

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

EXERCÍCIO 2026

CANTÁ – RR

DIRETRIZ 1: GARANTIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, APRIMORAMENTO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA.

OBJETIVO1.1: AMPLIAR E QUALIFICAR ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NA HUMANIZAÇÃO, EQUIDADE E NO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADE DE SAÚDE, APRIMORANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|---|---|---|------------------|
| Manter a cobertura populacional de Atenção Básica em 95%. | Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica | <ul style="list-style-type: none"> - Manter e, quando necessário, ampliar o número de equipes de Estratégia Saúde da Família; - Adequar a composição das equipes conforme porte populacional e áreas descobertas; - Garantir cobertura em áreas rurais, periféricas e de difícil acesso; - Atualizar continuamente o mapeamento territorial das áreas de abrangência; - Garantir que toda população esteja adscrita a uma equipe de referência; - Identificar e corrigir áreas descobertas ou mal cobertas; - Intensificar o cadastro individual e domiciliar no e-SUS APS; - Realizar busca ativa de famílias não cadastradas; - Atualizar regularmente o cadastro populacional do território; - Identificar áreas com queda de cobertura e intervir rapidamente; - Fortalecer o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; - Garantir financiamento adequado para manutenção das equipes | APS |
| Realizar o cadastramento individual de 100% dos usuários, pelas Equipes de Saúde da Família para área | Percentual de cadastramento de usuários realizados | <ul style="list-style-type: none"> - - Atualizar o mapeamento do território de cada equipe da Estratégia Saúde da Família; - Definir microáreas sob responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); | APS |

| | | | |
|---|--|---|-----|
| adscrita. | pelas equipes de Saúde da Família | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar áreas descobertas e populações não cadastradas; - Realizar visitas domiciliares sistemáticas pelos ACS para cadastramento; - Utilizar de forma padronizada o sistema e-SUS APS; - Garantir infraestrutura (tablets, computadores, internet) para registro; - Adquirir motocicletas; - Capacitar as equipes para registro correto e completo dos dados; - Capacitar ACS e demais profissionais sobre importância do cadastro; - Garantir infraestrutura (tablets, computadores, internet) para registro. | |
| Realizar o cadastramento domiciliar de 100% da população, pelas Equipes de Saúde da Família para área adscrita. | Percentual de cadastramento de domiciliar realizados pelas equipes de Saúde da Família | <ul style="list-style-type: none"> - Atualizar a territorialização das equipes da Estratégia Saúde da Família; - Definir microáreas sob responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); - Identificar domicílios existentes e áreas de difícil acesso ou expansão urbana; - Realizar visitas domiciliares sistemáticas pelos ACS em todas as microáreas; - Priorizar domicílios ainda não cadastrados ou com dados desatualizados; - Reforçar o cadastramento de famílias em mudança constante de residência; - Utilizar o sistema e-SUS APS de forma padronizada; - Garantir atualização imediata dos cadastros após visita domiciliar; - Evitar duplicidades e inconsistências no banco de dados; - Capacitar os ACS para abordagem domiciliar e coleta de dados; | APS |

