOP)	167.479	157.412	147.493	148.823	136.941	142.073
Oral de Rotavírus Humano (RR)	0	0	44.905	55.801	58.030	55.304
Tetavalente (DTP/Hib) (TETRA)	91.903	88.765	88.130	86.715	85.439	83.388
Tríplice Bacteriana (DTP)	62.339	62.711	59.799	56.528	52.918	54.841
Tríplice Viral (SCR)	124.104	38.692	396.156	58.807	50.360	63.473
Tríplice Viral (mulheres idade fértil) (SCR)	1.723	6.312	309.513	14.430	8.273	5.079
Outras	168.257	40.214	28.261	33.313	1.179.705	52.168
Total	1.650.231	1.369.389	2.093.549	1.395.371	2.774.475	1.553.156

Fonte: PNI/DATASUS

* As doses da vacina contra o Meningococo C eram aplicadas até 2008 apenas no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) para alguns pacientes de maior risco; foi implantada em novembro de 2009 para todos os menores de dois anos.

Tabela 5 – Cobertura Vacinal em Belo Horizonte – 2009

VACINA	2009 (%)
BCG	113,9
Febre Amarela	96,6
Hepatite B	88
Rotavírus	88
Sabin	89
Tetraivalente	91
Triviral	92

Fonte: GVSI/SMSA

Observa-se em Belo Horizonte uma dificuldade em alcançar coberturas vacinais acima de 95%, o que é comum na maior parte das capitais brasileiras. Segundo o Inquérito de Cobertura Vacinal realizado em 2007, com uma amostra de crianças nas grandes cidades brasileiras, foi observado que na Região Sudeste as famílias com maior nível de renda são as que menos vacinam seus filhos, fato que pode estar relacionado às poucas orientações profissionais sobre vacinas infantis no sistema privado de saúde (Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008). Este estudo foi coordenado por pesquisadores do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, da Santa Casa de São Paulo, e financiado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde.

Atenção Ambulatorial e de Urgência

A Estratégia Saúde da Família foi iniciada em Belo Horizonte em 2002, com a implantação de 485 Equipes de Saúde da Família (ESF). Atualmente, em maio de 2010, o município conta com 535 Equipes de Saúde da Família, 237 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 58 Equipes de Saúde Mental (ESM) e 48 pólos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As Equipes de Saúde da Família realizam ações para o acolhimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde e desenvolvem ações de pré-natal, puericultura, prevenção de doenças, além do atendimento da demanda espontânea e programada aos adolescentes, adultos e idosos, dentre outros grupos. O atendimento à demanda espontânea no dia a dia das equipes tem dificultado os planos de cuidado para a população adscrita às mesmas (ESPMG, 2009). Além disso, ocorrem dificuldades de fixação dos profissionais, especialmente dos médicos generalistas. Entretanto, a implantação da Estratégia Saúde da Família tem avançado nos últimos anos, destacando o aumento das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde e das consultas pelos médicos da Estratégia da Saúde da Família ou médicos generalistas.

Tabela 6 - Número de Visitas Domiciliares na Atenção Primária à Saúde, por categoria profissional, Belo Horizonte, 2003 a 2009

NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Agente Comunitário de Saúde – ACS	2.911.484	2.807.233	3.628.458	2.289.663	4.002.341	3.943.793	4.549.084
Médicos (Clínica, Pediatria, Ginecologia)	3055	1873	841	1173	1062	806	1037
Médicos da ESF	18.061	19.904	20.593	15.392	12.957	14.969	15.952
Enfermeiro	19.265	16.984	22.094	16.014	14.474	11.952	15.884
Total	2.951.865	2.845.994	3.671.986	2.322.242	4.030.834	3.971.520	4.581.957

Fonte: Relatório de Produção das UBS / Fênix / Saúde em Rede. Acesso em 26/02/2010.

Tabela 7 - Número de Consultas Médicas Básicas, Belo Horizonte, 2003 a 2009

NÚMERO DE CONSULTAS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médico da ESF	1.092.718	1.340.561	1.353.506	1.173.806	1.304.975	1.395.399	1.485.527
Básicas – Clínico	300.021	225.437	221.011	243.189	233.151	234.589	234.345
Básicas – Pediatria	376.933	360.715	334.868	338.697	315.498	295.207	288.427
Básicas - Ginecologista	285.007	276.544	272.719	259.836	246.605	239.818	242.251
Total	2.054.679	2.203.257	2.182.104	2.015.528	2.100.229	2.165.013	2.250.550

Fonte: Relatório de Produção das UBS / Fênix/Saúde em Rede. Acesso em 26/02/2010.

Atenção Hospitalar

A rede SUS-BH conta com um hospital próprio (Hospital Municipal Odilon Behrens) e 32 hospitais conveniados e contratados, sendo 10 públicos estaduais, dois públicos federais, 12 filantrópicos e oito hospitais privados (ESPMG, 2009).

A SMSA dispõe de uma Central de Regulação, composta pela Central de Internação (CINT), que regula as internações de todos os prestadores, à exceção das portas de entrada de Pronto Atendimento, que atualmente são somente públicas. Nestes serviços de Pronto Atendimento as internações são diretas e validadas posteriormente pela CINT. Nos demais serviços (inclusive as internações de residentes de outros municípios, que são solicitadas para a Central Macro de Regulação Estadual), a solicitação é feita à CINT que faz a busca de vaga nos hospitais conveniados ou contratados com o SUS-BH e solicita sua transferência (ESPMG, 2009). A SMSA é referência e tem pactuação com diversos municípios de Minas Gerais, o que representa 40% do total das internações realizadas em Belo Horizonte.

Em fevereiro de 2010, Belo Horizonte contava com 8.993 leitos, sendo que 5.507 (61,2%) eram contratados pelo SUS. Observou-se uma maior frequência de contratação pelo SUS de leitos nas especialidades de Pediatria (80%) e Complementar (69%) e uma menor frequência em outras especialidades (54,8%) e Hospital-Dia (51%) (CNES, 2010).

Tabela 8 - Leitos no Município de Belo Horizonte, segundo a Especialidade e a Contratação pelo SUS

Especialidade	Número de leitos existentes em Belo Horizonte	Número de leitos contratados pelo SUS-BH	Percentual de contratação pelo SUS-BH (%)
Cirurgia	2983	1749	58,6
Clínica	2609	1664	63,8
Complementar (inclui UTI)	1178	813	69,0
Obstetrícia	458	266	68,1
Pediatria	901	721	80,0

Outras especialidades (Reabilitação, Psiquiatria, Crônicos, Tisiologia)	1734	950	54,8
Hospital Dia	308	157	51,0
Total	8993	5507	61,2

Fonte: CNES/Datasus. Acesso em 28/02/2010.

Tabela 9 - Internações Hospitalares do SUS por local de Internação, Belo Horizonte, 2000 a 2009*

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Clínica Cirúrgica	73.036	78.280	85.207	89.435	87.195	84.739	81.157	81.895	85.375	86.341
Obstetrícia	42.621	40.934	39.131	38.199	38.506	37.617	34.445	31.619	28.871	31.304
Clínica Médica	66.629	64.905	62.701	62.591	54.956	51.042	50.992	50.681	63.027	61.650
Cuidados Prolongados (Crônicos)	1.891	1.549	377	235	314	189	159	398	402	594
Psiquiatria	8.410	6.939	4.719	3.987	3.751	3.949	4.926	4.434	4.967	8.783
Tisiologia	522	472	777	726	709	705	611	462	519	591
Pediatria	33.289	33.142	31.714	31.020	32.914	32.127	29.163	26.949	24.881	24.227
Reabilitação	2.410	3.685	4.544	4.340	3.778	4.559	4.111	3.330	2.724	2.833
TOTAL	228.808	229.906	229.170	230.533	222.123	214.927	205.564	199.768	212.603	216.323

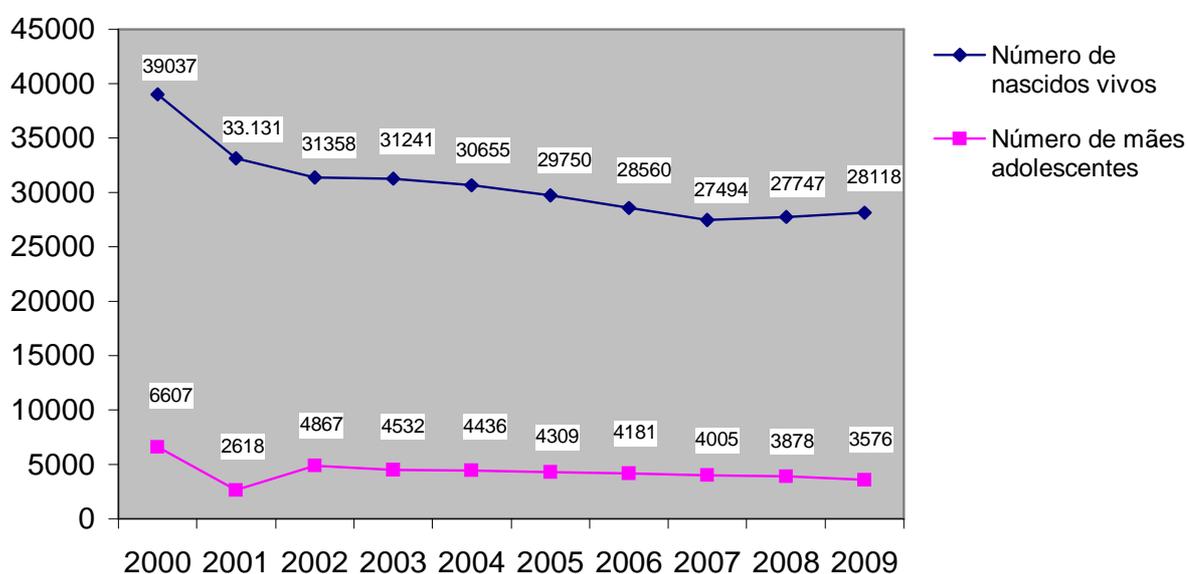
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

* Dados parciais

Saúde Materno-Infantil

O número de nascidos vivos vem diminuindo nos últimos anos no Brasil, dentro do processo de transição demográfica por qual passa o país. No município de Belo Horizonte, a transição demográfica encontra-se em estágio mais avançado. Em 2006, a taxa bruta de natalidade foi de 13,0; enquanto em Minas Gerais foi de 13,7 e no Brasil foi de 15,8 (RIPSA, 2008). Desde 2001, a proporção de mães adolescentes no município encontra-se em torno de 14%, que é uma proporção inferior às observadas no Estado de Minas Gerais (19%) e no Brasil (21%) (RIPSA, 2008). A ocorrência da gravidez na adolescência está associada ao ingresso tardio no pré-natal, o que pode acarretar em complicações para a mãe e para o feto, como aborto, baixo peso ao nascer, morte materna e mortalidade infantil, dentre outras (SILBERT, 1995).

Gráfico 9 - Evolução do Número de Nascidos Vivos e de Mães Adolescentes em Belo Horizonte, 2001 a 2009*

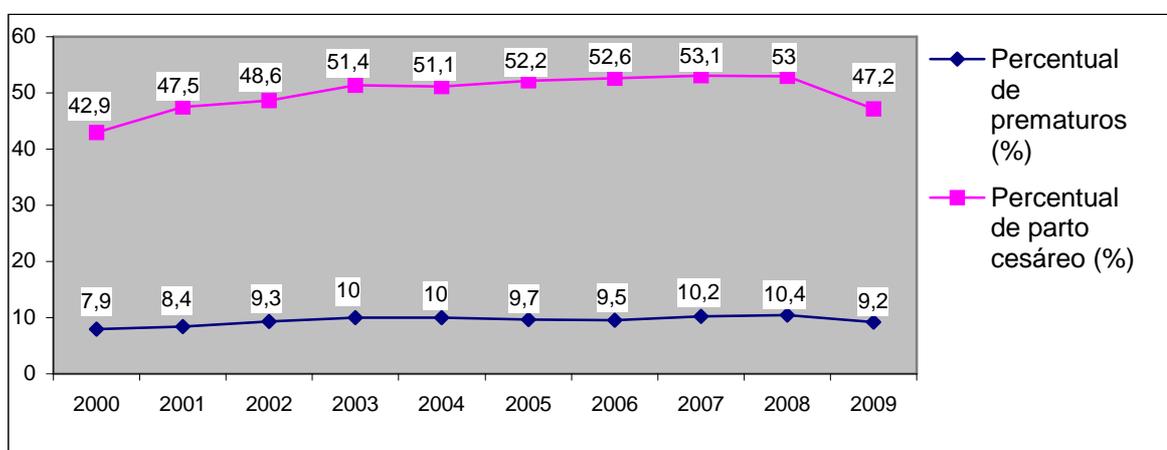


Fonte: SINASC/TABNET/GVSI/SMSA/PBH

* Dados de 2009 foram atualizados em 25/02/2010 e estão sujeitos a alterações

A proporção de partos cesáreos em Belo Horizonte apresentou uma média de 50%, considerando o período de 2000 a 2009, valor superior ao observado em Minas (45%) e no Brasil (42%) (RIPSA, 2008). As cirurgias cesarianas desnecessárias podem resultar em problemas para a mãe e a criança, como aumento da prematuridade, do baixo peso ao nascer, aumento do risco de morte materna e morte neonatal (SMSA, 2010)

Gráfico 10 - Percentual de Nascidos Vivos Prematuros e de Parto Cesáreo em Belo Horizonte, 2000 a 2009*



Fonte: SINASC/TABNET/GVSI/SMSA/PBH

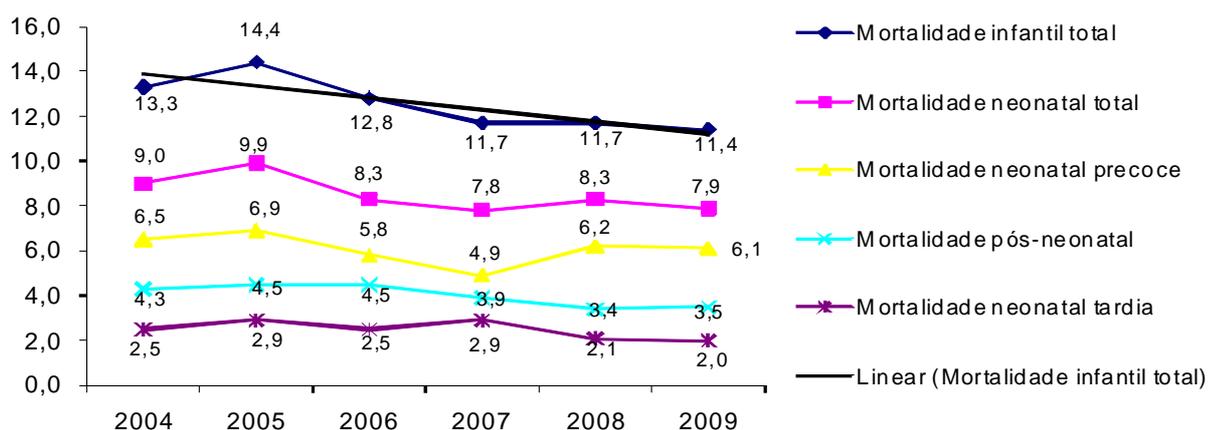
*Dados de 2009 foram atualizados até 25/02/2010 e estão sujeitos a alterações

O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador de saúde que reflete as condições de vida da população, especialmente o acesso e a qualidade das ações de saúde materno-infantil. Ele é calculado pela proporção de óbitos em menores de um ano de idade, dentre os nascidos vivos, e é formado por dois componentes: o componente neonatal, que contém os óbitos em crianças de 0 a 27 dias de vida, e o componente pós-neonatal, que contém os óbitos em crianças de 28 dias a um ano de idade (RIPSA, 2008). O coeficiente de mortalidade neonatal, por sua vez, é dividido em neonatal precoce, que contém os óbitos em crianças de 0 a seis dias de idade, e neonatal tardia, que contém os óbitos em crianças de sete a 27 dias de idade. Dentre as principais causas de óbitos no período neonatal (0 a 27 dias de vida), encontram-se os transtornos relacionados com a prematuridade, problemas cardiorrespiratórios do feto e as infecções específicas do recém-nascido, particularmente a

septicemia neonatal (LANSKY *et al*, 2006). Os óbitos no período pós-neonatal são influenciados pelas condições da atenção básica à saúde da criança e por fatores relacionados ao meio ambiente, especialmente as condições de saneamento básico.

O coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes, em Belo Horizonte, vêm decrescendo ao longo dos anos. O coeficiente de mortalidade neonatal apresentou decréscimo no município devido à melhoria da assistência à gestação e ao parto. A redução da mortalidade pós-neonatal encontra-se associada ao aumento da Estratégia Saúde da Família, que propiciou maior acesso às ações de acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Gráfico 11 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, Belo Horizonte, 2004 a 2009

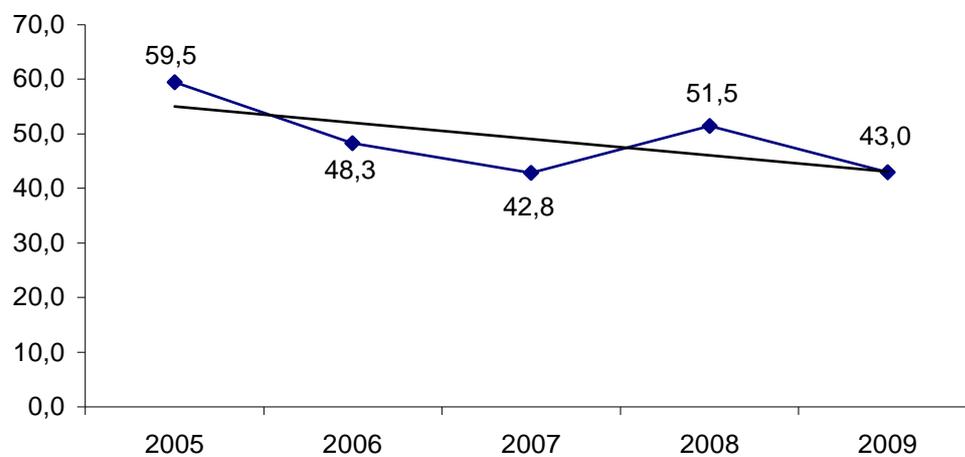


Fonte: SIM e SINASC/ GEEPI/ SMSA

* Dados de 2009 atualizados até 18/03/2010 e sujeitos a alterações

A razão de mortalidade materna, em Belo Horizonte, encontra-se em estabilidade desde 2006 e inferior à média brasileira. Apesar disso, esse indicador ainda é elevado em comparação aos parâmetros internacionais. Esta situação ocorre devido a casos de mulheres que não realizam assistência pré-natal completa por diversos motivos, dentre eles, o desconhecimento da própria gravidez.

Gráfico 12 - Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos), Belo Horizonte, 2005-2008.



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna – BH/MG

Nota: Dados preliminares; sem fator de correção.

3.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES POLÍTICAS DO SUS E COMPROMISSOS DE GOVERNO DO MUNICÍPIO.

A SMSA realiza várias ações e programas com a finalidade de oferecer ao cidadão um atendimento resolutivo, seja, na assistência, na prevenção ou na promoção da sua saúde. Para tanto, pauta-se nas diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde e nos compromissos do Governo para o município de Belo Horizonte, que são:

3.2.1 Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde (CIAS)

Constituído pelos municípios de Belo Horizonte, Caeté, Nova Lima, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano. Tem personalidade jurídica de Distrito Público Interno, com natureza jurídica de Associação Pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções, sem fins econômicos, com prazo de duração indeterminado.

A Associação Pública equipara-se, para todos os fins de direito, às autarquias, nos termos do Art. 41, IV do Código Civil.

O CIAS tem como finalidades o desenvolvimento conjunto dos entes federados que aderirem ao consórcio; de ações e serviços de saúde, no âmbito do SUS, inseridos no contexto da regionalização; da Programação Pactuada Integrada (PPI); da otimização dos entes de acordo com a estratificação de riscos e as necessidades locais, visando suprir as demandas represadas, bem como, a insuficiência ou ausência de serviços e/ou ações de saúde nos entes consorciados, caracterizados como vazios assistenciais, de acordo com o perfil sócio-demográfico, epidemiológico regional, bem como a estrutura da rede regional de urgência e emergência, dentre eles, o SAMU regional, efetivando tudo com economia de escala e escopo.