| | | | |
|--|---|--|------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir supervisão contínua pelas equipes de enfermagem e coordenação; - Garantir transporte adequado para visitas domiciliares; - Garantir infraestrutura (tablets, computadores, internet) para registro; - Adquirir motocicletas. | |
| <p>Realizar o cadastramento territorial de 100% da área adscrita, pelas Equipes de Saúde da Família.</p> | <p>Percentual de cadastramento do território realizados pelas equipes de Saúde da Família</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Atualizar o processo de territorialização das equipes da Estratégia Saúde da Família; - Definir claramente os limites geográficos de cada área adscrita; - Identificar bairros, ruas, comunidades rurais e áreas de expansão urbana; - Dividir o território em microáreas sob responsabilidade dos ACS; - Identificar áreas de difícil acesso e regiões de risco ou vulnerabilidade; - Registrar características demográficas, sociais, ambientais e sanitárias do território; - Mapear riscos à saúde (áreas alagadas, saneamento precário, etc.); - Identificar domicílios e populações não cadastradas; - Inserir os dados no e-SUS APS de forma padronizada; - Manter mapas e registros atualizados regularmente; - Evitar sobreposição ou ausência de áreas cobertas; - Treinar profissionais para territorialização e uso de ferramentas de registro; - Capacitar ACS e enfermeiros para leitura e atualização de mapas; - Revisar o território periodicamente (mínimo anual ou semestral). | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|--|---|------------|
| <p>Manter a adesão ao Programa de Saúde na Escola – PSE.</p> | <p>Número de adesão realizada</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar adesão ao PSE; - Elaborar Plano de Ação do PSE no início de cada ciclo; - Realizar reuniões periódicas entre Secretaria de Saúde e Educação; - Orientar os registros e manter o monitoramento das ações realizadas e digitadas no E- sus AB. | <p>APS</p> |
| <p>Realizar as 13 ações pactuadas no Programa de Saúde na Escola – PSE.</p> | <p>Número de ações do PSE realizada</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação de saúde bucal; - Realizar avaliação antropométrica (peso e altura); - Verificar a situação vacinal; - Promover palestras sobre alimentação saudável e prevenção da obesidade; - Promover palestras sobre atividade física; - Realizar palestras para prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; - Promover cultura de paz e direitos humanos; - Realizar palestras para prevenção de violências e acidentes; - Promover palestras sobre saúde sexual e reprodutiva; - Identificar agravos e encaminhamentos; - Promover palestras sobre saúde mental; - Realizar avaliação a saúde auditiva e visual; - Realizar Educação Permanente em saúde para comunidade escolar. | <p>APS</p> |
| <p>Reduzir a prevalência de deficiências de micronutrientes na população do município, garantindo o acesso e consumo adequado de vitaminas e minerais essenciais</p> | <p>Percentual da população com consumo adequado de micronutrientes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Promover educação alimentar e nutricional nas escolas e comunidades; - Incentivar o consumo de alimentos in natura e minimamente processados; - Monitorar o estado nutricional da população pelo SISVAN. | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|--|---|------------|
| <p>Ampliar a cobertura e a qualidade do monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar da população atendida na Atenção Primária, por meio do fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)</p> | <p>Percentual de indivíduos com estado nutricional registrado no SISVAN</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar continuamente os profissionais da Atenção Primária para uso do SISVAN; - Integrar o SISVAN ao prontuário eletrônico (e-SUS APS); - Disponibilizar os equipamentos antropométricos adequados (balança, estadiômetro, etc.) - Realizar busca ativa de públicos prioritários (crianças, gestantes, idosos); - Promover a alimentação adequada e saudável com base nos dados coletados. | <p>APS</p> |
| <p>Manter em 80% a cobertura de Acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.</p> | <p>Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Auxílio Brasil</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Definir responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades em cada equipe da Estratégia Saúde da Família; - Incluir o acompanhamento do programa na rotina das UBS; - Estabelecer cronograma semestral de monitoramento das famílias; - Identificar famílias beneficiárias com acompanhamento pendente; - Realizar visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); - Priorizar gestantes, crianças menores de 7 anos e famílias em vulnerabilidade; - Manter base de dados atualizada no sistema de acompanhamento do programa; - Reduzir inconsistências e cadastros desatualizados; - Acompanhar mensalmente a cobertura de acompanhamento das condicionalidades; - Identificar áreas com baixa cobertura e realizar intervenção imediata; - Capacitar profissionais sobre condicionalidades do programa; - Envolver médicos, enfermeiros e ACS no acompanhamento; | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|---|---|------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Informar famílias sobre a importância do cumprimento das condicionalidades; - Promover ações educativas nas UBS e comunidades; - Articular com assistência social para identificação de famílias faltosas. | |
| <p>Manter a cobertura de Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal em 95%.</p> | <p>Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir a atuação plena das equipes de Saúde Bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família; - Assegurar cobertura de todas as áreas adscritas com cirurgiões-dentistas e auxiliares/técnicos; - Reduzir rotatividade profissional para manter continuidade do cuidado; - Atualizar o mapeamento das áreas cobertas por cada equipe de saúde bucal; - Identificar áreas descobertas ou com baixa cobertura; - Planejar expansão de atendimento conforme crescimento populacional; - Garantir agenda regular de atendimentos odontológicos nas UBS; - Realizar atendimentos programados para grupos prioritários (crianças, gestantes, idosos); - Acompanhar mensalmente a cobertura populacional estimada de saúde bucal; - Utilizar dados do e-SUS APS e sistemas de produção odontológica; - Identificar áreas com baixa cobertura e realizar intervenção; - Realizar atendimentos em escolas, comunidades e zonas rurais; - Garantir equipamentos odontológicos em funcionamento nas UBS; - Assegurar insumos suficientes para atendimento contínuo; - Realizar manutenção preventiva dos consultórios odontológicos; | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|--|---|-----|
| | | - Capacitar equipes de saúde bucal continuamente. | |
| Alcançar 80% de cobertura de escovação dentária supervisionada em escolares da rede pública, com ações regulares nas escolas. | Percentual cobertura de escovação supervisionada em crianças de 5 a 12 anos matriculadas na rede pública de ensino | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a atuação das equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária; - Integrar ações com o Programa Saúde na Escola (PSE); - Capacitar professores e profissionais de saúde para execução das atividades; - Garantir insumos (escovas, creme dental fluoretado e local adequado para higiene); - Desenvolver atividades educativas sobre higiene bucal e alimentação saudável. | APS |
| Reduzir em 3% ao ano a proporção de exodontias na rede municipal, ampliando o acesso a ações preventivas e tratamentos conservadores em saúde bucal | Proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer as equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária; - Ampliar o acesso ao atendimento odontológico precoce; - Priorizar tratamentos conservadores em detrimento de extrações; - Intensificar ações de promoção e prevenção (educação em saúde bucal, flúor, escovação supervisionada); - Implantar protocolos clínicos para manejo adequado de cárie e doença periodontal. | APS |
| Assegurar 80% de regularidade no abastecimento de insumos odontológicos nas unidades de saúde, garantindo a continuidade dos atendimentos | Número de equipes abastecidas | <ul style="list-style-type: none"> - Implantar e/ou fortalecer o sistema de gestão de estoque e logística de insumos; - Realizar planejamento anual de compras com base no consumo médio e demanda reprimida; - Estabelecer fluxo regular de distribuição para as unidades de saúde; - Monitorar prazos de validade e evitar perdas; - Capacitar profissionais responsáveis pelo controle de estoque; - Financiar adequadamente a aquisição de materiais. | APS |
| Avaliar os níveis pressóricos em 50% dos pacientes com hipertensão arterial. | Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial | <ul style="list-style-type: none"> - Atualizar o cadastro dos pacientes hipertensos nas unidades de saúde; - Envolver enfermeiros, médicos e técnicos na aferição de | APS |