3.2.2 Humanização na SMSA

A humanização na SMSA está traduzida em uma política transversal, presente nas ações e projetos, norteando o trabalho e as relações em todos os pontos da rede de serviços e em todos os níveis de gestão. Nesse propósito, o foco é o aprofundamento das práticas desenvolvidas no SUS-BH, tais como:

- Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) com a participação de cerca de 10 mil trabalhadores, num processo reflexivo e de trocas de experiências em prol de uma melhor qualidade do cuidado.
- Discussão e construção do Plano Macroestratégico para o período 2009/2012, em todos os níveis de gestão, envolvendo todos os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.
- Implantação do Programa “Posso Ajudar? Amigos da Saúde”, visando a qualificar a acolhida e a escuta aos usuários desde a sua recepção na unidade, acompanhando-os em todo o seu atendimento.
- Discussão do Acolhimento na APS e nas maternidades da rede conveniada, com implantação do Protocolo de Risco de *Manchester*.
- Redefinição das áreas de abrangência e número de famílias por equipe de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal e NASF, buscando redimensionar o número de equipes, visando a diminuição da sobrecarga de trabalho de algumas ESF e ESB, facilitando o acesso da população aos serviços de saúde.
- Investimentos na rede física com reformas, ampliações e construção de novas sedes de unidades, com foco na ambiência e na qualidade dos serviços;
- Ampliação da prática de *LIAN GONG* e das Academias da Cidade para trabalhadores e usuários.
- Ampliação do transporte sanitário para todos os usuários em hemodiálise e idosos frágeis. (justificativa anexa)

3.2.3 Monitoramento do Estado de Saúde da População

A quinta diretriz do planejamento da Atenção Primária à Saúde, no Plano Macroestratégico para a cidade de Belo Horizonte, trata da integração das atividades da Atenção Primária às práticas de Vigilância à Saúde. Como formas de operacionalização dessa diretriz, estão sendo implantados Grupos Técnicos para Monitoramento do Estado de Saúde do Território (entendido como a área de abrangência de um Centro de Saúde, do Distrito Sanitário ou de todo município). São 113 os indicadores para o monitoramento.

3.2.4 Orçamento Participativo da PBH na área de Saúde

A gestão compartilhada – modalidade adotada pela PBH – tem como uma das suas marcas o Orçamento Participativo (OP). Elaborado, a partir de 1993, o OP conta com a participação da comunidade na discussão, na definição e na distribuição dos recursos de investimento da Prefeitura. Belo Horizonte foi a primeira cidade a implantar, em 2006, o OP-digital, que permitiu a ampliação da participação popular por meio da *internet*. A continuidade e a regularidade do Orçamento Participativo foram alcançadas graças à opção dos belo-horizontinos por um modelo de gestão democrático e popular. O sucesso desse modelo está expresso na metodologia utilizada para a condução do processo, bem como na construção de critérios para a distribuição dos recursos e escolha de empreendimentos. No período de 1994 a 2008, foram concluídas mil obras no município, sendo que 11% foram destinadas à área da saúde.

3.2.5 Objetivos do Milênio

O Pacto do Milênio, firmado por 189 países em 2000, propôs um ousado desafio: erradicar a fome e a pobreza até 2015. Para isso, foram estabelecidos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com 18 metas relacionadas às temáticas da educação, gênero, saúde, habitação, meio ambiente, combate à pobreza e promoção do desenvolvimento sustentável.

Na área da Saúde, os objetivos são:

- Reduzir a Mortalidade Infantil.

- Melhorar a Saúde Materna.
- Combater o HIV/Aids e outras doenças, como: dengue, leishmaniose, tuberculose e aprimorar a cobertura de Atenção Básica à Saúde – Programa Saúde da Família. Para cumprimento desses objetivos, foram pactuados 32 indicadores.

3.2.6 Pacto pela Saúde/Termo de Compromisso de Gestão (TCG)

A Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será revisado a cada dois anos, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Essas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

O TCG é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS. Expressa a formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão. A pactuação do TCG e a sua conseguinte assinatura substituem o processo de habilitação de municípios e estados a uma dada condição de gestão. Devem ser resultado de um processo de pactuação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos. Contêm as responsabilidades sanitárias do gestor, os objetivos e metas do Pacto pela Vida, os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos.

A Portaria nº 2669, de 03 de novembro de 2009, estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos compromissos pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. São 16 os indicadores pactuados.

3.2.7 Plano de Redução da Mortalidade Infantil, Fetal e Materna

Este plano objetiva a redução da mortalidade infantil, fetal e materna, no município de Belo Horizonte. As diretrizes definidas são:

- Qualificação do cuidado em saúde na rede SUS-BH.
- Descentralização das ações de planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento da linha de cuidado perinatal, com a formação de fóruns distritais permanentes nos moldes da Comissão Perinatal.
- Implementação das ações intersetoriais para promoção da saúde e prevenção de óbitos.

3.2.8 Plano Macroestratégico

Este plano estabelece a política da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte expressa por meio dos objetivos gerais, diretrizes, objetivos específicos e metas, para o período de 2009 a 2012.

As políticas públicas executadas no município de Belo Horizonte tiveram início na década de 1990, calcadas nas necessidades advindas do processo de industrialização, consolidado nos anos de 1980.

Em 1991, a população já ultrapassava dois milhões de habitantes. Mais de 30 cidades conurbadas e vizinhas elevaram esse número a 3,8 milhões, formando a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). A formação da RMBH gerou grandes problemas sociais e talvez um dos mais sérios deles tenha sido o da saúde de seus habitantes.

Nesse período, um movimento importante acontecia no país, e, especialmente, em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde iniciava o processo de municipalização dos serviços de saúde. Nesse cenário, foram definidas uma série de políticas públicas de saúde que deslocaram o eixo de alocação dos recursos públicos para ampliação da cobertura da atenção à saúde e busca da “equidade”, com base nos perfis epidemiológicos e problemas de saúde diferentes.

Para condução dessa política de saúde, a partir de 1998, a Secretaria Municipal de Saúde construiu um indicador composto denominado IVS: Índice

de Vulnerabilidade à Saúde, conhecido como “Indicador de Risco”. Esse índice associa indicadores de base populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como mortalidade infantil, relacionado diretamente à atenção materno-infantil. O valor final do IVS varia entre zero e um e é aplicado em cada setor censitário do município. Como ele expressa um atributo negativo - a vulnerabilidade social de uma população - quanto maior seu valor, pior a situação da população naquele setor censitário, ou seja, mais vulnerável para adoecer e morrer. Através do IVS foram definidas quatro categorias de risco de adoecer e morrer no município: risco baixo (28,0% da população), risco médio (38% da população), risco elevado (27% da população) e risco muito elevado (7,0% da população).

Esse índice foi utilizado para toda a reordenação e reafirmação do SUS-BH, nos últimos anos, direcionando a implantação da Estratégia de Saúde da Família, a partir de 2002, que cobre atualmente as populações de risco médio, elevado e muito elevado.

O sucesso dessa política, associado ao equilíbrio financeiro, o investimento na atenção especializada (consultas e exames especializados), e na regulação do sistema vem demonstrando que vale a pena investir na gestão pública de saúde, e que o SUS é viável, mesmo em municípios com grande complexidade, como Belo Horizonte, que se tornou referência nacional na implantação do SUS, dentre as capitais. Essa trajetória traz no bojo outras questões que precisam ser absorvidas pelas políticas públicas de saúde, tais como o aumento da prevalência das doenças crônicas e a maior proporção de idosos na população.

As taxas de Mortalidade Proporcional por principais grupos de causas, de 2003 a 2008, apresentam como primeira causa de óbito as Doenças Cardiovasculares (25,6%), seguida das Neoplasias (19%), Causas externas (12,8%) e Respiratórias (9,2%). As causas infecciosas e parasitárias não estão mais entre as principais, apontando para a transição epidemiológica e o envelhecimento da população.

Para atender a esse grande desafio faz-se necessário aprofundar as práticas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Existe hoje, no SUS-

BH, uma rede estruturada, mas ainda persistem desafios para o acesso aos serviços públicos.

Busca-se nova estratégia que permita oferecer uma atenção contínua e integral à população de Belo Horizonte, com qualidade, efetividade e responsabilidade sanitária. Isso significa: (1) a construção de uma Rede de Atenção do SUS-BH que tenha a Atenção Primária como eixo estruturador, (2) a integralidade das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e (3) a “profissionalização” da gestão, com investimento significativo na logística e retaguarda de materiais e manutenção para as unidades de saúde e Distritos Sanitários.

Para condução desse Projeto estão sendo propostos cinco eixos programáticos:

- Gestão e Regionalização da Saúde: Distritos Sanitários.
- Atenção primária: Saúde da Família.
- Redes: Complementar, Urgência e Hospitalar.
- Educação e Gestão do trabalho: ética e compromisso dos gestores e trabalhadores na construção do SUS-BH.
- Pacto em Defesa do SUS-BH.

Esses eixos cruzam com os três grandes blocos de planejamento:

- Planejamento Macro-Estratégico.
- Plano de Ação: Processos de Trabalho.
- Planos Locais e Monitoramento da Atenção do Estado de Saúde da População.

3.2.9 Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde

Tem como objetivo consolidar a atenção primária como eixo estruturador da atenção à saúde no município de Belo Horizonte, por meio do fortalecimento do processo de implantação da Estratégia de Saúde de Família em Belo Horizonte; da capacitação dos trabalhadores envolvidos na Atenção Primária à Saúde e da qualificação dos processos de trabalho locais. Busca-se, através de um movimento harmônico e organizado ao longo de 18 meses, construir com todos os trabalhadores da Atenção Primária do SUS-BH uma agenda que

permita o equilíbrio dessas ações. Essa agenda deve ser homogênea o suficiente para permitir a definição de um processo de trabalho comum entre mais de 500 equipes e variável o bastante para captar as diversidades dos diferentes territórios do município. Sua operacionalização consiste no conjunto de 10 oficinas de Qualificação da Atenção Primária, as quais são:

1. A Análise da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte.
2. Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial.
3. Territorialização e Diagnóstico Local.
4. Acolhimento e Demanda Espontânea.
5. Programação Local e Municipal.
6. Monitoramento e Contrato de Gestão.
7. Promoção à Saúde.
8. Vigilância em Saúde.
9. Prontuário da Família.
10. Assistência Farmacêutica e Laboratorial.

Essas oficinas consolidam o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte, com cerca de 10 mil trabalhadores envolvidos na capacitação.

3.2.10 Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG)

O Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) é um instrumento de planejamento de médio prazo da esfera pública, que explicita diretrizes, objetivos, programas, ações e metas a serem atingidas, definindo os recursos necessários à sua implementação. A orientação estratégica do governo está refletida nos diversos programas, os quais contemplam as ações integradas das políticas urbanas, sociais, culturais e econômicas, permitindo otimizar os processos de gestão pública em relação à oferta de bens ou serviços.

Das normas disciplinadoras do processo de elaboração do PPAG são derivadas as Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO's e as Leis de Orçamento Anuais – LOA's. A integração desses instrumentos permite o aprimoramento do processo de planejamento público. Tem periodicidade de quatro anos – inicia

no segundo ano do mandato do governante e encerra no primeiro ano de mandato do governo seguinte – e contém 39 indicadores para monitoramento.

3.2.11 Plano de Contingência da Área de Saúde de Belo Horizonte para a Copa 2014.

Tem como objetivo prover, na área da saúde, o município de Belo Horizonte das condições necessárias para receber turistas e participantes durante a Copa de Futebol de 2014 e de seus desdobramentos. O plano está definido a partir da análise de dados de organização de grandes eventos como o Pan-americano e aqueles de maior porte acontecidos na cidade. Constitui-se de quatro eixos:

1. Ações de Vigilância em Saúde.
2. Ações de Assistência à Saúde.
3. Plano de Enfrentamento de Catástrofes.
4. Atendimento direcionado a atletas e dirigentes de Estado.

3.2.12 Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem.

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, está disposta na Lei NDEG nº 18.874, de 20 de maio de 2010. Será implementada no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - com vistas a promover a melhoria das condições de saúde da população masculina e a reduzir sua morbidade e mortalidade. A política de que trata esta lei tem como princípio, além dos princípios gerais adotados pelo SUS, a garantia de promoção e proteção da saúde do homem em conformidade com suas peculiaridades socioculturais.

3.2.13 Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)

O processo de PAVS está estabelecido na Portaria nº 3.008, do Gabinete do Ministro da Saúde, de 1º de dezembro de 2009, que determina a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco

norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

§ 1º A PAVS deve compor a PAS seguindo a premissa do planejamento ascendente, permitindo flexibilidade na definição de suas ações e atividades.

§ 2º Para o alcance da integralidade, a PAVS será realizada em articulação com a Atenção à Saúde, particularmente com a Atenção Primária à Saúde.

3.2.14 Projetos Sustentadores

Os projetos sustentadores preparam o futuro da cidade e da região metropolitana a partir de uma visão ampla e articulada. As ações planejadas definem onde estamos, em todos os setores - habitação, saúde, educação, transporte e trânsito, trabalho e renda, lazer, segurança, cultura, meio ambiente - e aonde queremos e podemos chegar, e com quais recursos. Suas áreas de resultado são: cidade saudável, educação, cidade segura, prosperidade, modernidade, cidade com todas as vilas vivas, cidade compartilhada, cidade sustentável, cidade de todos, cultura, integração metropolitana. Na Secretaria de saúde, a área de resultado é – Cidade Saudável. Estão pactuados 18 indicadores, nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Gestão e Regionalização da Saúde e Melhoria do Atendimento Hospitalar.

3.2.15 Projeto VIGISUS

O Projeto Vigisus II, objeto de acordo de empréstimo do Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) com o Banco Mundial, do qual o município de Belo Horizonte participa, tem o objetivo de fortalecer a capacidade de gestão em Vigilância em Saúde e constituir uma nova abordagem pautada na integralidade do cuidado, na atenção contínua dos indivíduos/família/comunidade, e proporcionar a oportunidade de mais uma cooperação técnica e financeira entre os diferentes níveis de gestão federal, estadual e municipal do Brasil.

Com o intuito de acompanhar os resultados obtidos com a execução do Projeto, foram definidos pelo Ministério da Saúde, indicadores de acompanhamento e avaliação. O Sub-componente IV do Vigisus II é o "Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão de Vigilância em Saúde" pelos municípios. Esse documento corresponde ao indicador denominado "Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS)".

Segundo o documento do MS as "Diretrizes para a Integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde" (SVS, 2008) as atividades denominadas de vigilância em saúde são as seguintes: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde. Alguns estados e municípios incorporaram ainda a vigilância sanitária e a vigilância à saúde do trabalhador como atividades precípua da vigilância em saúde.

No município de Belo Horizonte a vigilância em saúde, em uma concepção que a define como um modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes e condicionantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma assistencialista de consultas e procedimentos e principalmente as ações de Promoção da Saúde.

As diretrizes apresentadas pelo MS para orientar a elaboração de instrumentos norteadores da política de integração de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que contam como eixo orientador a integralidade do cuidado, são as seguintes: 2.1 organização do processo de trabalho 2.2 promoção da saúde; 2.3 território integrado entre atenção básica e vigilância em saúde; 2.4 planejamento e programação; 2.5 participação e controle social; 2.6 educação permanente em saúde; 2.7 monitoramento e avaliação.

No município de Belo Horizonte essas ações recomendadas segundo as diretrizes de integração entre a Atenção básica, entendida como Atenção Primária, e a Vigilância em saúde são amplamente desenvolvidas.

3.2.16 Proposta para a População de Baixo Risco/ Atenção aos residentes em Áreas de Baixo Risco

A classificação de risco à Saúde, em Belo Horizonte, foi feita a partir do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído com base em cinco dimensões de cidadania.

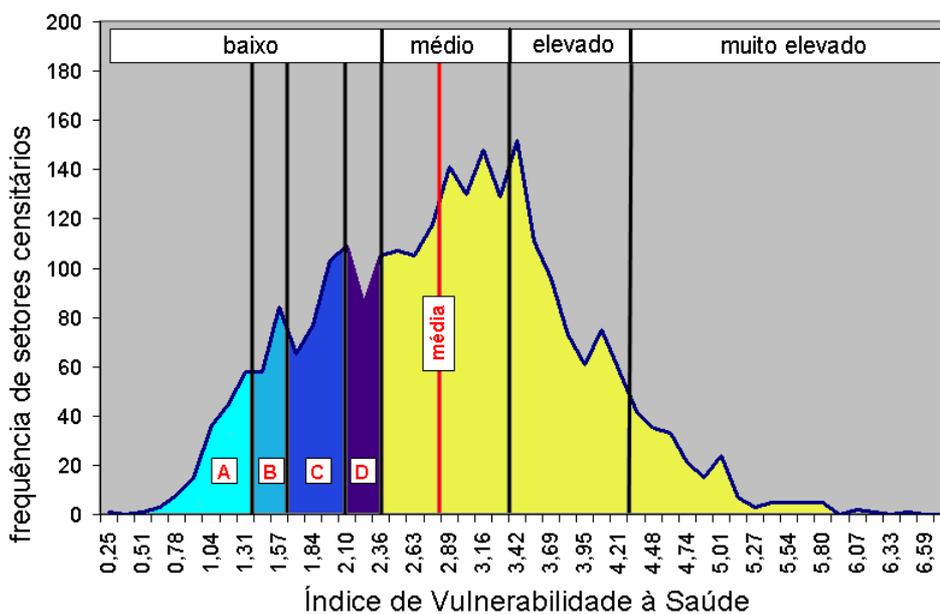
1. dimensão ambiental (moradia);
2. dimensão cultural (educação);
3. economia (emprego);
4. jurídica (assistência jurídica) e
5. segurança de sobrevivência (serviços de saúde).

Adotou-se uma escala de medida variando de 0 a 1, sendo que os índices maiores refletem situações de vulnerabilidade social mais intensa.

Após o cálculo do índice de vulnerabilidade à saúde, os setores foram classificados nas seguintes categorias:

- risco médio – setores censitários que tinham valores do índice de vulnerabilidade à saúde em $\frac{1}{2}$ desvio padrão em torno da média;
- risco baixo – setores com valores inferiores ao médio;
- risco elevado – setores com valores acima do risco médio até o limite de 1 desvio padrão;
- risco muito elevado – setores com valores acima do risco elevado.

Gráfico 13 - Distribuição dos setores censitários de Baixo Risco, segundo o Índice de Vulnerabilidade à Saúde, Belo Horizonte-2003.



Quadro 3 - Classificação de Baixo Risco por Subcategoria, População e Número de Setores Censitários, Belo Horizonte.

Subcategoria do Baixo Risco	População	Número de setores censitários
A	155.911	208
B	152.637	206
C	157.298	206
D	161.378	206
Total	627.224	826

Fonte: dados populacionais IBGE - Censo 2000
IVS-2003 - SMSA

Figura 2 - Mapa dos setores censitários das subcategorias de Baixo Risco, segundo o Índice de Vulnerabilidade à Saúde, Belo Horizonte-2003. Estratificação da área de baixo risco em quatro subcategorias de risco segundo o IVS:

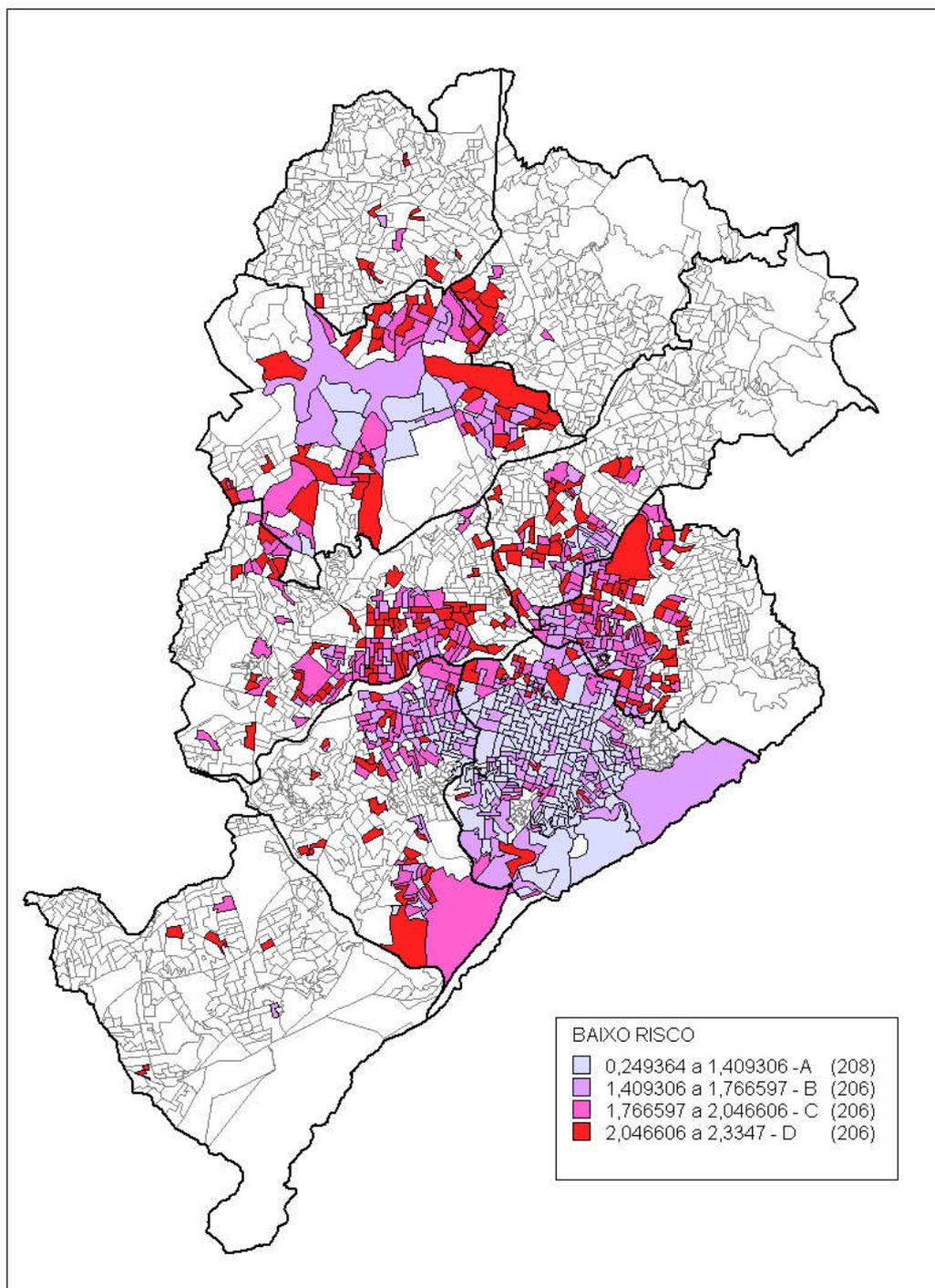


Tabela 10 - Distribuição das áreas de Baixo Risco, segundo subcategoria do Baixo Risco e Distrito Sanitário.

DISTRITO	SUBCATEGORIA DO BAIXO				POPULAC	NUMERO AREAS ABRANGENCIA
	A	B	C	D		
BARREIRO		1.03	82	3.96	5.81	6
CENTRO SUL	117.3	57.64	17.44	8.40	200.8	1
LESTE	1.31	23.11	34.49	34.87	93.80	6
NORDESTE	8.77	9.66	15.23	19.67	53.35	6
NOROESTE	1.78	12.91	38.55	43.19	96.43	1
NORTE			3.16	4.07	7.23	2
OESTE	20.08	30.21	26.39	17.41	94.11	1
PAMPULHA	6.61	17.07	20.42	23.98	68.09	8
VENDA NOVA*		97	77	5.79	7.53	6
Total	155.9	152.6	157.2	161.3	627.2	7

100% coberta PSF

Metodologia e Estratégia de cobertura para a População de Baixo Risco

Subcategoria de risco D – 206 setores censitários:

- Idosos dependentes e famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, moradoras do baixo risco, independente da subcategoria

- Cadastramento de todos os domicílios, sob a forma de “mutirão”, realizado por estagiários ou auxiliares administrativos contratados para este propósito. A partir do cadastramento, do conhecimento do perfil epidemiológico e da classificação por grau de risco das famílias serão definidos o número e a composição das Equipes de Saúde da Família (ESF) necessárias.

Subcategoria de risco C – 206 setores censitários:

- Após o cadastramento e estruturação da cobertura para o risco D, idêntico processo será realizado para a subcategoria de risco C.

Subcategoria de risco A e B - 414 setores censitários:

A população-alvo desses setores será identificada por meio de dois determinantes:

Famílias residentes em domicílios de risco ou famílias/indivíduos que já utilizam a Atenção Primária do SUS-BH. São exemplos de domicílios de risco: idosos morando sozinhos, família com alguma criança desnutrida ou inserida no Programa Bolsa Família, entre outros.

As famílias identificadas serão cadastradas por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), em um modelo semelhante ao Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). O cadastro terá o mesmo instrumento e metodologia do Censo BH Social, que cobre as outras categorias de risco. A partir do cadastramento, do conhecimento do perfil epidemiológico e da classificação por grau de risco dessas famílias serão definidos o número, a composição e o formato das ESF necessárias para cobertura dessa população.

3.2.17 Saúde em Casa

O Saúde em Casa foi lançado em abril de 2005 com o objetivo de ampliar e fortalecer o Programa Saúde da Família (PSF), estruturado a partir de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias.

A prioridade do Saúde em Casa é a promoção da saúde e a prevenção de doenças e o PSF é um importante aliado na concretização das metas estabelecidas para garantir mais saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

As principais metas são a redução do número de internações hospitalares, a redução da mortalidade materna e infantil e a cobertura vacinal de 95% da população infantil. Foram pactuados quatro indicadores.

3.2.18 Plano de Redução da Mortalidade Infantil, Fetal e Materna

Esse plano objetiva a redução da mortalidade infantil, fetal e materna, no município de Belo Horizonte. As diretrizes definidas são:

1. Qualificação do cuidado em saúde na rede SUS-BH.
2. Descentralização das ações de planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento da linha de cuidado perinatal com a formação de fóruns distritais permanentes, nos moldes da Comissão Perinatal.
3. Implementação das ações intersetoriais para promoção da saúde e prevenção de óbitos.

3.2.19 Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

Iniciativa do Ministério da Saúde e do BIRD, tem como objetivo apoiar, por meio de transferência de recursos financeiros, fundo a fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da estratégia de Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes. São 15 os indicadores de monitoramento.

3.2.20 Programa Prefeito Amigo da Criança

Criado em 1996, o Programa Prefeito Amigo da Criança, da Fundação Abrinq, tem como objetivo comprometer os dirigentes municipais a priorizarem a infância e adolescência em sua gestão, bem como mobilizar a sociedade para participar e acompanhar a implementação de políticas públicas. Foram pactuados 23 indicadores.

3.2.21 Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde)

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08, é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da Saúde, bem como de iniciação ao trabalho,

estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área, por meio do pagamento de bolsas. O PET-SAÚDE é direcionado às Instituições de Educação Superior (IES), abrangendo 14 cursos de graduação da área da Saúde, e às Secretarias Municipais de Saúde.

3.2.22 Programa dos Adolescentes privados de liberdade

O Plano de Ação Municipal de Assistência Integral à Saúde dos Adolescentes (em conflito com a lei e em regime de internação provisória) da Prefeitura de Belo Horizonte, foi desenvolvido em 2009, em consonância com o Plano Operativo Estadual de Minas Gerais e visa ao cumprimento da Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008, do Ministério da Saúde. O objetivo do Plano é orientar a implantação e implementação de ações de prevenção e promoção da saúde e assistência aos agravos nas unidades de medidas sócioeducativas de internação provisória no município, contemplando o adolescente e sua família. Essas ações, que seguem as diretrizes do SUS-BH, serão realizadas pela Prefeitura de Belo Horizonte - especialmente pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o Estado de Minas Gerais, além de outras entidades governamentais e não-governamentais.

3.2.23 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende atividades relacionadas aos medicamentos nos serviços de saúde, envolvendo seleção, programação, aquisição, distribuição, prescrição e dispensação. O uso de medicamentos na rede SUS-BH é orientado pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que contém os medicamentos destinados às condições clínicas mais comuns na população belorizontina e que atendem aos critérios de eficácia, segurança e qualidade. Na SMSA de Belo Horizonte, os medicamentos disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde são adquiridos com recursos provenientes dos níveis municipal, estadual e federal de gestão do SUS, conforme a Portaria nº 2982, de 26 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde. Adicionalmente, a SMSA adquire medicamentos

destinados a outras unidades de saúde, como as UPA's e as unidades de Atenção Especializada. Após a aquisição, os medicamentos são distribuídos das farmácias distritais para as Unidades Básicas de Saúde, que os entregam diretamente para os pacientes. Para o período de 2010 a 2013, a programação da SMSA contém a reorganização da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária, com melhoria da infraestrutura e organização das farmácias das UBS's e do acompanhamento dos pacientes pelo profissional farmacêutico. Os farmacêuticos que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) desenvolvem ações assistenciais visando o uso racional de medicamentos, como dispensação, acompanhamento do uso de medicamentos, visitas domiciliares e organização de grupos operativos.

3.3 PROGRAMAÇÃO

O planejamento da SMSA-BH ancora-se em cinco eixos ou divisões programáticas da ação municipal, que estruturam o Plano Municipal de Saúde por meio de recortes específicos que delimitam as áreas de atuação. Possuem propostas específicas com definições e ações, e constituem-se em processos interdependentes com um propósito único – a operacionalização da política municipal de saúde. O conteúdo programático de cada eixo está expresso em: objetivo geral, diretrizes, objetivos específicos e metas com seus indicadores. Os cinco eixos programáticos estão descritos a seguir:

3.3.1 Gestão e Regionalização da Saúde: Distritos Sanitários

O objetivo geral desse eixo é aprimorar a gestão do sistema de saúde com vistas a ampliação do acesso por meio da melhoria da gestão de processos, padronização, regulação dos fluxos de pacientes, melhoria da qualidade das informações em saúde. Além disso, busca-se aumentar a efetividade das ações de saúde, considerando as desigualdades locais e diferentes riscos à saúde, nos territórios do município de Belo Horizonte.

Nesse propósito, o processo de “Territorialização” ou “Distritalização” da Saúde vem sendo utilizado como estratégia geral para construção do modelo de atenção à saúde em Belo Horizonte desde 1989, e tem como ponto de partida a base territorial/populacional com o enfoque de risco epidemiológico.

Esse processo entende que a inserção espacial de uma população em dado território resulta de diferentes processos econômicos e produtivos, e conduz a diferenças marcantes nas condições de vida e morte, como também nas suas formas de organização e recursos desenvolvidos. Ou seja, considera que numa determinada sociedade e num dado momento, existem processos que podem melhorar ou deteriorar o estado de saúde das pessoas, conforme a ação sobre os fatores que lhe são determinantes.

Para isso, faz-se necessária a construção de uma nova resposta aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito ampliado de saúde, para além da ausência de doença. Essa nova prática sanitária vem sendo denominada

“vigilância à saúde” e é composta de três eixos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade, segundo Mendes (1993).

O conceito de território é bastante complexo e vem sendo trabalhado por diferentes correntes da geografia e de outras ciências. O território pode ser definido como “um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situação, na arena política” (Mendes, 1993, p. 166). Essa concepção do “*território-processo*” transcende a sua redução à superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como um espaço em permanente construção.

Em Belo Horizonte, o “*Território-Município*” foi dividido em nove Distritos Sanitários, correspondendo às áreas administrativas da Prefeitura as Secretarias de Administração Municipal Regional. Ou seja, a área de cada Secretaria Regional coincide com o território de cada Distrito Sanitário, que engloba todos os equipamentos de saúde ali existentes, incluindo os serviços contratados e conveniados. Um Distrito Sanitário pode configurar um “Subsistema local de saúde”.

O “*Território-Distrito*” por sua vez, é dividido em Áreas de Abrangência dos Centros de Saúde, compostas por um conjunto de setores censitários contíguos. A definição das áreas de abrangência, que cobre toda a população do município, também foi feita a partir de 1989, como parte do processo de “Territorialização” e sofrem atualizações anuais ou quando da construção de novos centros de saúde.

A partir de 2002, com a implantação das Equipes de Saúde da Família, dois novos recortes espaciais foram feitos: a *Área de Atuação da ESF*: um conjunto de setores censitários dentro da respectiva área de abrangência e as *Microáreas*: conjunto de moradias de responsabilidade de cada ACS.

Nesse contexto, o eixo Gestão e Regionalização da Saúde constitui-se de seis diretrizes que expressam o objetivo geral na busca de um novo modelo de gestão que tem o foco no território e na responsabilidade sanitária; na melhoria dos processos de trabalho; na qualificação e utilização da informação e no planejamento como instrumento organizador da gestão.

Assim, o planejamento e estruturação do processo de atenção à população, a partir da estratificação do risco mapeado no território, é a primeira

diretriz orientadora de toda alocação de recursos na Rede de Atenção à Saúde do SUS-BH.

A segunda diretriz é o exercício da “Responsabilidade Sanitária” no território, que compreende tanto a gestão dos riscos populacionais de adoecer e morrer, quanto à oferta, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde em um dado território. A responsabilidade sanitária está apoiada na prática da “Vigilância em saúde” para a orientação e avaliação do processo de atenção, estratégia de monitoramento contínuo do “estado de saúde no Território”.

A terceira diretriz diz respeito ao processo de planejamento como instrumento organizador para uma gestão voltada para resultados acordados, buscando eficiência, eficácia e transparência. A efetivação de uma cultura de planejamento calcada no monitoramento e avaliação das ações executadas, no uso da informação qualificada, na escuta e na resposta aos cidadãos, e na mobilização social com foco na contextualização da saúde é um grande desafio.

As quarta e quinta diretrizes desse eixo se relacionam com a disponibilidade e uso de informação em saúde. Busca a produção, qualificação, disseminação e utilização das informações na SMSA, com vistas à integração dos diversos sistemas de informação e bases de dados em uma estrutura informacional que permita a construção da informação para a gestão nos diversos níveis e atores do SUS-BH.

A quinta diretriz pretende o incremento do uso e abrangência dos processos de incorporação da Tecnologia de Informação em Saúde (TI), visando acesso oportuno e seguro a um conjunto de bases de dados qualificado. Ou seja, construir, quotidianamente, um novo ambiente que favoreça o uso da informação pelos profissionais de saúde e superar as exigências da “parafernália tecnológica” e de habilidades técnicas, nem sempre disponíveis.

A sexta diretriz do eixo Gestão e Regionalização da Saúde é prover infraestrutura adequada que possibilite o gerenciamento administrativo da rede com eficácia e eficiência.

Quadro 4

EIXO 1 - GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE - DISTRITOS SANITÁRIOS		
OBJETIVO GERAL	<p>Aprimorar a gestão do sistema de saúde, com vistas à ampliação do acesso por meio da melhoria de gestão de processos, padronização, regulação dos fluxos de pacientes e melhoria da qualidade das informações em saúde.</p> <p>Aumentar a efetividade das ações de saúde no município, considerando as desigualdades locais e diferentes riscos à saúde como instrumentos de priorização da ação.</p>	
PRIMEIRA DIRETRIZ	<p>O exercício da responsabilidade sanitária no território: autoridade sanitária e a gestão dos riscos populacionais de adoecer e morrer quanto à oferta, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde.</p>	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Exercer responsabilidade sanitária apoiada na prática da "Vigilância à Saúde" para orientação e avaliação do processo de atenção, monitorando continuamente o estado de saúde da população.	Revisar, publicar e divulgar o novo Código de Saúde de Belo Horizonte, até dezembro de 2012.	Código de Saúde publicado e divulgado
Coordenar "Câmara Técnica de Monitoramento do Estado de Saúde dos Territórios de Saúde de Belo Horizonte", de acordo com definição do Comitê Gestor dos Territórios de Saúde de Belo Horizonte da SMSA/SUS-BH.	Implantar e coordenar Grupo Técnico de Monitoramento do Estado de Saúde dos Territórios de Belo Horizonte, objetivando crítica e análise das informações em saúde com destaque para as epidemiológicas e de produção, até dezembro de 2012.	Grupo Técnico de Monitoramento do Estado de Saúde dos Territórios de Belo Horizonte implantado.

		(Meta compartilhada com a GPLD)	
SEGUNDA DIRETRIZ	Planejamento e estruturação do processo de atenção à população a partir da estratificação do risco mapeado no território.		
Objetivo Específico	Meta	Indicador	
Incorporar na rotina de trabalho de toda a SMSA o uso da informação como instrumento de planejamento, definidor de prioridades e norteador do SUS-BH.	Realizar oficina da Vigilância em Saúde e Informação para a atenção primária (PDAPS), até dezembro de 2010. (Meta compartilhada com a Atenção Primária e a GTIS)	Oficina Vigilância em Saúde e Informação para a Atenção Primária realizada.	
Modelar os territórios, abrangendo todas as unidades básicas de saúde, baseado em indicadores de morbi-mortalidade, acesso geográfico e organizacional, características demográficas.	Instituir e modelar os territórios abrangendo todas as unidades básicas de saúde até 12/2013: 60% em 2012 e 40% em 2013. (Meta compartilhada com a Atenção Primária e a GTIS)	Territórios modelados com áreas de risco revisadas após atualização do IVS	

Planejar e estruturar o processo de atenção à população, a partir da estratificação de risco mapeado no território.	Planejar e estruturar o processo de atenção à população, a partir da estratificação de risco mapeado no território (IVS revisado até 2011), até 12/2012, permitindo a incorporação de novas equipes de Saúde da Família (30 equipes). (Meta compartilhada com a Atenção Primária).	Territórios de saúde equipados.
	Contemplar, na política de atenção à população, as especificidades do baixo risco, e elaborar metas para acompanhamento desta população, no período de 2010 a 2012. (Meta compartilhada com a Atenção Primária).	Política de atenção ao baixo risco estabelecida.
Atualizar e refinar o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS).	Atualizar e refinar o IVS, até 12/2011.	IVS refinado e atualizado
Reduzir as desigualdades do risco de morrer em Belo Horizonte.	Reduzir Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em 5%, passando de 83,2/1.000 hab., em 2007, para 78,2/1.000 hab., até 12/2012.	Índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

	(Meta compartilhada com a Atenção Primária e Urgência).	
Implementar a Unidade de Resposta Rápida (URR).	Implementar a Unidade de Resposta Rápida, até 12/2011.	Unidade de Resposta Rápida implantada.
Adequar o CRIE e ampliar seu escopo de ação para contemplar a atenção à saúde do viajante.	Implantar a unidade de atenção ao viajante e adequação do CRIE, até 12/2012.	Unidade de atenção ao viajante implantada e CRIE adequado.
Desenvolver mecanismos de planejamento e definição de ações de saúde em conjunto com os municípios que constituem a Rede 10 (Betim, Vespasiano, Lagoa Santa, Nova Lima, Ribeirão das Neves, Sabará, Contagem, Belo Horizonte, Santa Luzia e Brumadinho).	Elaborar planos de trabalho e executar ações conjuntas com os municípios da rede 10 conforme a situação epidemiológica, até 2013.	Plano de trabalho com os municípios da rede 10 elaborado e executado.
TERCEIRA DIRETRIZ	O processo de planejamento como instrumento organizador de uma gestão voltada para resultados acordados, buscando eficiência, eficácia e transparência	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Participar da "Câmara Técnica de Monitoramento do Estado de Saúde dos Territórios de Saúde de Belo Horizonte", de acordo com definição do Comitê Gestor	Implantar e coordenar Grupo Técnico de Monitoramento do Estado de Saúde dos Territórios de Belo Horizonte objetivando	Grupo Técnico implantado e monitoramento realizado conforme cronograma.

dos Territórios de Saúde de Belo Horizonte da SMSA/SUS-BH.	crítica e análise das informações em saúde, com destaque para as epidemiológicas e de produção, até dezembro de 2012. (Meta compartilhada com a Vigilância em Saúde e a GTIS).	
Estimular o Planejamento na SMSA.	Realizar 10 oficinas (nove distritais e uma para o nível central) para aprofundamento dos conceitos em planejamento e informação em saúde, com vistas à incorporação das atividades de programação, monitoramento e avaliação na rotina dos serviços: 4 oficinas/2010; 6 oficinas/2011.	
	Realizar Seminário Municipal da Gestão da Informação: 06/2011; 06/2012; 06/2013.	Seminário Municipal da Gestão da Informação realizada.
Coordenar a elaboração do Plano Municipal de Saúde para o período de 2010-2013 e das Programações Anuais de Saúde.	Coordenar a elaboração do Plano Municipal de Saúde para o período de 2010-2013, até 30/junho de 2010	Plano Municipal de Saúde elaborado

	Coordenar a elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) até abril de cada ano.	Programação Anual de Saúde (PAS) realizada.
Incorporar, na rotina da SMSA, o monitoramento de ações pactuadas e programadas pelo município, por nível de gestão.	Promover e divulgar o monitoramento do Plano Municipal de Saúde, trimestralmente, conforme Portaria 23/2008 da SMSA/SUS-BH.	Relatórios trimestrais de monitoramento do PMS divulgados.
	Elaborar, semestralmente, o relatório de gestão da execução das ações programadas no Plano Municipal de Saúde.	Relatório de gestão da execução das ações programadas no Plano Municipal de Saúde, semestral.
Coordenar a elaboração de projetos de captação de recursos dos níveis federal e estadual no SUS.	Elaborar, mensalmente, planilha de monitoramento da execução dos recursos.	Planilha mensal de execução dos recursos elaborada.
Qualificar e aumentar a visibilidade da gestão da SMSA/SUS-BH.	Implantar Projeto de Gestão à Vista na SMSA, até dez. de 2011.	Projeto de Gestão à Vista implantado na SMSA.
Possibilitar canal de escuta e resposta aos usuários do SUS-BH.	Elaborar relatório trimestral das atividades realizadas na Ouvidoria do SUS-BH.	Relatório trimestral das atividades realizadas na Ouvidoria do SUS-BH elaborado.