| | | | |
|---|--|--|------------|
| | <p>aferida em cada semestre</p> | <p>pressão arterial;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para identificar e acompanhar pacientes; - Identificar pacientes faltosos ou sem acompanhamento recente; - Realizar aferição de pressão arterial em domicílio, especialmente para idosos, pacientes acamados e pessoas com dificuldade de acesso à unidade; - Registrar todas as aferições no prontuário eletrônico (e-SUS APS); - Promover ações educativas sobre controle da pressão arterial; - Realizar mutirões ou dias específicos para aferição de pressão arterial; - Integrar ações com campanhas de saúde (ex: Dia Mundial da Hipertensão); - Disponibilizar esfigmomanômetros calibrados e em quantidade adequada; - Capacitar a equipe para aferição correta da pressão arterial. | |
| <p>Avaliar os níveis médios da glicose sanguínea em 50% pacientes diabéticos através do exame de hemoglobina glicada.</p> | <p>Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Atualizar o cadastro de pessoas com diabetes nas unidades de saúde; - Estratificar os pacientes por risco e definir periodicidade do exame (ex: a cada 3 a 6 meses); - Inserir a solicitação de HbA1c como rotina no acompanhamento clínico; - Envolver Médicos e enfermeiros responsáveis pela solicitação e avaliação dos exames; - Envolver os técnicos de enfermagem na organização de fluxos; - Solicitar apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na identificação de pacientes sem exames atualizados; - Identificar pacientes sem exame de HbA1c nos últimos 6 meses; - Realizar busca ativa de faltosos; | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Priorizar grupos vulneráveis (idosos, pacientes com descontrole glicêmico); - Promover mutirões de coleta, quando necessário; - Registrar resultados no prontuário eletrônico (e-SUS APS); - Acompanhar mensalmente o percentual de pacientes com HbA1c atualizada; - Orientar sobre a importância da HbA1c no controle do diabetes; - Incentivar adesão ao tratamento e acompanhamento regular; - Ajustar tratamento conforme resultados da HbA1c; - Promover acompanhamento nutricional e incentivo à atividade física. | |
| Realizar manutenção/reforma nas Unidades Básicas de saúde. | Número de manutenção/reforma realizadas | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar plano anual de manutenção e reformas; - Priorizar unidades com maior risco sanitário ou maior demanda assistencial; - Captar recursos estaduais e federais; - Inserir propostas em sistemas de financiamento (quando aplicável); - Realizar licitações e contratos para obras e serviços de manutenção; - Estabelecer contratos contínuos para manutenção preventiva; - Fiscalizar execução das obras e serviços. | Equipe Técnica |
| Pleitear recurso para construção de novas UBS no município | Número de UBS construídas | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar projetos arquitetônicos e de engenharia das novas UBS; - Adequar os projetos às normas do Ministério da Saúde e vigilância sanitária; - Incluir acessibilidade, ambiência e fluxos adequados de atendimento; - Identificar áreas com déficit de UBS ou alta demanda populacional; - Buscar emendas parlamentares (federais e estaduais); | Equipe Técnica |