	Realizar seminário para capacitar os profissionais da rede SUS-BH referente à sua participação e responsabilidade na Ouvidoria do SUS-BH, até dez./2010.	Seminário de capacitação dos profissionais da rede SUS-BH referente a sua participação e responsabilidade na ouvidoria do SUS-BH, realizado.
Descentralizar o canal de escuta aos usuários do SUS.	Implantar nove serviços de ouvidoria do SUS-BH: um em cada Distrito Sanitário, até dez./2011.	Número de serviços de ouvidoria implantados no SUS-BH.
Promover ações de conscientização e mobilização junto à população de Belo Horizonte, de maneira planejada e descentralizada, no âmbito do MobilizaSUS-BH.	Ampliar a aproximação com escolas, empresas, associações e outros grupos, no período de 2010 a 2012, por meio da formação de 50 parceiros por ano.	Número de parceiros de escolas, empresas, associações e outros grupos formados.
	Realizar anualmente oficinas de mobilização nas nove Regionais, no período de 2010 a 2012, totalizando 27 oficinas.	Número de oficinas de mobilização realizadas.
	Montar um grupo de teatro em cada uma das nove regionais, até 2012.	Número de grupos de teatro montados

	Promover cinco ações de mobilização em cada uma das regiões administrativas, anualmente, no período de 2010 a 2012, totalizando 45 ações.	Número de ações de mobilização realizadas.
	Criar e montar 30 espetáculos com temas ligados à promoção da saúde até 2011.	Número de espetáculos com temas ligados a promoção da saúde montados.
	Implantar uma equipe com 30 mobilizadores para o trabalho porta a porta em cada Distrito Sanitário até 2012, totalizando 270 mobilizadores.	Número de mobilizadores capacitados para o trabalho porta a porta em cada D.S.
	Criar, anualmente, um concurso sobre mobilização da sociedade no combate à dengue, no período de 2010 a 2012.	Número de concursos realizados sobre mobilização da sociedade no combate a dengue.
Intermediar as relações da SMSA com a imprensa (jornais, rádios e TVs), zelando pela imagem institucional do órgão e promovendo adequada divulgação das	Elaborar <i>Clipping</i> diário das notícias e relatório com avaliação do conteúdo por cada gerência ou área temática, no período de 2010 a 2012.	<i>Clipping</i> diário das notícias e relatório com avaliação do conteúdo por cada gerência ou área temática elaborado.

informações jornalísticas de interesse público.	Diminuir o tempo de resposta dos gestores da SMSA às demandas da imprensa, de 24 para 12 horas, até 2011.	Tempo médio de resposta dos gestores da SMSA às demandas da imprensa.
	Possibilitar maior alcance das informações divulgadas pela SMSA junto aos internautas das mais diversas redes sociais, por meio de monitoramento diário de número de <i>posts</i> realizados diariamente, no período de 2010 a 2012.	Monitoramento do número de <i>posts</i> realizado diariamente.
	Publicar mensalmente um número do jornal da SMSA, no período de 2010 a 2012, totalizando 36 edições.	Número de edições de jornal da SMSA.
	Realizar um diagnóstico diário do número e do conteúdo das reportagens sobre a SMSA divulgadas pela imprensa, no período de 2010 a 2012.	<i>Clipping</i> diário das notícias e relatório com avaliação do conteúdo por cada gerência ou área temática realizado.

Trabalhar o processo de planejamento como instrumento organizador da gestão, visando à eficiência, transparência e o sucesso das ações produzidas.	Realizar 12 eventos, anualmente, com visibilidade municipal, de forma organizada e planejada para os diversos setores da SMSA, no período de 2010 a 2012.	Número de eventos com visibilidade municipal, de forma organizada e planejada para os diversos setores da SMSA realizados.
	Realizar 12 eventos, anualmente, conforme as normas de execução, de forma organizada e planejada para os diversos setores da SMSA, no período de 2010 a 2012.	Número de eventos, solicitados pelas gerências da SMSA, realizados.
	Realizar 12 eventos, anualmente, de comunicação interna e valorização do servidor, de forma organizada e planejada para os diversos setores da SMSA, no período de 2010 a 2012.	Número de eventos internos realizados com iniciativa da GCSO.
Criar e aprovar peças gráficas e <i>layouts</i> de <i>web</i> para divulgar atos e ações dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde.	Criar sistema via <i>web</i> de consultas e arquivos de material gráfico produzido pela Produção Visual – GCSO, até o final de 2010.	Sistema via <i>web</i> de consulta de peças gráficas em funcionamento.

	Padronizar a comunicação na PBH, com a aprovação da ASCOM, e zelar pela correta utilização da marca institucional da Prefeitura, até final de 2010.	Relatório da GCSO com número de peças avaliadas realizado.
	Orientar anualmente os setores sobre a coerência necessária entre a quantidade de impressões solicitada e o público alvo que deseja atingir no momento da elaboração do plano de distribuição encaminhado pelas diversas Gerências da SMSA, no período de 2010 a 2012.	Orientação anual sobre o plano de distribuição encaminhado pelas diversas gerências.
QUARTA DIRETRIZ	Produção, processamento, qualificação, disseminação, acessibilidade e utilização das informações em saúde.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Definir o elenco de indicadores traçadores e eventos sentinelas para viabilizar o monitoramento do estado de saúde das populações dos Territórios de Saúde, englobando todas as áreas de atuação.	Implementar metodologia e tecnologia de informação necessária ao monitoramento do estado de saúde das populações dos Territórios de Saúde, até	Metodologia e tecnologia de informação implementada.

	dezembro de 2010.	
Elaborar e disponibilizar relatórios (gerenciais, epidemiológicos, dentre outros) amigáveis, de fácil compreensão, com níveis adequados de agregação.	Definir relatórios e melhorar extrator de dados até dezembro de 2010.	Relatórios gerenciais e epidemiológicos readequados e disponibilizados.
	Testar e incorporar nova solução de tecnologia de informação para os relatórios até dezembro de 2011.	
	Consolidar DW e BI até dezembro de 2012, com a implementação de 80% das ferramentas.	
Estruturar condições indispensáveis para acesso, validação, análise e utilização dos sistemas de informação em saúde.	Estruturar condições indispensáveis para acesso, validação, análise e utilização dos sistemas de informação em saúde, de janeiro de 2010 a dezembro de 2013.	Estrutura com condições indispensáveis para acesso, validação, análise e utilização dos sistemas de informação em saúde implantada.

Viabilizar e fomentar acesso aos dados e informações oficiais e atualizadas do SUS-BH no site da PBH/SMSA.	Viabilizar e fomentar acesso aos dados e informações oficiais e atualizadas do SUS-BH no site da PBH/SMSA, de janeiro de 2010 a dezembro de 2013.	Site da PBH/SMSA readequado.
QUINTA DIRETRIZ	Incremento do uso e a abrangência dos processos de incorporação da Tecnologia de Informação em Saúde no SUS-BH visando o acesso oportuno e seguro a um conjunto de bases de dados qualificados.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Elaborar, aprovar e divulgar a Política Municipal e o Plano Diretor de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde do SUS-BH.	Aprovar Política Municipal e o Plano Diretor de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde do SUS-BH até dezembro de 2010.	Política Municipal e o Plano Diretor de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde do SUS-BH aprovados.
Implementar Banco de Dados Único.	Implementar Banco de Dados Único até dezembro de 2013.	Percentual de implantação do Banco de Dados Único

Concluir a implantação do atual Sistema de Informação Saúde em Rede, viabilizando sua integração com outros sistemas de informação.	Realizar 1ª Fase da Integração de Bases Cadastrais - SIGBASES - com o objetivo de integrar o atual Sistema de Informação Saúde em Rede ao SISREG até dezembro de 2010.	1ª Fase da Integração Bases Cadastrais concluída.
Implementar o uso do Cartão Nacional de Saúde na Rede BH-SUS.	Implementar Sistema de Gestão do Cadastro de Usuários, até dezembro de 2010.	Sistema de Gestão do Cadastro de Usuários Implementado
Aprimorar o SISREDE: alinhamento conceitual (funcionalidades) e tecnológico (novas tecnologias), visando melhor desempenho (velocidade), segurança e acessibilidade.	Implantar a solução SISREDE MOVEL para 100% das Unidades Básicas de Saúde até dezembro de 2013.	Solução SISREDE MOVEL implantada
	Aprimorar o SISREDE por meio do alinhamento conceitual e tecnológico.	Percentual de estabelecimentos de saúde com o SISREDE implantado e atualizado.
Expandir o BH TELESSAÚDE com a incorporação de novas tecnologias.	Aumentar em 50% a cobertura das teleconsultorias na rede SUS-BH, até dezembro de 2010.	Percentual de cobertura das teleconsultorias na rede SUS-BH

	Ampliar para 100% o acesso aos laudos de ECG à distância na rede SUS-BH, até dezembro de 2010.	Percentual de acesso aos laudos de ECG à distância.
Implementar o Comitê Gestor da Informação em Saúde do SUS/BH, visando a operacionalização da Política Municipal e do Plano Diretor de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde.	Implementar o Comitê Gestor da Informação em Saúde do SUS/BH, visando a operacionalização da Política Municipal e do Plano Diretor de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde, até julho de 2010.	Comitê Gestor da Informação em Saúde do SUS/BH implantado.
SEXTA DIRETRIZ	Provimento de infraestrutura adequada que possibilite o gerenciamento administrativo da rede com eficácia e eficiência	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Promover condições de transporte de trabalhadores da saúde e de insumos nas unidades de saúde, de modo a atender às demandas existentes.	Contratar empresa de transporte para prestar serviços de transportes da rede e insumos, até junho de 2010.	Empresa de transporte contratada.

<p>Prover o suprimento de materiais e equipamentos de acordo com programação prévia.</p>	<p>Otimizar a programação anual de aquisição de materiais e equipamentos com avaliações trimestrais, a partir de julho de 2010.</p>	<p>Programação anual de aquisição de materiais e equipamentos com avaliações trimestrais realizadas.</p>
<p>Promover a implementação das adequações físicas identificadas, considerando ambiência necessária à humanização do atendimento.</p>	<p>Acompanhar, mensalmente, o cronograma de manutenção e adequação das áreas físicas das unidades de saúde.</p>	<p>Cronograma de manutenção e adequação das áreas físicas das unidades de saúde cumprido.</p>
<p>Definir de forma clara as responsabilidades de cada nível no processo de compra de insumos e de manutenção das unidades de saúde.</p>	<p>Implantar processo de compra de insumos e manutenção predial, até dezembro de 2010.</p>	<p>Processo de compra de insumos e manutenção predial implantado.</p>

3.3.2 Atenção Primária: Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, onde se coordenam os fluxos e os contra-fluxos dos serviços de saúde. Pretende-se que a APS seja capaz de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância e seja o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Além disso, a rede de atenção à saúde deve ser dirigida por valores de dignidade, solidariedade e ética profissional, ser centrada nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade pela própria saúde.

Dessa forma, a APS tem como objetivo geral: coordenar um conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, dirigidas a populações de territórios definidos, envolvendo a promoção, prevenção, vigilância da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Em conformidade com o objetivo geral foram definidas cinco diretrizes que se desdobram em objetivos específicos e metas.

A primeira diretriz é o Plano de Expansão da Rede de Atenção Primária à Saúde, que busca construir o Plano de Ação de Modernização dos Centros de Saúde, a partir da definição de um modelo de ambiência que contemple o projeto assistencial para a Atenção Primária em Saúde.

O fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, como eixo estruturador da rede de atenção à saúde, é a segunda diretriz do Eixo da Atenção Primária. Para esse fortalecimento é necessário um conjunto de ações que propiciem de fato o papel articulador e coordenador da APS, integrando os pontos da rede de atenção do SUS-BH, com a atenção especializada, a rede de Urgência e Hospitalar.

Essa articulação implica que as unidades de atenção primária devem realizar arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde previstos no sistema, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro do mesmo espaço físico. Isto inclui o encaminhamento para

outros pontos da rede (serviços secundários, terciários), onde devem ocorrer o manejo transitório e/ou definitivo de problemas específicos.

Essa coordenação exige algum tipo de continuidade, seja por meio do contato entre médicos, do registro da história clínica em comum ou por ambos, assim como a identificação de problemas que são abordados em outros serviços e a integração deste cuidado com o cuidado geral do paciente. Buscase, também, a implementação da política de atenção aos usuários de álcool e drogas no município, potencializando e qualificando as ações da saúde mental, historicamente vitoriosa no município de Belo Horizonte; a reorganização da assistência farmacêutica; a promoção da integralidade da atenção à saúde bucal; o fortalecimento do papel do ACS, enquanto agente permanente de vigilância em saúde da população, interlocutor entre a comunidade e a ESF. Essa diretriz contempla, ainda: o Programa Bolsa-Família, o Programa BH-Cidadania, o Programa Posso Ajudar?, o Programa Saúde na Escola, a Política de Igualdade Racial, a atenção às vítimas de violência e a rediscussão da função assistencial e o relacionamento dos profissionais de apoio (pediatras, ginecologistas) e da atenção especializada com as Equipes de Saúde da Família.

A terceira diretriz do Eixo da Atenção Primária está relacionada à busca do equilíbrio entre as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde e do atendimento a pacientes agudos e crônicos nas UBS. As ações de promoção à saúde e prevenção primária são destinadas a toda população do território. A população em risco e com doença estabelecida são alvos da prevenção secundária e diagnóstico precoce. As ações assistenciais e de prevenção terciária são direcionadas para os indivíduos com doença estabelecida. A partir de uma população cadastrada em determinado território, é possível quantificar e prever as ações para seus indivíduos e planejar as ações, inclusive assistenciais. Associando a essa programação os dados epidemiológicos, a prevalência e incidência das doenças na população, é possível programar o número necessário de atendimentos a pacientes com doenças crônicas estabelecidas. A abordagem dos pacientes crônicos é um desafio tecnológico a ser enfrentado pelo SUS-BH, considerando que as duas primeiras causas de óbitos estão relacionadas a patologias crônicas, (Doenças Cardiovasculares e

Neoplasias), quanto pela forma tradicional de construção dos projetos terapêuticos dos pacientes.

Por outro lado, a abordagem aos pacientes agudos pelas UBS precisa ser reestudada. Para tanto, é preciso aprofundar a discussão sobre o “acolhimento”, que ocorre de forma heterogênea na rede e se configura, em algumas situações, como uma causa de descontentamento das ESF e também da população. Entende-se que a concepção de “porta aberta” e “dispositivo humanizador” é uma conquista importante dos últimos anos e deve ser mantida. Entretanto, uma nova forma de organização do acesso à UBS é necessária, permitindo um novo processo de trabalho que consiga ao mesmo tempo: lidar com a “demanda não programada” identificando os casos prioritários, do ponto de vista clínico e sob a ótica da “Classificação de Risco”; “acolher” e escutar com uma postura humanizadora as demandas pouco estruturadas, não diretamente associadas a quadros clínicos, mas reais e concretas, sob o ponto de vista dos usuários das UBS.

Esse é o grande desafio: reestruturar a agenda das Equipes de Saúde da Família buscando equilíbrio entre as ações de promoção, prevenção ou assistencial e atenção aos pacientes agudos e crônicos nas UBS. As Oficinas de Qualificação da Atenção Primária, iniciadas em outubro de 2009, buscam responder a esse desafio.

A quarta diretriz refere-se à incorporação de tecnologia da informação pela APS, otimizando sua utilização. Essa diretriz se relaciona fortemente com as quarta e quinta diretrizes do primeiro eixo desse plano: o da Gestão e Regionalização da Saúde, anteriormente descritas. O uso dessa tecnologia na geração e utilização da informação em saúde pelas equipes, é de suma importância, seja no trato cotidiano com o prontuário eletrônico e Eletrocardiograma (ECG) digital, seja no uso de indicadores para monitoramento e acompanhamento da população adscrita. Contempla a qualificação da informação em saúde produzida pelos Centros de Saúde, garantindo a infraestrutura de informática necessária e estimulando a utilização pelos profissionais de saúde dos recursos disponíveis no Prontuário Eletrônico, e ainda, a intensificação da utilização dos recursos da Telessaúde: Teleconsultoria e Videoconferência.

O uso qualificado da informação atende também à quinta diretriz do Planejamento da Atenção Primária em Belo Horizonte, que busca a integração das atividades de atenção às práticas de Vigilância em Saúde. Essa diretriz está baseada na construção dos Grupos de Trabalho (GT) para Monitoramento do Estado de Saúde do Território apresentada no primeiro eixo do Plano Macro-Estratégico da SMSA - Gestão e Regionalização da Saúde: Distritos Sanitários.

Quadro 5

EIXO 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA: SAÚDE DA FAMÍLIA		
OBJETIVO GERAL	Coordenar um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, dirigido à população de territórios definidos, envolvendo a promoção, prevenção, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação.	
PRIMEIRA DIRETRIZ	Plano de Expansão da Rede de Atenção Primária à Saúde.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Modernizar e ampliar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.	Padronizar horário mínimo de funcionamento, comum a todos os serviços da rede, até julho de 2011.	Horário mínimo de funcionamento, comum a todos os serviços da rede, padronizado.
	Construir cinco centros de saúde em 2010, cinco em 2011 e cinco em 2012.	Número de Centros de Saúde construídos.

	Viabilizar recursos para construção de sedes adequadas para dois Centros de Convivência, até dez./2013.	Percentual de pacientes atendidos nos Centros de Convivência.
	Viabilizar recursos para estruturação de espaço cultural para a Saúde Mental, onde estariam o acervo cultural e espaço para geração de renda e articulação com a rede de formação e qualificação de mão-de-obra, até dez./2013.	Espaço cultural para a Saúde Mental estruturado.
	Estabelecer parâmetros objetivos de equipamentos, considerando o processo assistencial da APS e a vida útil dos equipamentos, até junho de 2011.	Parâmetros parâmetros objetivos de equipamentos considerando o processo assistencial da APS estabelecidos.
	Definir as atribuições das equipes dos NASF enquanto apoio matricial às ESF, até dezembro de 2010.	Atribuições das equipes dos NASF definidas.

Ampliar número de NASF (Núcleos de Apoio às ESF).	Ampliar o número de NASF's para alcançar relação de um NASF para no máximo duas UBS, até dezembro de 2012, respeitando as especificidades locais.	Número de NASF implantado.
Ampliar número de CREAB's e reestruturar os CREAB's existentes.	Redimensionar os CREAB's existentes de forma a garantir assistência de qualidade aos usuários de 3 para 5 unidades, até dezembro de 2012.	Número de CREABs em funcionamento.
	Implantar um CREAB no Distrito Barreiro e um CREAB no Distrito Venda Nova, até 2012.	Número de CREAB implantado.
Incrementar a incorporação de tecnologia da informação pela APS, otimizando sua utilização.	Disponibilizar aparelhos de eletrocardiograma digital (ECG) para todas as UBS, gradativamente, respeitando prioridades, até dezembro de 2012.	Percentual de UBS com ECG em funcionamento.
Ampliar o número de ESF, garantindo a melhora progressiva na relação entre	Implantar 30 ESF, até dezembro de 2012.	Número de novas Equipes de Saúde da Família implantadas.

ESF e ESB ou ESM.	Ampliar o número de equipes de ESM de acordo com o número de ESF existentes, até dezembro de 2012.	Número de equipes de ESM implantadas.
	Implantar 71 ESB-modalidade II: 31 em 2010; 20 em 2011; 20 em 2012. (A ampliação está direcionada para as unidades e distritos menos favorecidos na relação entre ESF e ESB).	Número de ESB implantadas.
SEGUNDA DIRETRIZ	Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturador da rede de atenção à saúde	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Implementar a Política de Saúde Mental e de atenção aos usuários de álcool e drogas no município.	Implantar um CERSAM (N) e sete CERSAM's AD até 12/ 2012: dois em 2010, três em 2011 e três em 2012.	Número de Centros de Atenção Psicossocial / Referência em Saúde Mental implantados.

Potencializar, qualificar e implantar as ações de matriciamento da saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, NASF, saúde do idoso, saúde do adulto, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva.	Implementar as ações de matriciamento em 100% dos Centros de Saúde, ampliando o acesso à Saúde Mental até final de 2012.	Percentual dos C.S. com acesso ampliado à Saúde Mental.
	Implementar as ações de matriciamento em 100% dos Centros de Saúde, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde da mulher, saúde da criança, NASF, saúde do idoso, saúde do adulto, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva, até final de 2012.	Percentual de C.S. com matriciamento implantado.
Garantir a recepção qualificada e humanizada para as unidades de saúde através da ampliação do projeto "Posso Ajudar?".	Implantar o "Posso Ajudar?" - Amigos da Saúde em 185 unidades de saúde até 12/2012: 100 em 2010 e 85 até 8/2012.	Número de unidades de saúde com o Programa "Posso Ajudar?" implantado.
Rediscutir a função assistencial e o matriciamento dos médicos da rede complementar.	Aumentar em 20% (valor 2009) a utilização dos diversos instrumentos de interlocução entre os médicos da atenção primária e rede complementar até 12/2011: reuniões presenciais.	Percentual de aumento de reuniões presenciais e de teleconferências.

	Teleconferências. (Dados de 2009: reuniões entre especialistas e médicos da APS – 61; teleconsultorias – 181). (META COMPARTILHADA COM REDE COMPLEMENTAR E GTIS)	
Fazer ações de vigilância em saúde no que tange às condicionalidades da saúde e necessidade de proteção para as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.	Aumentar o percentual de acompanhamento das famílias cadastradas no programa Bolsa Família: 84% em 2011; 85% 2012; 86% 2013.	Percentual de famílias com necessidades de proteção discutidas no Núcleo Interssetorial Regional (NIR) dos DS. Percentual de famílias com perfil de saúde beneficiárias, acompanhadas pela Atenção Primária.
Executar nas áreas do Programa BH-Cidadania as ações inerentes ao setor Saúde pactuadas no Plano de Ação Local.	Executar em 100% das áreas do BH Cidadania as ações do setor Saúde pactuadas no plano de ação local.	Percentual das áreas trabalhadas no BH-Cidadania.
Implementar as ações referentes à política de promoção da Igualdade Racial inerentes ao setor Saúde.	Implantar as ações relacionadas à saúde da população negra até dez./2013 em consonância com o Plano Municipal de Promoção da Igualdade Racial.	Ações relacionadas à saúde da população negra implantadas.
Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que	Implantar o projeto de Assistência à Saúde da População Adulta Privada de Liberdade, em	Projeto de Assistência à Saúde da População Adulta Privada de Liberdade implantado.

acometem a população adulta privada de liberdade.	parceria com a Secretaria de Estado de Defesa Social-MG até dez./2012.	
Ampliar o Programa Saúde na Escola, para toda a rede municipal de ensino fundamental (6 a 14 anos).	Ofertar 30 consultas por semana útil (ver número anual de consultas) em cada unidade básica de saúde, para atendimento dos alunos da rede municipal de ensino, até 2013.	Número de consultas ofertadas/ano na rede de ensino municipal.
Otimizar o fluxo de atenção às vítimas de violência, possibilitando um atendimento qualificado e humanizado pelos profissionais das UBS's.	Realizar 18 reuniões/ano para monitoramento do fluxo de atenção às vítimas de violência, duas reuniões por DS, até dez./2013.	Número de reuniões realizadas/ano.
PERCEIRA DIRETRIZ	Equilibrar a oferta de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, assim como o atendimento a pacientes portadores de eventos crônicos e agudos nas UBS's.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Ampliar o acesso da população às ações de atenção primária à saúde.	Realizar as oficinas de Qualificação da Atenção Primária, em todos os Centros de Saúde, até mar./ 2011.	Oficinas realizadas.
	Implantar o Projeto de Qualificação da Assistência ao Portador de Doença Crônica, até 12/2010.	Projeto de Qualificação da Assistência ao Portador de Doença Crônica implantado.

	<p>Implantar o Protocolo Clínico-Assistencial de Diabetes, reforçar a divulgação e o uso do Protocolo Clínico-Assistencial de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular, até dez./2010.</p>	<p>Protocolo Clínico-Assistencial de Diabetes implantado.</p>
	<p>Implantar a Política de Promoção da Saúde, até 12/ 2012.</p>	<p>Política de Promoção da Saúde implantada.</p>
	<p>Implantar no cronograma de imunização a vacina contra Influenza para menores de um ano, a partir de 2010.</p>	<p>Vacina acrescentada ao cronograma de imunização de menores de um ano.</p>
	<p>Capacitar seis mil cuidadores de idosos, até dez./2011.</p>	<p>Nº de cuidadores de idosos capacitados.</p>
	<p>Ampliar o transporte sanitário: um veículo para os idosos institucionalizados, até dez./2010; 10 veículos para os demais idosos, até dez./2011.</p>	<p>Transporte sanitário ampliado.</p>
	<p>Implantar protocolo de Detecção Precoce de Neoplasias, até dez./2011. (META COMPARTILHADA COM REDE COMPLEMENTAR).</p>	

	Implantar 48 academias da cidade, até agosto 2012.	Número de academias da cidade em funcionamento. (PPAG)
Ampliar o acesso da população às ações de atenção primária à saúde.	Ampliar o acesso da população às primeiras consultas odontológicas, totalizando 100 mil (2010); 110 mil (2011); 120 mil (2012); 130 mil (2013).	Número de primeiras consultas odontológicas realizadas. (PPAG)
	Realizar ações de Atenção à Saúde da Criança e do adolescente, totalizando 510 mil (2010); 515 mil (2011); 520 mil (2012); 525 mil (2013).	Número de ações de Atenção à Criança e Adolescente realizadas (PPAG)
	Realizar ações de Atenção à DST/AIDS (eventos) totalizando 35 (2010); 35 (2011); 35 (2012); 35 (2013).	Número de eventos de Atenção à DST-AIDS realizados. (PPAG)
	Realizar ações de Atenção à Saúde da Mulher totalizando: 434.043 (2010); 438.383 (2011); 442.767 (2012); 447.195 (2013).	Número de ações à Saúde da Mulher realizadas. (PPAG)
	Realizar ações de Atenção à Saúde Mental totalizando 118 mil (2010); 118 mil (2011); 118 mil (2012); 118 mil (2013).	Número de ações de Atenção à Saúde Mental realizadas. (PPAG)

	Realizar ações de Atenção à Saúde do Adulto, totalizando: 700 mil (2010); 700 mil (2011); 700 mil (2012); 700 mil (2013).	Número de ações de Atenção ao Adulto realizado (PPAG) .
	Realizar ações de Atenção ao Idoso, totalizando: 280 mil (2010); 280 mil (2011); 280 mil (2012); 280 mil (2013).	Número de ações de Atenção à Saúde do Idoso realizado. (PPAG) .
Reduzir a mortalidade infantil, fetal e materna.	Implantar plano para diminuição da mortalidade infantil, fetal e materna, até dez/2010.	<p>Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigada (10 a 49 anos) (PACTO)</p> <p>Proporção de óbitos não fetais informada ao SIM , com causas básicas definidas. (PACTO)</p> <p>Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. (PACTO)</p> <p>Taxa de mortalidade Infantil Pós-Neonatal (número de óbitos entre 28 dias e um ano de vida) "por 1000" : 3,40/2010; 3,35/2011.(PACTO)</p> <p>Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal "por 1000": 7,90/2010; 7,85/2011.(PACTO)</p>

		Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos crianças até um ano de idade) "por 1000":11,30/2010;11,20/2011. (PACTO)
Garantir assistência integral a população de adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória.	Implantar o Plano de Ação Municipal de Assistência Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em parceria com a Secretaria de Estado de Defesa Social-MG e Secretaria Estadual de Saúde, até dez./2012.	Plano de ação Municipal de Assistência Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei implantado
Qualificar a atenção integral à saúde da mulher.	Implantar projeto para qualificação da atenção integral à saúde da mulher, até 12/2011.	Projeto para qualificação da atenção integral à saúde da mulher implantado.
QUARTA DIRETRIZ	A Tecnologia da Informação e sua importância no trabalho com a informação de saúde com qualidade, oportunidade, e integradora dos sistemas de informação disponíveis.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Estimular a utilização pelos profissionais de saúde dos recursos disponíveis no Prontuário Eletrônico, para a qualificação da informação gerada e o uso das informações disponíveis para a vigilância da saúde da população.	Realizar capacitações de modo a ter 100% dos profissionais que alimentam o prontuário capacitados até dez./2010. (META COMPARTILHADA COM GTIS E CES).	Percentual de profissionais de saúde capacitados na utilização do Prontuário Eletrônico/At. Primária.

QUINTA DIRETRIZ	Integrar à Atenção Primária, práticas de Vigilância em Saúde.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Implantar o monitoramento do estado de saúde da população de BH.	Definir e implantar Grupo Técnico de Monitoramento da saúde da população de BH 12/2012 (Meta compartilhada com o eixo Regionalização).	Grupo Técnico para diagnóstico e acompanhamento das ações de vigilância e atenção à população, implantado.
Garantir a disponibilização de dados, de maneira ágil, para subsidiar as ações das ESF.	Aprimorar a ferramenta de extração de dados, até dez./2010. (META COMPARTILHADA COM A GTIS).	Ferramenta de extração de dados aprimorada.
	Capacitar 100% dos profissionais para o uso das informações informatizadas, até dez./2012. (META COMPARTILHADA COM O CES).	Percentual de profissionais capacitados para uso das informações informatizadas.

3.3.3 Rede Complementar, Urgência, Hospitalar e Apoio à Assistência

Considerando a Atenção Primária como eixo estruturador da Rede de Atenção do SUS-BH, faz-se necessário construir modelos articulados e integrados de atenção, organizados por uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que prestam assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação “fluida”, com a adoção de elementos que permitam o entrelaçamento de ações e processos.

Para tanto, pretende-se atender aos atributos essenciais das redes de atenção à saúde, descritos pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) da seguinte forma: população definida e amplo conhecimento de sua necessidade e preferências de saúde, as quais determinam a oferta dos serviços de saúde; oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, que incluem os serviços de atenção à saúde, as políticas de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento oportuno, reabilitação e cuidados paliativos, dentro de uma mesma diretriz organizacional; uma atenção primária que atue de fato como porta preferencial do sistema e que integra e coordena as ações do cuidado e que seja capaz de resolver a maioria das demandas da população; a oferta de serviços complementares em locais mais apropriados para a população, o que se dá preferentemente em ambientes extra-hospitalares; a existência de mecanismos de coordenação ou regulação assistencial em todo o processo contínuo de atenção dentro da rede de atenção à saúde ; o cuidado em saúde centrado no indivíduo, na família e no território de saúde.

Quanto à gestão dessa rede os principais atributos apontados pela OPAS são: um sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção à saúde; a gestão integrada das questões administrativas e de apoio à assistência; os recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o Sistema de Saúde; um sistema de informação integrado capaz de vincular todos os componentes da rede de atenção à saúde; o financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema de saúde e uma ação intersetorial ampla.

Com essa rede, em construção, ainda existem desafios na articulação dos diferentes pontos e/ou equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente de forma equânime. Persistem lacunas no acesso aos serviços de saúde, o que gera tanto quanto a necessidade de construção de novas unidades especializadas, quanto ao aprofundamento do processo de regulação e trabalho das equipes de saúde.

Esse desafio é ainda maior, quando se reporta ao processo de formação da RMBH que gerou grandes problemas sociais para Belo Horizonte, dentre eles, a relação dos 39 municípios da Gerência Regional de Saúde de BH com os serviços de saúde domiciliados na capital, que configuraram ao longo do tempo uma “Região Hospitalar” na capital. É natural que a capital polarize os procedimentos de maior complexidade e atue como referência para os municípios no entorno, entretanto é necessária a estruturação de serviços que garanta a resolubilidade nas microrregiões, de forma a não sobrecarregar os serviços de Belo Horizonte.

Frente a esse cenário estruturou-se o Eixo Rede Complementar, de Urgência e Hospitalar para o SUS-BH, bem como, o Apoio à Rede de Assistência. Esse eixo possui quatro objetivos: subsidiar a Atenção Primária em consultas especializadas, exames complementares e procedimentos terapêuticos; avançar no processo de regulação com garantia de qualidade e ampliação de acesso; organizar a rede assistencial hospitalar e de urgência por meio da pactuação entre os diferentes pontos de atenção à saúde e da ampliação da oferta de leitos e serviços para atendimento; estruturar os serviços de apoio, quais sejam lavanderia, centrais de esterilização de materiais, engenharia clínica e farmácias (manipulação e distritais) para suprir todas as unidades de saúde em nível de excelência e com menor custo.

3.3.3.1 Hospital Metropolitano

Visando enfrentar o problema da insuficiência de leitos hospitalares na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a principal proposta da nova gestão da PBH é a construção de um novo hospital, o Hospital Metropolitano. A implantação do Hospital Metropolitano é um dos Projetos Sustentadores do

Programa BH Metas e Resultados, dentro da área de resultado Cidade Saudável. O Hospital terá 240 leitos, com capacidade de expansão para 480 leitos. A nova unidade realizará serviços de atendimento de urgências e emergências, internações em clínicas médica e cirúrgica, em todos os níveis de complexidade, excetuando os neurotraumas e queimados, durante 24 horas, todos os dias da semana. A previsão é que o Hospital Metropolitano realize cerca de 500 atendimentos ao dia, 1.050 internações ao mês e 48 cirurgias por dia. A implantação do hospital permitirá um atendimento de urgência em Belo Horizonte mais rápido e com maior qualidade, especialmente para os usuários dos Distritos Sanitários Barreiro e Oeste.

A obra de construção do Hospital Metropolitano tem previsão para ser iniciada em junho de 2010 e concluída no primeiro semestre de 2012. A unidade vai ser construída em um terreno de 12,5 mil metros quadrados, na rua Dona Luiza, 311, no Distrito Sanitário Barreiro. O hospital será inovador também do ponto de vista ambiental, com um sistema que garantirá menor consumo de energia, aproveitamento e captação de luz solar, além do aproveitamento da água.

EIXO 3: Rede Complementar, Urgência, Hospitalar e Apoio à Assistência

OBJETIVO GERAL Subsidiar a Atenção Primária em consultas especializadas, exames complementares e procedimentos terapêuticos

1

PRIMEIRA DIRETRIZ Regionalização e Integração da Rede Complementar à APS.

Objetivo Específico	Meta	Indicador
Instrumentalizar a Atenção Primária em Saúde (APS) para favorecer a integração e coordenação da Rede Complementar e contribuir para a qualificação e integralidade do cuidado na APS.	Realizar 15 reuniões para discussão sobre o modelo centrado na APS com todas as unidades especializadas até dez 2010.	Número de reuniões realizadas com trabalhadores das unidades especializadas.
	Disponibilizar 6 relatórios/ano de oferta e fila de consultas e exames especializados.	Nº relatórios/ano de oferta e fila de espera para consultas e exames especializados disponibilizados
	Implantar plano de ação de integração dos CEM com UBS até agosto de 2010.	Plano de ação de integração dos CEM com UBS implantado

	Concluir o processo de informatização da saúde bucal, até dez./2011.	Processo de informatização da saúde bucal concluído.
	Implantar 01 Centro de Referência em Prótese Odontológica nas dependências do C.S. Waldomiro Lobo, até dez./2010.(convênio com a PUC Minas)	Centro de Referência em Prótese Odontológica implantado.
	Ofertar curso de especialização para mais 100 cirurgiões dentistas da rede básica, até dez./2013.	Curso de especialização para cirurgiões dentistas concluído.
	Realizar curso de aperfeiçoamento para auxiliares e técnicos de saúde bucal, até dez./2011.	curso de aperfeiçoamento para ASB e TSB realizado.
	Definir e implantar mecanismos que viabilizem o retorno da informação do especialista para APS até dez 2012	Mecanismos para retorno das informações implantados.

<p>Rediscutir a função assistencial e o matriciamento dos médicos da rede complementar.</p>	<p>Aumentar em 20%(valor 2009) a utilização dos diversos instrumentos de interlocução entre os médicos da atenção primária e rede complementar até 12/2011: reuniões presenciais Teleconferências. (META COMPARTILHADA COM A GEAS E GTIS).</p>	<p>Percentual de aumento de reuniões presenciais. Percentual de teleconferências. Dados 2009: reuniões entre especialistas e médicos da APS-61;teleconsultorias-181.</p>
<p>Rever e disponibilizar fluxos de acesso à rede especializada e de apoio diagnóstico claros, atualizados, pactuados, publicizados e acessíveis.</p>	<p>Rever fluxos e disponibilizá-los até 12/2010.</p>	<p>Fluxos atualizados e disponibilizados na intranet</p>
<p>Reavaliar estratégia de marcação de retornos de consultas especializadas por meio de grupo de trabalho para elaboração de propostas.</p>	<p>Elaborar proposta de retorno da informação do especialista para a APS, até 06/2010.</p>	<p>Proposta elaborada para marcação de retornos de consultas especializadas</p>
<p>Ampliar a descentralização da oferta de consultas especializadas e exames segundo perfil epidemiológico, respeitando economia de escala e</p>	<p>Implantar plano de regionalização/referenciamento de outras consultas e exames especializados selecionados até</p>	<p>Plano de regionalização/referenciamento de outras consultas e exames especializados implantado.</p>

acesso geográfico. Finalizar implantação dos CEM.	jul/2011.	
Ofertar consultas especializadas em quantidade e com qualidade adequada.	Reduzir tempo de espera para consulta especializada: 52% em 30 dias (2010); 55% (2011); 58% (2012); 60% (2013).	Rede assistencial (consulta especializada) - Percentual de redução do tempo de espera à consulta especializada – (PPAG)
	Reduzir em 7% o absenteísmo das consultas especializadas em 2010, tendo como referência 2008.	Percentual de redução do absenteísmo das consultas especializadas.
Reduzir tempo de espera de consultas e exames especializados com demanda reprimida (urologia, neurologia, proctologia, angiologia,odontologia especializada, endodontia, cardiologia, oftalmologia, ultrassom, teste ergométrico,endoscopia DA, fibronasolaringoscopia, ecocardiograma,etc.).	Reduzir prazo médio para agendamento em 20% até dez 2012. Referência março 2009.	Percentual de redução do prazo médio para agendamento das consultas e exames especializados selecionados
	Ofertar consultas especialidades odontológicas: 30.976 (2010); 31.130(2011); 31.290(2012); 31.450(2013).	Rede assistencial-consulta odontológica - Número de consultas realizadas em especialidades odontológicas – (PPAG)

Qualificar a estrutura e processos de trabalho nos laboratórios da rede.	Aprimorar e agilizar a disponibilização dos resultados de exames de patologia clínica tendo 70 % dos exames disponibilizados em até 48 horas, até mar de 2010; 85% em dez de 2011 e 90% dez. 2013.	Rede assistencial (exames de patologia clínica) - Número de exames de patologia clínica realizados em tempo oportuno (PPAG).
Qualificar a estrutura e processos de trabalho nos laboratórios da rede.	Implantar projeto de qualificação da estrutura e dos processos de trabalho dos postos de coleta nos Centros de Saúde até 12/2010	Projeto de qualificação da coleta implantado.
	Realizar supervisão de 25% dos postos de coleta e da impressão dos resultados, em 25% das unidades, até agos./2010, 50% até março 2011, 100% até dez 2012.	Supervisão dos postos de coleta e da impressão dos resultados realizada.
	Implantar projeto de qualificação dos laboratórios da rede, até 12/2011.	Projeto de qualificação dos laboratórios implantado.

	Definir metodologia e avaliar possibilidade de implantação de certificação até 10/2010.	Metodologia de certificação definida e avaliação feita.
Definir e implantar fluxo para exames de urgência em patologia clínica.	Implantar fluxos para exames de urgência em patologia clínica até 10/2010.	Fluxo para exames de urgência em patologia clínica implantado.
OBJETIVO GERAL 2	Avançar no processo de regulação com garantia de qualidade e ampliação de acesso.	
PRIMEIRA DIRETRIZ	Projeto de Cirurgia Eletiva.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Ampliar o acesso à cirurgia eletiva com segurança e qualidade assistencial.	Realizar 162 mil cirurgias eletivas, organizando o fluxo e atendendo 70% da fila de espera e 30% das novas solicitações, até dez./2012. (cerca de 54 mil cirurgias/ano.)	Número de cirurgias realizada
SEGUNDA DIRETRIZ	Revisão dos contratos globais dos vinte e três hospitais	
Objetivo Específico	Meta	Indicador

Revisar as metas físicas e financeira dos convenios e contratos dos estabelecimentos prestadores de assistencia hospitalar no SUS BH, com responsabilização contratual objetivando qualificar os processos de trabalho.	Realizar a revisão de 100% dos contratos globais até dez de 2010	Percentual de contratos globais revisados.
	Construir mecanismos regulatórios mais efetivos para acompanhamento das metas físicas e de qualidade, até dez./2011.	Processo de trabalho dos gestores de contrato redefinido.
	Revisar texto jurídico do contrato com vista à penalização pelo descumprimento das premissas contratuais, até dez./2010.	Contrato reviso
	Substituir convênios por contratos de prestação de serviços, até dez./2011.	Convenios substituidos
Discutir convênio com a Clínica Serra Verde	Firmar convênio com a Clínica Serra Verde, até dez./2012. (Meta compartilhada com a GEAS).	Convênio viabilizado.
ERCEIRA DIRETRIZ	Visita Ampliada	
Objetivo Específico	Meta	Indicador

Implantar a Visita Aberta em 100% dos Hospitais da rede SUS/BH.	Ampliar os horários de visitas em 100% hospitais contratos da Rede SUS-BH, até dez./2010.	Percentual de hospitais com horário de visitas ampliado.
QUARTA DIRETRIZ	Ampliação do número de leitos hospitalares	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
.Ampliar a oferta de leitos hospitalares para atenção à saúde especialmente nos maiores estrangulamentos já identificados que são: Clínica Médica e CTI Adulto, para usuários de álcool e drogas	Ampliar 320 leitos de clínica médica, até agosto de 2012.	Número de leitos de clínica médica ampliado.
	Ampliar 80 leitos de CTI adulto, até dez./2012.	Número de leito de CTI adulto ampliado.
	Promover a abertura de 14 leitos para usuários de álcool e drogas em hospital geral, até dez./2010.	Número de leitos novos disponibilizados.
Ampliar a oferta de procedimentos de urgência de ortopedia e cirurgia vascular.	Ampliar a oferta de 312 serviços hospitalares em Ortopedia, clínica médica e Cirurgia Vascular, até dez./2012.	Número de novos serviços hospitalares em Ortopedia, clínica médica e Cirurgia Vascular.

	Garantir 100% de ocupação SUS dos leitos contratados e conveniados, até dez./2010.	Percentual de ocupação de leitos SUS contratados e conveniados.
QUINTA DIRETRIZ	Rediscussão dos complexos reguladores	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Rever o formato da regulação nos leitos SUS-BH.	Implantar a regulação plena de 100% dos leitos disponíveis, até dez./2012.	Percentual de leitos regulados.
Avaliar o modelo de regulação e autorização vigentes dos procedimentos eletivos de alta e média complexidade no SUS-BH.	Implantar novo modelo de autorização dos procedimentos ambulatoriais na SMSA-BH, até dez./2012.	Novo modelo de autorização dos procedimentos ambulatoriais, implantado.
Ampliar a implantação do SISREG ou ferramenta similar que integre as agendas ambulatoriais.	Implantar agenda eletrônica em 100% dos agendamentos ambulatoriais, até dez./2012.	Agenda eletrônica implantada.
SEXTA DIRETRIZ	Reavaliação do modelo de regulação, controle, avaliação e auditoria	
Objetivo Específico	Meta	Indicador

Rever modelo e integrar as ações de controle e avaliação ambulatorial e hospitalar, alta complexidade, PPI e TFD na SMSA-BH.	Integrar as ações de controle e avaliação ambulatorial e hospitalar, alta complexidade, PPI e TFD, até dez./2011.	Ações de controle e avaliação ambulatorial e hospitalar, alta complexidade, PPI e TFD integradas.
Ampliar as ações da Auditoria.	Realizar pelo menos 1 auditoria analítica em todos os hospitais contratualizados, até 2012: 10 (2010); 8 (2011);6 (2012).	Número de auditorias realizadas.
SÉTIMA DIRETRIZ	Hospital Metropolitano	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Construir e operacionalizar o Hospital Metropolitano	Executar a obra de construção do Hospital Metropolitano até março de 2012.	Percentual de execução da obra
	Adquirir equipamentos para o pleno funcionamento do Hospital Metropolitano até março de 2012.	Percentual de atividade realizada

	Definir e implantar o sistema de informação gerencial e assistencial do Hospital Metropolitano até março de 2012.	Número de módulos implantados do sistema
	Definir e implantar o modelo assistencial e a estrutura gestora do Hospital Metropolitano até dezembro de 2011.	Modelo assistencial e estrutura gestora do Hospital Metropolitano implantados.
	Dimensionar, contratar e capacitar pessoal para o funcionamento do Hospital Metropolitano até março de 2012.	Pessoal capacitado para atuar no Hospital Metropolitano.
OBJETIVO GERAL 3	Organizar a rede assistencial de urgência, por meio da pactuação entre os diferentes pontos de atenção à saúde e ampliação de oferta de leitos e serviços para atendimento dos agravos de saúde	
PRIMEIRA DIRETRIZ	Definição de "referência fortalecida" entre o Centro de saúde e a Unidade de Pronto Atendimento	
Objetivo Específico	Meta	Indicador

Fortalecer rede distrital no atendimento às urgências e emergências.	Realizar duas reuniões anuais no distrito sanitário (UPA e GERASA) para pactuação e ajustes de referência e contra referência, até dezembro de 2010.	Número de reuniões realizadas nos distritos sanitários.
Fortalecer “rede 10” (municípios conurbados) no atendimento às urgências e emergências.	Promover a Regulação Regional até 31 de dezembro de 2010.	Regulação Regional até 31 de dezembro de 2010.
SEGUNDA DIRETRIZ	Definição de regionalização distrital com definição dos hospitais de referência, interligada pelo SAMU e transporte sanitário	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Construir grade pactuada de urgência e emergência.	Realizar uma reunião trimestral com todas as portas de entrada do município, até dezembro de 2010.	Reunião trimestral realizada.
	Repactuar grade de referência para todas as Unidades Hospitalares e Pré hospitalares de Urgência e Emergência, até julho de 2010 .	Grade construída e repactuada/assinada pelos serviços e GEUG municipal.

Fortalecer o atendimento às urgências.		Ampliar o atendimento das unidades do SAMU para: 99.000(2010);102.000(2011); 105.000(2012); 108.000(2013).	Número de atendimentos realizados/SAMU
		Ampliar o transporte sanitário para: 60.000(2010);70.000(2011);80.00 (2012);85.000(2013).	Número de pessoas atendidas pelo transporte sanitário.
TERCEIRA DIRETRIZ	Ampliação da oferta de leitos e serviços de atendimento		
Objetivo Específico	Meta	Indicador	
Ampliar oferta de serviços de Pronto Atendimento, com uma UPA em cada regional..	Construir uma UPA porte III para Regional Noroeste, garantindo uma Unidade de Pronto Atendimento para cada regional até dezembro de 2010.	1 UPA porte III para cada regional	
QUARTA DIRETRIZ	Qualificação do atendimento hospitalar associada à ações de humanização - Projeto de qualidade dos hospitais do SUS-BH		
Objetivo Específico	Meta	Indicador	
Qualificar e humanizar o atendimento priorizando pacientes mais graves em	Implantar o Protocolo de Manchester em 100% das UPAs até	Percentual das UPAs trabalhando com protocolo de Manchester até dezembro de 2010	

orientando de forma adequada e pronta os usuários.	dezembro de 2010	
Humanizar o atendimento orientando de forma adequada os usuários.	Implantar o “ Posso Ajudar” como piloto em uma Unidade de Pronto atendimento até dezembro de 2010.	Projeto Posso Ajudar como piloto, em uma UPA.
QUINTA DIRETRIZ	Desospitalização - ampliação do PAD e PID	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Ampliar o Programa de Atenção Domiciliar com aumento do número de equipes.	Aumentar o número de equipes, de 9 em janeiro de 2009 para 18 equipes até abril de 2010.	Número de equipes existentes.
Ampliar a cobertura do Programa de Atenção Domiciliar com ampliação do nº de pacientes atendidos pelo programa no domicílio .	Ampliar de 300 para 1600 pacientes em tratamento domiciliar, até dez. /2010	Número de pacientes atendidos em tratamento domiciliar.
OBJETIVO 4	Estruturar os serviços de apoio, quais sejam o de Lavanderia, Centrais de Esterilização de Materiais, Engenharia Clínica e Farmácias (Manipulação e Distritais) para suprir todas as unidades de saúde, em nível de excelência e com menor custo.	

PRIMEIRA DIRETRIZ:	Reestruturação do serviço de lavanderia, a fim de suprir todas as unidades de saúde da Rede.	
Objetivo Especifico	Meta	Indicador
Fornecer roupas em bom estado de conservação, em quantidade suficiente e no tempo adequado. Confeccionar as peças, afim de reduzir o gasto com o enxoval pronto	Reduzir 50% dos valores gastos anualmente com a compra para reposição e troca das peças do enxoval utilizado na rede, até dez./2012.	Percentual de redução dos valores gastos anualmente com a compra para reposição e troca das peças do enxoval utilizado na rede.
Reduzir o consumo de água, na lavanderia, para ajustar as condutas à nova consciência ecológica.	Modernizar os equipamentos, substituindo e/ou informatizando, afim de evitar desperdícios de água e de insumos e a contaminação do ambiente, até dez./2012.	Percentual de redução do consumo de água e de energia elétrica. Índice de aprovação da VISA-PBH.

	Realizar treinamento para os profissionais da lavanderia sobre as melhores práticas para redução do consumo de água e de energia elétrica e sensibilizar quanto a sustentabilidade do planeta, até dez./2010.	
	Reduzir em 30% o consumo água e 20% de energia elétrica, até dez./2012.	
	Cumprir as normas dos órgãos reguladores, até dez./2012.	
Proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais do nível local e da própria lavanderia.	Licitatar peças em tecido de mais fácil limpeza e maior conservação, no quantitativo adequado à demanda de cada unidade, devidamente identificadas e numeradas, até jul./2011.	Percentual de redução do quantitativo de reposição de peças por intervalo de tempo devido a desvios, rasgos, manchas, desgaste natural e problemas de costura.

	<p>Implantar rotinas de controle e auditoria em relação ao suprimento de roupas nas unidades de saúde com vistas a redução do nível de estresse dos profissionais, envolvidos, até dez./2010.</p>	
	<p>Reduzir 80% do quantitativo de reposição de peças por intervalo de tempo devido a desvios, rasgos, manchas, desgaste natural e problemas de costura, até jul./2011.</p>	
	<p>Implantar programa de valorização dos profissionais, oferecendo capacitação técnica e comportamental, até dez./2010.</p>	<p>Índice de satisfação do profissional.</p>
	<p>Oferecer prática de Lian-Gong aos profissionais da lavanderia, diariamente, 20 minutos, até dez./2010.</p>	<p>Redução do absenteísmo</p>

	Disponibilizar equipamentos de proteção individual em número suficiente, até dez./2010.	Redução do percentual de acidentes de trabalho.
	Reformar a área física da lavanderia, a fim de adequá-la ao volume de roupas que vem sendo processadas, em conformidade com normas instituídas pelos órgãos reguladores, até dez./2012.	Lavanderia reformada e adequada
Reduzir o índice de reclamações frente ao serviço que vem sendo prestado na lavanderia.	Instituir metas com a participação dos profissionais a fim de conhecer a demanda e atender às expectativas, até dez./2010.	Índice de satisfação do cliente
	Aumentar 100% os recursos humanos existentes na lavanderia. A medida, além de equalizar o volume de serviço à mão de obra, também objetiva possibilitar o funcionamento da lavanderia 24 h/dia, até jul./2011.	

	<p>Alcançar 90% no índice de satisfação do cliente, por meio de pesquisa de satisfação e auditoria interna (via e-mail e impresso próprio), até dez./2012.</p>	<p>Índice de satisfação do cliente</p>
	<p>Reduzir em 20% os investimentos direcionados para a lavanderia, por meio da instituição de regras rígidas e padrões de especificações detalhados para aperfeiçoamento dos processos licitatórios, até dez./2012.</p>	
<p>Otimizar as entregas da lavanderia a fim de suprir todas as unidades de saúde, em conformidade com a legislação vigente.</p>	<p>Instituir coleta exclusiva para roupa limpa e roupa suja, até jul./2011.</p>	<p>Percentual de redução dos custos com a frota de veículos; índice de satisfação do cliente.</p>
	<p>Disponibilizar + 3 veículos para o transporte de roupas, até dez./2010.</p>	

	Adequar os veículos para o transporte de roupas (com barreira entre a carga e a cabine do motorista, até dez./2010.	
	Terceirizar todos os veículos, a fim de garantir continuidade do serviço e alcançar redução de 30% dos custos com a frota, até dez./2010.	
SEGUNDA DIRETRIZ	Readequação dos serviços das Centrais de Esterelização para melhor suprimento da rede.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Prover todos os serviços da SMSA-BH com materiais estéreis, em quantidade e qualidade suficientes para o bom andamento dos serviços, com otimização dos recursos físicos, de transporte e mão de obra.	Adequar o serviço às normas instituídas pelos órgãos reguladores, até dez./2012.	Percentual de serviços regulados.
Buscar a co-responsabilização dos usuários (profissionais) para os propósitos e valores inerentes ao serviço.	Realizar auditorias, trimestralmente, na manipulação, conservação e utilização dos instrumentais nas frentes de	Percentual de não conformidades nas frentes de trabalho.

	trabalho, a fim de garantir a qualidade do material estéril até a sua utilização.	
Incorporar às atribuições das Centrais de Esterilização todos os serviços de esterilização da rede (zoonoses, odontologia).	Redistribuir 70% dos veículos em rotas noturnas a fim de agilizar as entregas, até jul./2011.	Percentual de veículos em rotas noturnas.
	Promover educação continuada para 100% dos profissionais da enfermagem de todas as Unidades de Saúde da rede, até dez./2012.	Percentual dos profissionais da enfermagem sensibilizados para as rotinas da CME.
TERCEIRA DIRETRIZ	Reorganização das farmácias nos níveis central, distrital e local para abastecimento da rede com todos os medicamentos que devem ser dispensados aos cidadãos.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador

<p>Aprimorar a Assistência Farmacêutica municipal através de ações que qualifiquem as ações assistenciais, a organização dos serviços, o gerenciamento e a logística, a dispensação de medicamentos e contribuam para a melhoria a ampliação do acesso e a promoção do uso adequado de medicamentos.</p>	<p>Implantar proposta de aprimoramento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no período de 2010 a 2013</p>	<p>Proposta de aprimoramento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária implantada.</p>
<p>Implantar assistência farmacêutica clínica nas UBS por meio da parceria com os farmacêuticos do NASF para melhor controle das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) e maior adesão dos pacientes aos protocolos</p>	<p>Efetivar proposta de assistência farmacêutica clínica nas UBS no período de 2010 a 2013</p>	<p>Proposta de assistência farmacêutica clínica nas UBS efetivada.</p>
<p>Viabilizar a continuidade e expansão da Assistência Farmacêutica nos serviços de urgência (UPA's) e Saúde Mental</p>	<p>Ampliar a participação dos farmacêuticos nos serviços de urgência e de Saúde Mental no período de 2010 a 2013</p>	<p>Número de unidades de urgência e de Saúde Mental com farmacêutico.</p>

(CERSAM's, CERSAM AD), assegurando a contratação de farmacêuticos e estendendo a cobertura para todas as unidades de saúde;		
QUARTA DIRETRIZ	Reestruturação do serviço de Engenharia Clínica, a fim de elevar o padrão dos serviços que vem sendo prestados	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Manter equipamentos médicos em quantidade, qualidade e em perfeitas condições de uso para todas as Unidades da SMSA-BH.	Acompanhar, diariamente, os processos licitatórios referentes à compra de materiais e equipamentos.	Percentual de processos licitatórios acompanhados.
	Formatar e formalizar pedidos de contratação para cobertura de manutenção de todo parque de equipamentos, até jul./2011.	Percentual de contratos efetivados e de equipamentos cobertos.

	Adequar o serviço às normas instituídas pelos órgãos reguladores até dez./2011.	Número de certificações
Reestruturar os processos de trabalho dos serviços de assistência/atendimento técnico	Descrever as funções, perfis e quantitativo de pessoal da GEECL, afim de prestar melhores serviços, até jul./2010.	Descrição de cargos e funções
	Implantar sistema de informática para auxiliar no controle das operações realizadas, até jul./2011.	Sistema de informática implantado.

	Instituir formalmente rotinas e fluxos estabelecendo prazos para tramitação de processos internos, até dez./2010 .	Rotinas e fluxogramas instituídos.
	Implantar controles estatísticos por unidade, até dez./2010.	Controles estatísticos implantados.
Buscar o comprometimento dos clientes internos com a conservação e manutenção dos materiais e equipamentos.	Promover um curso de 8 horas para capacitação de colaboradores e clientes, até dez./2012.	Número de pessoas capacitadas.
Imprimir identidade ao serviço para o atendimento com excelência.	Implementar controles e indicadores estatísticos de resultados e eficiência para unidades próprias e contratadas, até dez./2010.	Publicação dos indicadores e seus critérios
	Promover mudança das instalações da GEECL, até agos./2010.	Novas instalações da GEECL

Quinta Diretriz	Reavaliação do serviço prestado pela Farmácia de Manipulação no que concerne à viabilidade financeira e à técnica de manipulação propriamente dita.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Adequar os serviços às demandas de consumo e às exigências legais.	Fornecer produtos manipulados em quantidade e tempo adequados, com certificação de qualidade, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelos órgãos fiscalizadores, até dez./2012.	Produtos manipulados disponibilizados

3.3.4 Educação e Gestão do Trabalho

A dinâmica do processo saúde-doença e as características do mercado de trabalho em saúde, vem gerando certa instabilidade na composição da força de trabalho.

Para tanto, é preciso conhecer e diminuir o nível de rotatividade verificada no setor. Vive-se hoje o envelhecimento da força de trabalho de vínculo federal, aliada à rotatividade, que se verifica de maneira específica em algumas categorias do trabalho em saúde, em especial na categoria médica, e, dentro desta, em algumas especialidades,

Este fato impacta especialmente as Unidades de Referência Secundária (URS), conforme apresentado na discussão da Rede Complementar, obrigando a se pensar em uma política de composição e recomposição permanente da força de trabalho dentro da SMSA.

Além disso, a complexidade e a especialização crescente no campo da saúde geram fragmentação do trabalho cujas conseqüências negativas são de conhecimento de todos. Para fazer frente a esta fragmentação e sua conseqüente alienação no trabalho é necessário que se faça esforço em direção inversa, na busca de construção de sujeitos ativos na produção do processo de saúde, com atribuição clara de responsabilidades e com habilidades contra-hegemônicas tais como capacidade para o trabalho em equipe, gestão colegiada e relações de troca entre saberes diversos.

Isto posto, é fundamental que se mantenham investimentos na criação de condições de gerenciar as pessoas em processo de trabalho. Dentre as estratégias adotadas para a superação dos problemas está o fortalecimento da relação com as instituições de ensino e pesquisa, em busca de diálogo constante, em direção à formulação de propostas pedagógicas e de pesquisa, mais sintonizadas com a proposta assistencial do SUS-BH.

Alem disso, a valorização dos trabalhadores e do trabalho em saúde configura-se em estratégias que garantam sua saúde e sua segurança num processo permanente de escuta, negociação, garantia de direitos e cumprimento de deveres, num exercício constante de cidadania.

Esse eixo estrutura-se: na qualificação, na valorização e na estabilização da força de trabalho, bem como, na integração ensino-serviço.

EIXO 4 – EDUCAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO: ÉTICA E COMPROMISSO DOS GESTORES E TRABALHADORES NA CONSTRUÇÃO DO SUS-BH		
OBJETIVO	Promover a sustentabilidade para a organização dos serviços de saúde e produção de ações prestadas à população de BH por meio da gestão e regulação do trabalho e da educação em saúde dos trabalhadores da rede SMSA/SUSBH.	
PRIMEIRA DIRETRIZ	Aprimoramento dos processos de educação no, para e com o trabalho, visando a valorização do trabalhador e a qualificação da assistência	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Desencadear processos de Educação permanentes / continuada a partir de estudos de vigilância em Saúde da área de abrangência dos Distritos decorrentes das necessidades e prioridades assistenciais da população.	Implementar educação à distância até dezembro de 2010.	Educação a distância implementada
	Implementar 5890 oficinas, seminários, formas alternativas de expressão e práticas comunicacionais no processo de educação permanente de janeiro de 2010 a dezembro de 2013.	Número de eventos de educação em saúde realizados (PPAG)

	Construir indicadores para avaliação e monitoramento do impacto das ações educativas em parceria com trabalhadores da rede e níveis gerenciais, em interface com outros setores da PBH, até julho de 2010.	Indicadores para avaliação e monitoramento construídos.
Incentivar a participação dos trabalhadores em processos educativos de aprimoramento profissional em consonância com as políticas do SUS.	Regulamentar e publicizar a orientação para participação dos trabalhadores em cursos/eventos externos até julho de 2010.	Orientação regulamentada e publicizada
Implantar especialização e mestrado profissionalizante em consonância com as diretrizes do SUS	Instituir mestrado profissional em parceria com instituições de ensino parceiras para os trabalhadores da SMSA-BH até 2013.	Mestrado profissional implantado
SEGUNDA DIRETRIZ	Implantação de Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento do SUS na SMSA/SUSBH	
Objetivo Específico	Meta	Indicador

<p>Criar e formatar, e institucionalizar Núcleo de Pesquisa visando a realização de estudos e pesquisas em saúde nas áreas de interesse para o SUS/BH.</p>	<p>Implantar o Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento do SUS-SMSA até outubro de 2010.</p>	<p>Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento implantado</p>
<p>TERCEIRA DIRETRIZ</p>	<p>Consolidação da integração ensino/serviço naSMSA/SUSBH.</p>	
<p>Objetivo Específico</p>	<p>Meta</p>	<p>Indicador</p>
<p>Desenvolver a política para estágios obrigatórios na Rede de serviços da SMSA, em parceria com as Instituições de Ensino.</p>	<p>Adotar os parâmetros estabelecidos para a política de estágios obrigatórios de janeiro de 2010 a dezembro de 2013</p>	<p>Parâmetros adotados para a política de estágios</p>
<p>Aprimorar os instrumentos de planejamento, avaliação e monitoramento das ações de Integração Ensino Serviço para a realização de estágios.</p>	<p>Analisar o diagnóstico sobre as condições técnicas e administrativas da rede de serviços de saúde para a inserção de estagiários x capacidade instalada nos cenários de prática acadêmica até junho de 2010.</p>	<p>Diagnóstico das condições técnicas e administrativas da rede de serviços de saúde analisado.</p>

	<p>Tornar pública a política para estágios obrigatórios na SMSA através de chamamentos públicos oficiais até dezembro de 2010</p>	<p>Política divulgada por chamamento público oficial</p>
	<p>Aprimorar critérios e instrumentos de a valiação de resultados sobre estágios curriculares obrigatórios na SMSA até junho de 2010.</p>	<p>Critérios e instrumentos de avaliação aprimorados</p>
<p>Aprimorar processos e instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de Integração Ensino Serviço para o Programa de Residência Médica e Multiprofissional.</p>	<p>Consolidar parcerias com hospitais selecionados pela SMSA, de acordo com as exigências de qualificação do trabalho, interpostas pela realidade sanitária e as políticas instituídas pelo Município até dezembro de 2013.</p>	<p>Programa de Residência Médica e Multiprofissional fomentado</p>
	<p>Estabilizar o trabalho da Comissão de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Belo Horizonte até dezembro de 2013.</p>	

	<p>Construir projeto de residência multiprofissional com o HOB até março de 2010</p>	
	<p>Viabilizar a inserção de residentes nos cenários de práticas de saúde da SMSA até dezembro de 2012.</p>	
<p>Otimizar e implementar a participação nos programas Ministeriais “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e do Programa de Educação pelo Trabalho – PET”, que visam a transformação de processos de geração de conhecimentos, ensino/ aprendizagem/pesquisa e prestação de serviços à população.</p>	<p>Consolidar a Comissão Gestora Local (Pró-Saúde) e o Núcleo de Excelência em Pesquisa Aplicada à Atenção Básica (PET-Saúde) até maio de 2010.</p>	<p>Participação no Pro-Saude e no PET implementadas .</p>
	<p>Estabelecer os critérios de execução do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e do Programa de Educação pelo Trabalho – PET até jun de 2010 e implementar sua prática até dezembro de 2012.</p>	

	Realizar o plano de aplicação de recursos financeiros do Pró-Saúde em ação articulada IE/Serviço e o cronograma de desembolso até dezembro de 2011.	
QUARTA DIRETRIZ	Desenvolver modelo de Gestão Compartilhada e Descentralizada como estratégia de fortalecimento e responsabilização pelas ações gerenciais e assistenciais decorrentes dos processos de educação permanente	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Desenvolver o modelo de gestão descentralizada e de instâncias colegiadas _locus das discussões e apropriações mediadas por estratégias de fortalecimento das ações gerenciais e assistenciais, implementando a gestão compartilhada e descentralizada.	Regulamentar a descentralização e a participação dos níveis distritais e locais na gestão e monitoramento dos processos de educação em saúde, até outubro de 2010.	Descentralização da gestão e do monitoramento dos proc. Educação em saúde regulamentados.
	Capacitar o corpo gerencial em habilidades de negociação e de contratualização de resultados entre gestores e trabalhadores, até out/2010.	Corpo gerencial capacitado.

QUINTA DIRETRIZ	Estabilização do conjunto dos trabalhadores da rede na SMSA/SUSBH.	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Redimensionar o quantitativo de trabalhadores e as categorias profissionais nas unidades das redes de atenção primária, complementar (especializadas), urgência, vigilância sanitária e outros serviços da SMSA, considerando o crescimento populacional, perfil epidemiológico dos distritos e a complexidade atual dos serviços prestados na rede.	Construir um Plano Diretor de dimensionamento/redimensionamento de equipes necessárias ao sistema até dez 2010.	Plano Diretor de dimensionamento/redimensionamento de equipes construído.
	Recompor o quadro de profissionais dos diversos serviços da SMSA, de modo a viabilizar a qualificação da assistência, até dezembro de 2013.	Quadro de profissionais recomposto.

	Viabilizar edital de concurso público para todas as categorias do quadro da Secretaria de Saúde de BH até dezembro de 2009 e efetivar os profissionais aprovados em concursos válidos, de acordo com a demanda, até dezembro de 2012.	Profissionais aprovados em concursos efetivados.
	Reduzir em 40% contratos administrativos e diminuir a rotatividade de pessoal no período de 2010 a 2013.	Percentual de contratos administrativos reduzidos.
Revisar o Plano de Cargos e Carreiras, incluindo a jornada opcional de 40 horas, contemplando a gestão do SUS na SMSA.	Ter 100% dos trabalhadores efetivos municipais enquadrados no Plano de Cargos e Carreiras revisado até junho de 2012.	Percentual de trabalhadores efetivos municipais enquadrados no Plano de Cargos e Carreiras revisado
SEXTA DIRETRIZ	Integrar o sistema de informação sobre a força de trabalho em toda a rede de serviços de saúde da SMSA/SUSBH	
Objetivo Específico	Meta	Indicador

<p>Assegurar as informações de modo contínuo e permanente sobre a composição da força de trabalho na SMSA e SUS/SMSA, em sistema de informação integrado.</p>	<p>Ter um sistema integrado de informação que garanta uma racionalização ascendente da produção de informações pelas unidades da rede municipal (SMSA/SUS/SMARH) sobre a composição da força de trabalho na SMSA, abrangendo todas as modalidades e diversidades de vínculos, contratos e movimentação de pessoal, até dezembro de 2010.</p>	<p>Sistema de informação integrado.</p>
<p>SÉTIMA DIRETRIZ</p>	<p>Buscar o protagonismo dos trabalhadores em seu processo de trabalho, numa perspectiva ética, com adesão consentida ao projeto do SUS/BH</p>	
<p>Objetivo Específico</p>	<p>Meta</p>	<p>Indicador</p>

Construir e implantar ações para valorização e fortalecimento do trabalho e do trabalhador em toda a rede de serviços de saúde SUS/BH.	Implantar ações de gestão e organização para o desenvolvimento dos diversos processos de trabalho, objetivando a atenção humanizada ao usuário, a valorização e o respeito aos trabalhadores e a motivação para o trabalho desenvolvido no SUS/SMSA até dezembro de 2013.	Ações implantadas
	Implementar os dispositivos de valorização do trabalho e do trabalhador da rede de serviços de saúde SUS/SMSA de janeiro de 2010 até dezembro de 2013.	Dispositivos implantados
OITAVA DIRETRIZ	Aprimoramento dos marcos regulatórios para a gestão do trabalho na SMSA/SUSBH com mecanismos transparentes de divulgação	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Aprimorar os marcos regulatórios para a gestão do trabalho na SMSA e divulgar publicamente de forma clara e confiável.	Implantar o conjunto de marcos que regulam a gestão do trabalho na SMSA até julho de 2010.	Conjunto de marcos regulatórios implantados

	Discutir e rever os convênios e contratos com empresas/instituições que prestam serviços terceirizados de pessoal até junho de 2010.	Convênios e contratos revistos
Realinhar o processo de gestão do trabalho realizado pela GGTE e pelas GERGETRs respondendo com agilidade e eficiência às demandas de pessoal de toda a rede da SMSA, considerando as especificidade de cada distrito e a complexidade atual dos serviços de saúde, garantida a legalidade dos processos.	Padronizar procedimentos e reestruturar os fluxos internos da GGTE e implantar manuais de apoio à gestão em todas as regionais até dezembro de 2010.	Número de Regionais com manuais de apoio a gestão implantados
	Estruturar os fluxos de interfaces e interação, junto às gerências da SMSA, para viabilizar as respostas relativas a pessoal frente às demandas de atenção à saúde até dezembro de 2010.	Fluxos estruturados
	Criar um colegiado de gestão do trabalho composto pelas representações da GGTE e das GERGETR's, buscando a integração do HOB, até julho de 2010.	Colegiado de gestão de trabalho criado

<p>Qualificar a Gestão do Trabalho e da Educação em saúde no SUS/SMSA, com o estabelecimento do compromisso pelo bom atendimento aos usuários e pelo alcance de resultados que dignifiquem o trabalho em saúde.</p>	<p>Qualificar e valorizar os trabalhadores da GGTE e GERGETRs com o estabelecimento do compromisso pelo bom atendimento aos usuários e pelo alcance de resultados que dignifiquem o trabalho em saúde, por meio de vivências e reflexões sobre as ações operacionais, até dezembro de 2012.</p>	<p>Rotina de reflexões e vivências sobre as ações operacionais implantada.</p>
---	---	--

3.3.5 Pacto em Defesa do SUS-BH

A defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se na atualidade como fator imperativo, tendo em vista a sua efetivação como um sistema que tem como princípios e premissas a universalidade, a integralidade, a hierarquização, o comando único, a participação popular e a equidade.

Nesse propósito, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto em Defesa do SUS, que dentre seus pontos de pactuação busca unificar e mobilizar setores distintos da sociedade, na direção de um grande movimento em prol da concretização do Sistema de Saúde aprovado na Constituição Brasileira de 1988.

Esse eixo consiste na defesa intransigente do SUS, por meio, na participação popular, na integração entre as políticas sociais do município, no fortalecimento dos conselhos de saúde nos níveis municipal, distrital e local, e na parceria com a sociedade belo-horizontina, pretendida na realização da X Conferência Municipal de Saúde.

EIXO 05 - PACTO EM DEFESA DO SUS		
OBJETIVO GERAL	Fazer a defesa intransigente do SUS, conforme os seus princípios constitucionais, fortalecendo a participação popular e o controle social e mobilizando a sociedade, para garantir a sua qualidade e a gestão adequada e comprometida com os seus usuários e trabalhadores.	
PRIMEIRA DIRETRIZ	Implementação do Pacto em Defesa do SUS-BH	
Objetivo Específico	Meta	Indicador
Mobilizar a população na defesa do SUS-BH, em particular, na regulamentação da EC 29/2000.	Realizar, no mínimo, 05 (cinco) atividades do "Conselho na Praça" por ano.	Atividade de mobilização da população na defesa do SUS-BH, realizada.
Implantar uma política de divulgação do SUS-BH nas mídias externas e dando visibilidade das ações, dados e informações do SUS-BH e do CMS-BH.	Implantar uma política de divulgação do SUS-BH e do seu controle social até dezembro de 2010.	Política de divulgação do SUS-BH implantada.
Incluir o estudo do SUS e de outras políticas públicas na grade curricular das escolas públicas municipais.	Elaborar proposta de projeto de lei municipal instituindo o ensino curricular sobre o SUS e outras políticas públicas nas escolas municipais do ensino fundamental,	Lei aprovada e regulamentada

		com vistas a sua aprovação e regulamentação, até dez./2011.	
SEGUNDA DIRETRIZ	Buscar integração entre as políticas sociais do município		
	Objetivo Específico	Meta	Indicador
	Criar um fórum local junto às áreas de assistência social, educação, transporte, esporte, lazer, cultura, meio ambiente, política social e habitação para viabilizar o planejamento conjunto das ações que interferem na qualidade da saúde da população.	Criar no âmbito do distrito sanitário um fórum das áreas responsáveis por políticas públicas sociais e urbanas que se reúna, no mínimo, 04 (quatro) vezes por ano.	Fórum criado e ativo no âmbito do distrito sanitário.
	Ampliar os espaços de inclusão social em áreas mais vulneráveis.	Implantar 40 academias da cidade até 2012.	Academia da cidade implantada
	Criar um fórum interconselhos para fiscalização do financiamento e da execução das políticas sociais.	Criar um fórum dos conselhos responsáveis pelas políticas sociais no município que se reúna regularmente, até dez./2011.	Fórum dos conselhos responsáveis pelas políticas sociais no município criado e ativo.
TERCEIRA DIRETRIZ	Fortalecer os Conselhos de Saúde nos níveis municipal, distrital e local, garantindo o cumprimento da sua missão e papéis específicos		
	Objetivo Específico	Meta	Indicador

Garantir o funcionamento das instâncias do controle social na cidade.	Criar e/ou manter ativos regularmente conselhos e comissões em todas as unidades próprias de saúde do SUS-BH e nos hospitais e clínicas credenciados e/ou contratados onde esse controle está previsto.	Conselhos e comissões criadas e ativas.
Garantir o apoio logístico às instâncias do controle social na cidade.	Manter materialmente todos os conselhos e comissões de controle social próprias do SUS-BH.	Conselhos e comissões plenamente funcionantes
Divulgar amplamente a Carta de Direitos dos Usuários do SUS.	Distribuir, pelo menos, 20.000 (vinte mil) cartilhas dos usuários do SUS por ano.	Cartilhas dos usuários do SUS distribuídas

3.4 Programação Orçamentária e Financeira

Os recursos destinados à execução das ações do SUS-BH são movimentados no Fundo Municipal de Saúde (FMS), que recebe transferências municipais, estaduais e federais. No fundo da Secretaria Municipal de Saúde, são movimentados outros recursos destinados à gestão da SMSA.

A previsão orçamentária do FMS por programa, ação e subação encontra-se descrita no Plano Plurianual de Ações Governamentais (PPAG) 2010-2013. Durante a elaboração do PPAG, procurou-se relacionar as suas ações e subações com os eixos, diretrizes, objetivos específicos e metas do Plano Municipal de Saúde, tendo em vista a estimativa dos gastos e a viabilização das metas previstas no Plano, contribuindo para maior eficiência e transparência na utilização dos recursos públicos para a saúde no município.

O PPAG 2010-2013 apresentou uma diferença em relação aos dos anos anteriores, que foi a inclusão dos Projetos Sustentadores como programas orçamentários. Para os próximos 4 anos, a despesa prevista do Fundo Municipal de Saúde é de R\$ 5.751.622.239,72; sendo que R\$ 467.556.812,00 serão destinados à execução dos 4 Projetos da Área de Resultado Cidade Saudável: Saúde da Família, Gestão e Regionalização da Saúde, Melhoria do Atendimento Hospitalar e Hospital Metropolitano.

Tabela 11 - Detalhamento do PPAG 2010-2013 com emendas segundo programas, ações e subações do Fundo Municipal de Saúde, Belo Horizonte

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Vigilância em Saúde			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Vigilância em Saúde	Vigilância de Zoonozes	2010: 4.167.000 vistorias 2011: 4.167.000 vistorias 2012: 4.167.000 vistorias 2013: 4.167.000 vistorias	48.642.507,00	23.642.507,00	23.642.507,00	23.642.507,00
	Vigilância Epidemiológica - Doenças de Notificação Compulsória com Investigação encerrada oportunamente	2010: 80% 2011: 80% 2012: 80% 2013: 80%	100.271,00	100.271,00	100.271,00	100.271,00
	Ações de Vigilância Sanitária	2010: 50.712 vistorias 2011: 60.000 vistorias 2012: 60.000 vistorias 2013: 60.000 vistorias	15.398,00	15.398,00	15.398,00	15.398,00
	Ações de Atenção à DST - Aids	2010: 35 turmas 2011: 35 turmas 2012: 35 turmas 2013: 35 turmas	1.164.431,00	1.164.431,00	1.164.431,00	1.164.431,00
	Saúde do Trabalhador	2010: 752 vistorias 2011: 752 vistorias 2012: 752 vistorias 2013: 752 vistorias	185.329,00	185.329,00	185.329,00	185.329,00

Vigilância em Saúde	Ações de Imunização	2010: 29.030 doses 2011: 29.030 doses 2012: 29.030 doses 2013: 29.030 doses	322.957,00	322.957,00	322.957,00	322.957,00
	Ações de Vigilância Ambiental	2010: 972 amostras 2011: 972 amostras 2012: 972 amostras 2013: 972 amostras	330.000,00	330.000,00	330.000,00	330.000,00
TOTAL DO PROGRAMA			50.760.893,00	25.760.893,00	25.760.893,00	25.760.893,00

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Rede Assistencial			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Gestão Plena da Rede Hospitalar e Ambulatorial	Processamento dos Atendimentos hospitalares	2010: 250.000 internações 2011: 250.000 internações 2012: 250.000 internações 2013: 250.000 internações	423.693.976,00	423.727.546,00	423.727.546,00	423.727.546,00
	Processamento dos Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade	2010: 18.700.000 procedimentos 2011: 19.600.000 procedimentos 2012: 20.600.000 procedimentos 2013: 21.600.000 procedimentos	236.010.125,00	136.010.125,00	236.010.125,00	536.010.125,00
Assistência Farmacêutica	Apoio Terapêutico à Rede de Atenção a Saúde - Componente Básico e Complementar	2010: 3.500.000 dispensações 2011: 3.675.000 dispensações 2012: 3.748.000 dispensações 2013: 3.800.000 dispensações	22.869.661,00	22.869.661,00	22.869.661,00	22.869.661,00

Assistência Farmacêutica	Aquisição de Medicamentos Não Padronizado	Meta administrativa	420.000,00	420.000,00	420.000,00	420.000,00
Fortalecimento do Atendimento às Urgências	Rede de Atenção às Urgências (SAMU e UPA)	Meta administrativa	9.465.955,00	12.529.863,27	12.529.863,27	12.529.863,27
TOTAL DO PROGRAMA			692.461.727	595.559.206,27	695.559.207,27	995.559.208,27

Área de resultado: Cidade Saudável

Programa: Rede Assistencial			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Ações de Apoio aos Procedimentos Hospitalares e Ambulatoriais	Oferta de Exames Complementares	2010:7.900.000 2011:7.900.000 2012:7.900.000 2013:7.900.000	6.496.471,00	6.496.471,00	6.496.471,00	6.496.471,00
	Consultas em Especialidades Odontológicas	2010:30.976 2011:31.130 2012:31.290 2013:31.450	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00
TOTAL DO PROGRAMA			699.706.188,00	602.803.666,27	702.803.666,27	1.002.803.666,27

Área de resultado: Cidade Saudável							
Programa: Gestão do SUS-BH				Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013	
Construção, Ampliação e Reforma de Unidades de Saúde	Construção, Ampliação e Reforma de Unidades de Saúde	2010: 2011: 2012: 2013:	6.136.681,00	8.136.681,00	8.136.681,00	8.136.681,00	
Gestão de Recursos Humanos	Gestão de Recursos Humanos	Meta administrativa	424.033.079,00	449.033.079,00	449.033.079,00	449.033.079,00	
	Gestão Administrativa	Meta administrativa	42.526.511,00	61.684.935,85	61.684.935,85	61.684.935,85	
	Gestão do SUS BH	Meta administrativa	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	
Gestão do SUS-BH	Ações de Educação em Saúde	2010: 4890 2011:300 2012:340 2013:360	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	
	Ações de Gestão do Trabalho	2010: 1 concurso 2011:0 2012:0 2013:0	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	
Gestão da Tecnologia de Informação em Saúde	Manutenção da Rede de Informática	Meta administrativa	2.022.808,00	2.022.808,00	2.022.808,00	2.022.808,00	
	Programa de Gestão de Informação e Modernização da Administração - (PMAT)	Meta administrativa	3.900.786,00	3.900.786,00	3.900.786,00	3.900.786,00	
TOTAL DO PROGRAMA			478.739.865,00	524.898.289,85	524.898.289,85	524.898.289,85	

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Atenção Primária à Saúde			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Ações de Atenção à Saúde	Ações de Manutenção do Programa Saúde da Família	Meta administrativa	124.529.519,00	125.989.890,12	125.989.890,12	125.989.890,12
	Ações de Atenção à Criança/Adolescente		202.475,00	202.475,00	202.475,00	202.475,00
	Ações de Atenção à Mulher		28.524,00	28.524,00	28.524,00	28.524,00
	Ações de Atenção ao Idoso		323.679,00	323.679,00	323.679,00	323.679,00
	Ações de Atenção ao Adulto		30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00
	Ações de Saúde Bucal- Primeira consulta		3.603.947,00	3.603.947,00	3.603.947,00	3.603.947,00
	Ações de Saúde Mental		1.099.232,00	1.599.232,00	1.599.232,00	1.599.232,00
TOTAL DO PROGRAMA			129.819.386,00	131.779.758,12	131.779.759,12	131.779.760,12

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Atenção Primária à Saúde			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Implantação da Política de Gestão da Clínica e Promoção da Saúde	Implantação da Política de Promoção à Saúde		1.600.000,00	1.600.000,00	1.600.000,00	1.600.000,00
TOTAL DO PROGRAMA			131.417.376,00	133.377.747,12	133.377.747,12	133.377.747,12

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Hospital Metropolitano - Projeto Sustentador			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Construção e Operacionalização do Hospital Metropolitano	Execução da Obra de Construção do Hospital Metropolitano		13.200.000,00	45.200.000,00	18.200.000,00	15.210.000,00
	Aquisição de Equipamentos		4.240.000,00	13.580.000,00	8.780.000,00	0,00
	Definição e Implantação do Sistema de Informação Gerencial		4.550.000,00	4.550.000,00	4.550.000,00	0,00
	Dimensionamento, Contratação e Capacitação de Pessoal		0,00	0,00	590.000,00	0,00
TOTAL DO PROGRAMA			21.990.000,00	63.330.000,00	32.120.000,00	15.210.000,00

Fonte:PPAG 2010-2013.

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Saúde da Família - Projeto Sustentador			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Ampliação e Qualificação da Rede de Atenção Primária à Saúde	Qualificação da Atenção Primária à Saúde		330.000,00	330.000,00	330.000,00	330.000,00
	Implantação do Plano de Valorização do Trabalhador e do Trabalho em Saúde		2.500.000,00	2.500.000,00	1.500.000,00	0,00
	Novas Equipes de Saúde da Família Implantadas em Áreas de Risco		7.500.000,00	5.000.000,00	10.000.000,00	0,00
	Expansão das Academias da Cidade		2.830.000,00	2.830.000,00	2.830.000,00	1.050.000,00
	Expansão do Programa "Posso Ajudar" em todas as Unidades de Saúde		2.016.620,00	5.449.860,00	5.449.860,00	5.449.860,00
	Implantação da Vacina contra Influenza para Menores de 1 Ano		450.000,00	450.000,00	450.000,00	20.000,00
	Expansão dos Centros de Referência em Álcool e Drogas		10.000.000,00	3.500.000,00	7.500.000,00	3.000.000,00
	Transporte para Portadores de Doenças Crônicas		80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00
TOTAL DO PROGRAMA			25.706.620,00	20.139.860,00	28.139.860,00	9.929.860,00

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Melhoria do Atendimento Hospitalar - Projeto Sustentador			Valores anuais (R\$)			
Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Ampliação e Qualificação do Atendimento Hospitalar e da Internação Domiciliar	Garantia de Equipes Completas nas Unidades de Saúde		5.200.000,00	7.631.204,00	8.065.204,00	8.065.204,00
	Contratualização de Metas de Realização de Cirurgias Eletivas nos Hospitais do SUS		30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00	0,00
	Ampliação de Leitos em Hospitais Filantrópicos e Públicos		16.200.000,00	25.000.000,00	24.600.000,00	24.600.000,00
	Ampliação do Programa de Atenção e Internação Domiciliar (PAD e PID)		2.292.000,00	3.969.000,00	3.969.000,00	3.969.000,00
	Implementação de Plano de Ação por meio de Indicadores para Monitoramento da Redução da Taxa de Infecção nos Hospitais do SUS		208.000,00	208.000,00	208.000,00	208.000,00
TOTAL DO PROGRAMA			53.900.000,00	66.808.204,00	66.842.204,00	36.842.204,00

Área de resultado: Cidade Saudável

Programa: Gestão e Regionalização da Saúde - Projeto Sustentador

Valores anuais (R\$)

Ação	Subação	Metas físicas	2010	2011	2012	2013
Ampliação da Rede de Atenção à Saúde	Implantação de Centros de Reabilitação - CREAB		10.000,00	4.450.000,00	5.210.000,00	3.010.000,00
	Adequação e Ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASFs		488.000,00	720.000,00	720.000,00	720.000,00
Aprimoramento da Gestão do SUS-BH	Aprimoramento da Gestão dos Sistemas de Saúde		150.000,00	600.000,00	400.000,00	0,00
	Modelagem e Instituição dos Territórios de Saúde		3.220.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00
TOTAL DO PROGRAMA			3.868.000,00	8.070.000,00	8.630.000,00	6.030.000,00

Área de resultado: Educação**Programa: Melhoria da Qualidade da Educação Municipal - Projeto Sustentador****Valores anuais (R\$)**

Ação	Subação	2010	2011	2012	2013	Total
Programa Saúde na Escola	Gestão do Programa Saúde na Escola	1.480.000,00	1.480.000,00	1.480.000,00	1.480.000,00	5.920.000,00

Área de resultado: Prosperidade**Programa: Desburocratização e Melhoria do Ambiente de Negócios - Projeto Sustentador****Valores anuais (R\$)**

Ação	Subação	2010	2011	2012	2013	Total
Vigilância em Saúde	Ações de Vigilância Sanitária	940.100,00	250.000,00	0,00	0,00	1.190.100,00

Área de resultado: Prosperidade**Programa: Copa 2014 - Projeto Sustentador****Valores anuais (R\$)**

Ação	Subação	2010	2011	2012	2013	Total
Ações de Apoio à Copa 2014	Estruturação do plano operativo de saúde	0,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	3.000.000,00

Área de resultado: Cidade Sustentável**Programa: Manutenção da Cidade - Projeto Sustentador****Valores anuais (R\$)**

Ação	Subação	2010	2011	2012	2013	Total
Construção, Ampliação e Reforma de Unidades de Saúde	Construção, Ampliação e Reforma de Unidades de Saúde	1.331.977,00	2.744.684,00	2.744.684,00	2.744.684,00	9.566.029,00

Área de resultado: Cidade de Todos**Programa: Atendimento ao Idoso - Projeto Sustentador****Valores anuais (R\$)**

Ação	Subação	2010	2011	2012	2013	Total
Qualificação do Atendimento ao Idoso	Implantação de Bolsa Cuidador	2.600.000,00	2.600.000,00	2.600.000,00	2.600.000,00	10.400.000,00
	Oferta de Vagas no Liang Gong	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	400.000,00

Fonte: PPAG 2010

Tabela 10 - Detalhamento de despesas previstas com emendas segundo programas, ações e subações da Secretaria Municipal de Saúde.

Belo Horizonte: 2010-2013.

Área de resultado: Cidade Saudável						
Programa: Gestão do SUS-BH		Valores anuais (R\$)				
Ação	Subação	2010	2011	2012	2013	Total
Gestão Colegiada e Participação Social	Apoio aos Conselhos Municipais	799.757,00	833.277,00	833.277,00	833.277,00	3.299.588,00
Gestão do SUS-BH	Gestão Administrativa	7.952.111,00	7.952.111,00	7.952.111,00	7.952.111,00	31.808.444,00

Fonte: PPAG 2010-2013

Visando um planejamento harmônico e factível, buscou-se a compatibilização do PPAG com o PMS tentando, da forma mais viável, a correspondência entre suas estruturas, de modo a possibilitar apenas uma interpretação dos programas e das ações de saúde, como se segue:

Programas/PPAG	Programas/PMS
Vigilância em Saúde	Gestão e Regionalização da Saúde
Gestão do SUS-BH	Gestão e Regionalização da Saúde
Gestão e Regionalização (Proj.Sustentador)	Gestão e Regionalização da Saúde
Rede Assistencial Urgência	Rede Complementar, Hospitalar,
Hospital Metropolitano (Proj.Sustentador) Urgência	Rede Complementar, Hospitalar,
Melhoria do Atendimento Hospitalar Urgência (Proj.Sustentador)	Rede Complementar, Hospitalar,
Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde
Saúde da Família (Proj. Sustentador)	Atenção Primária à Saúde

3.5 PLANO DE OBRAS

Busca atender a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, tendo em vista a cobertura de sua rede física de acordo com as diretrizes e objetivos dispostos no Plano Municipal de Saúde, para o período 2010-2013.

O valor previsto para o total das obras é de R\$ 87.791.478,96 (oitenta e sete milhões, setecentos e noventa e um mil, quatrocentos e setenta e oito reais e noventa e seis centavos, sendo: R\$ 21.061.770,45 (vinte e um milhões, sessenta e um mil, setecentos e setenta reais e quarenta e cinco centavos) em 2010; R\$ 36.050.712,76 (trinta e seis milhões, cinquenta mil, setecentos e doze reais e setenta e seis centavos) em 2011 e, R\$ 30.678.995,75 (trinta milhões, seiscentos e setenta e oito mil, novecentos e noventa e cinco reais e setenta e cinco centavos), em 2012.

Do total de recursos, R\$ 13.409.135,39 (treze milhões, quatrocentos e nove mil, cento e trinta e cinco reais e trinta e nove centavos), são provenientes do governo federal; R\$ 1.140.000,00 (Hum milhão, cento e quarenta mil reais) são do governo estadual e R\$ 73.242.343,57 (setenta e três milhões, duzentos e quarenta e dois mil, trezentos e quarenta e três reais e cinquenta e sete centavos) são do governo municipal.

PLANO DE OBRAS - Período: 2010 - 2012				
Recurso	2010	2011	2012	Total
Federal		13.369.135,39	40.000,00	13.409.135,39
Estadual		1.040.000,00	100.000,00	1.140.000,00
Municipal	21.061.770,45	21.641.577,37	30.538.995,75	73.242.343,57
Total	21.061.770,45	36.050.712,76	30.678.995,75	87.791.478,96

	Regional	OP*	Projeto Sustentador	2010	2011	2012
Obras concluídas				1.811.966,05	0,00	0,00
Cs Mangueiras	B	OP 07/08	Sáude da Família	300.129,17	0,00	0,00
Centro de Controle de Zoonoses	N	Não	Não	384.967,65	0,00	0,00
Estacionamento UPA VN (completação)	VN	Não	Não	91.048,74	0,00	0,00
Maternidade VN	VN	Não	Não	863.791,48	0,00	0,00

CEM - PAM Campos Sales	O	Não	Não	56.235,05	0,00	0,00
CS Dom Bosco	NO	OP 07/08	Saúde da Família	25.250,70	0,00	0,00
Ref. E Aml. UP Nordeste	NE	Não	Não	90.543,26	0,00	0,00
Obras em andamento				3.001.174,78	108.000,16	0,00
Cs Serra Verde	VN	Não	Não	432.289,83	0,00	0,00
Sede do Samu - Bairro Coração Eucarístico	NO	Não	Não	989.128,16	0,00	0,00
CS Ribeiro de Abreu	NE	Não	Não	209.756,79	0,00	0,00
Cs Regina	B	OP 07/08	Saúde da Família	1.370.000,00	108.000,16	0,00
Obras aguardando Ordem de Serviço - Iniciar em 2010				1.296.468,49	0,00	0,00
Cs São Miguel Arquanjo	CS	Não	Não	1.074.972,43	0,00	0,00
Farmácia Distrital Norte	N	Não	Não	221.496,06	0,00	0,00

	Regional	OP*	Projeto Sustentador	2010	2011	2012
Projetos em andamento (valor dos projetos)				1.134.434,56	0,00	0,00
Cs Nossa Senhora de Fátima	CS	OP 07/08	Saúde da Família	87.944,00	0,00	0,00
Anexo CS Itamarati (complementação)	P	OP	Saúde da	42.985,48	0,00	0,00

		09/10	Família			
CS Bairro das Indústrias	B	OP 09/10	Saúde da Família	108.483,89	0,00	0,00
CS Bairro Itaipu / Jatobá	B	OP 09/10	Saúde da Família	105.697,07	0,00	0,00
CS Nossa Sra Aparecida	CS	OP 09/10	Saúde da Família	86.168,80	0,00	0,00
CS Tia Amância	CS	OP 09/11	Saúde da Família	90.797,24	0,00	0,00
CS Horto	L	OP 05/06	Saúde da Família	87.769,66	0,00	0,00
CS Parque Centenário	L	OP 09/10	Saúde da Família	95.457,85	0,00	0,00
CS Camargos	NO	OP 09/10	Saúde da Família	102.878,43	0,00	0,00
CS Tupi Lajedo	N	OP 09/10	Saúde da Família	118.261,61	0,00	0,00
CS São Jorge II	O	OP 09/10	Saúde da Família	90.860,41	0,00	0,00
CS Sta Terezinha	P	OP 09/10	Saúde da Família	84.451,62	0,00	0,00
Contenção do Talude do CS Jardim Guanabara	N	Não	Não	32.678,50	0,00	0,00

Empreendimentos com Projetos em andamento, com obras a iniciar em 2010 (Talude)				112.000,00	688.000,00	0,00
Contenção do Talude do CS Jardim Guanabara	N	Não	Não	112.000,00	688.000,00	

	Regional	OP*	Projeto Sustentador	2010	2011	2012
Projetos aguardando Ordem de Serviço - Iniciar projetos em 2010				849.421,66	0,00	0,00
CS Conj. Paulo VI	NE	Não	Não	58.831,00	0,00	0,00
URS Padre Eustáquio	NO	Não	Não	44.717,91	0,00	0,00
UPA Nordeste - 2ª etapa	NE	Não	Não	37.500,00	0,00	0,00
Sede Distrito Nordeste	NE	Não	Não	40.000,00	0,00	0,00
Maternidade VN	VN	Não	Não	200.000,00	0,00	0,00
CS Paraíso	L	Não	Não	7.200,00	0,00	0,00
CS Cafezal	CS	Não	Não	58.831,00	0,00	0,00
CS Jardim Filadélfia	NO	Não	Não	20.000,00	0,00	0,00
CS Jardim Montanhês	NO	Não	Não	58.831,00	0,00	0,00
CS Sta Mônica	VN	Não	Não	58.831,00	0,00	0,00
CREAB / NASF / CEO	B	Não	Gestão e Reg. Da Saúde	150.000,00	0,00	0,00

CS Barreiro de Cima	B	OP 09/10	Saúde da Família	114.679,75	0,00	0,00
Empreendimentos com Projetos aguardando Ordem de Serviço, com obras a iniciar em 2011				0,00	7.256.635,39	3.830.495,98
URS Padre Eustáquio	NO	Não	Não		5.256.635,39	2.830.495,98
CREAB	B	Não	Gestão e Reg. Da Saúde		2.000.000,00	1.000.000,00

	Regional	OP*	Projeto Sustentador	2010	2011	2012
Empreendimentos aguardando Licitação de Projetos - Licitar e Iniciar projetos em 2010				1.176.699,00	784.645,00	0,00
UPA Noroeste	NO	Não	Não	114.139,80	76.129,00	0,00
UPA Leste	L	Não	Não	114.139,80	76.129,00	0,00
UPA Nordeste	NE	Não	Não	114.139,80	76.129,00	0,00
UPA Norte	N	Não	Não	114.139,80	76.129,00	0,00
UPA Pampulha	P	Não	Não	114.139,80	76.129,00	0,00
CS Maria Goretti	NE	Não	Não	50.400,00	33.600,00	0,00
CS Jardim Felicidade	N	Não	Não	50.400,00	33.600,00	0,00
4 CAP-AD's/ CERSAM's		Não	Saúde da Família	268.800,00	179.200,00	0,00

CS Comercíarios	VN	Não	Não	50.400,00	33.600,00	0,00
CS Cabana	O	Não	Não	50.400,00	33.600,00	0,00
CS São Francisco	P	Não	Não	50.400,00	33.600,00	0,00
Fármacia Homeopática	N	Não	Não	12.000,00	8.000,00	0,00
Centro de Esterelização de peq. Animais	L	Não	Não	22.800,00	15.200,00	0,00
CS Jardim Leblon	VN	Não	Não	50.400,00	36.600,00	0,00

	Regional	OP*	Projeto Sustentador	2010	2011	2012
Empreendimentos aguardando Licitação de Projetos, com início de obras para 2011				0,00	10.492.500,00	25.157.500,00
2 CAP-AD's/ CERSAM's			Saúde da Família		680.000,00	3.570.000,00
CS Comercíarios	VN	Não	Não		925.000,00	1.600.000,00
Centro de Saúde Cabana	O	Não	Não		400.000,00	1.600.000,00
CS São Francisco	P	Não	Não		400.000,00	1.600.000,00
Fármacia Homeopática	N	Não	Não		375.000,00	
CS Jardim Leblon	VN	Não	Não		400.000,00	1.600.000,00
UPA Noroeste	NO	Não	Não		1.462.500,00	3.037.500,00

UPA Leste	L	Não	Não		1.462.500,00	3.037.500,00
UPA Nordeste	NE	Não	Não		1.462.500,00	3.037.500,00
UPA Norte	N	Não	Não		1.462.500,00	3.037.500,00
UPA Pampulha	P	Não	Não		1.462.500,00	3.037.500,00

	Regional	OP*	Projeto Sustentador	2010	2011	2012
Academias - implantar - 2 por regional em 2010 e 1 por regional em 2012				2.700.000,00	0,00	1.350.000,00
Academia da Cidade	B		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00
Academia da Cidade	CS		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00
Academia da Cidade	L		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00
Academia da Cidade	N		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00
Academia da Cidade	NE		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00
Academia da Cidade	NO		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00

Academia da Cidade	O		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00
Academia da Cidade	P		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00
Academia da Cidade	VN		Sáude da Família	300.000,00	0,00	150.000,00

	Regional	OP*	Projeto Sustentador	2010	2011	2012
Obras em execução pelas regionais				800.000,00	0,00	0,00
Empreend. Aguardando Licitação de Obra (com proj. Executivo pronto) Licitar e inicar obra em 2010				8.179.605,91	16.720.932,21	340.999,77
Impl. Antena Sede SAMU Barreiro (complementação)	B	Não	Não	80.000,00	0,00	0,00
CS Jaqueline II (novo)	N	Não	Não	387.271,35	623.171,78	0,00
CS Vila Leonina (novo)	O	Não	Não	596.786,92	197.768,82	0,00
UPA Noroeste (novo)	NO	OP 09/10	Gestão e Reg. Da Saúde	3.468.244,66	4.944.496,68	340.999,77
CS Bom sucesso (novo)	B	OP 07/08	Sáude da Família	1.055.943,56	1.644.089,68	0,00
CS São Geraldo (novo)	L	OP 07/08	Sáude da Família	980.380,26	1.541.775,62	0,00

CS Vera Cruz	L	OP 07/08	Saúde da Família	687.124,34	1.586.909,05	0,00
CS Dom Cabral (novo)	NO	OP 07/08	Saúde da Família	257.649,61	1.724.270,43	0,00
CS Betânia (novo)	O	OP 07/08	Saúde da Família	229.730,21	1.537.425,27	0,00
CS Vila Pinho	B	Não	Não	131.625,00	880.875,00	0,00
CS Novo Horizonte	L	Não	Não	149.175,00	998.325,00	0,00
CS Santos Anjos	NO	Não	Não	155.675,00	1.041.825,00	0,00

PREMISSAS

A - Disponibilização de R\$ 20 milhões / ano, recursos FMS (Todas as obras/ reformas/desapropriação e etc. da SMSA serão feitas com recursos do FMS).

B - Em 2010, foram considerados todos os valores já gastos e a gastar. Devem ser apurados os valores já pagos com recursos do ROT, para o ressarcimento do ROT.

C - Em 2011 será necessário rever programação de 2012, e prolongar obras para 2013 se for o caso.

D - Necessário analisar demandas de reformas/ mnt ds regionais.

*OP – Orçamento Participativo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para o período 2010 a 2013, proporcionou aos profissionais e conselheiros de saúde, um momento de grande apropriação do planejamento, referente aos objetivos propostos e às metas pactuadas em consonância com as políticas, programas e compromissos desta Secretaria. O grande diferencial desse plano foi sua validação na X Conferência Municipal de Saúde, por cerca de dez mil pessoas, entre trabalhadores, usuários e gestores, considerando os três níveis de gestão. Ressaltam-se, também, os dez pontos prioritários elencados no relatório da Conferência, retratados nas metas dispostas nos eixos de programação.

Esse processo contribuiu para a efetivação de um espaço democrático de discussão, elaboração e pactuação. Esse “espírito” de parceria, de negociação e de comprometimento vem sendo estendido para a etapa de monitoramento da execução. Para isso estão sendo elaboradas planilhas operativas para cada meta. A planilha operativa é composta de operações e ações. A realização do conjunto de ações deve levar ao cumprimento da meta. O acompanhamento de cada ação vai permitir o monitoramento e a organização do processo de trabalho.

Para a implementação do monitoramento, está disponibilizada uma ferramenta informatizada denominada MonitoraSUS que permitirá o monitoramento de todas as metas dispostas no PMS, bem como, dos instrumentos pactuados, tais como: Pacto pela Saúde, PPAG, ODM, PROESF, etc. A alimentação do sistema será feita, sistematicamente, pelos profissionais cadastrados. O acesso para consulta, será pela *intranet*, disponível a todos os trabalhadores da PBH. Estão estruturados vários tipos de relatórios que o sistema emitirá, quando solicitado.

Dessa forma, gestores, profissionais de saúde, conselheiros e a população em geral terão acesso ao grau de cumprimento das metas programadas, por meio de indicadores disponibilizados no sistema, subsidiando a tomada de decisões e permitindo aos cidadãos um acompanhamento atualizado e transparente do SUS-BH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CEDEPLAR/FACE/UFMG. "Belo Horizonte do Século XXI". Belo Horizonte:UFMG, 2004

LANSKY, S. *et al.* A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 1.^a *Expogest*. Mostra nacional de vivências inovadoras de gestão no SUS: prêmio Eleutério Rodriguez Neto: eixo 1: organização da atenção integral em saúde: resumos dos trabalhos e grandes conversas, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.463-464 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MENDES, Eugênio Vilaça, et al. (1993). Distrito Sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Editora Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL.Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS – Uma construção coletiva. Brasília, 2008.(Cadernos de Planejamento,v. 2).

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Planejamento Estratégico de Belo Horizonte 2030. Belo Horizonte, PBH: 2009. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/bhmetaseresultados>>. Acesso em 02.02.2010.

RIPSA. Indicadores e dados básicos para saúde no Brasil. Matriz de indicadores básicos. RIPSA, 2008. Disponível em <<http://www.ripsa.org.br>>.

SBI. Inquérito mostra que classe A vacina menos seus filhos. Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008. Disponível em: <<http://www.sbinfecto.org.br>>. Acesso em: 04.03.2010.

SILBERT., 1995. Embarazo en la adolescencia. *In*: La salud del adolescente y del joven. (Madaleno,M. org.) Washington, D.C.: OPS. *Apud* MIRANDA *ET AL*. A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_18.html>.

ESPMG. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte- Oficina 1: Análise da Atenção Primária a Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

SMSA. Movimento BH pelo Parto Normal. SMSA, 2010. Acesso em 03.02.2010.

SMSA. SUS-BH: Cidade Saudável - Plano Macroestratégico Secretaria Municipal de Saúde 2009-2012. SMSA: Belo Horizonte, 2009.