| | | | |
|---|-------------------------|---|----------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir terrenos adequados e legalmente regularizados para construção; - Cadastrar propostas em sistemas oficiais de financiamento (ex: plataformas do MS); - Monitorar aprovação, liberação de recursos e execução das obras. | |
| Garantir equipamentos e materiais permanentes que contemplem todos os ambientes das Unidades Básicas de Saúde | Número de UBS equipadas | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar levantamento completo dos equipamentos e mobiliários existentes em todas as UBS para identificar itens faltantes, obsoletos ou inoperantes; - Mapear necessidades por ambiente (consultórios, odontologia, sala de vacina, curativos, farmácia, recepção etc.); - Captar recursos estaduais e federais para equipamentos de saúde; - Utilizar programas de financiamento do Ministério da Saúde quando disponíveis; - Realizar licitações ou atas de registro de preços para compras padronizadas. | Equipe Técnica |

DIRETRIZ 2: APRIMORAR AS REDES DE ATENÇÃO E PROMOVER O CUIDADO INTEGRAL AS PESSOAS NOS VÁRIOS CICLOS DE VIDA(CRIANÇA, ADOLESCENTE, JOVEM, ADULTO E IDOSO) CONSIDERANDO AS QUESTÕES DE GÊNERO E DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL, NA ATENÇÃO BÁSICA E NAS REDES TEMÁTICAS.

OBJETIVO 2.1: AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NA HUMANIZAÇÃO, EQUIDADE E NO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, APRIMORANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|---|--|---|------------------|
| Garantir para 60% a proporção de nascidos vivos com mães com no mínimo seis consultas de pré-natal. | Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1º (primeira) até as 12º (décima segunda) semana de gestação | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar gestantes precocemente na comunidade por meio dos ACS; - Realizar busca ativa de mulheres em idade fértil com atraso menstrual; - Facilitar o acesso imediato ao início do pré-natal na UBS; - Garantir consultas de pré-natal regulares conforme protocolo do Ministério da Saúde; - Definir agenda programada para acompanhamento das gestantes na Estratégia Saúde da Família; - Assegurar vínculo da gestante com equipe de referência; - Garantir solicitação e acompanhamento dos exames laboratoriais e de imagem; - Atualizar cartão da gestante em todas as consultas; - Verificar e atualizar esquema vacinal (ex: dT, dTpa, influenza); - Realizar visitas domiciliares pelos ACS para gestantes faltosas ou de risco; - Monitorar gestantes de alto risco com maior frequência; - Registrar todas as consultas e ações no e-SUS APS; | APS |

| | | | |
|---|--|---|------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar gestantes sem acompanhamento regular; - Promover grupos de gestantes nas UBS; - Orientar sobre sinais de risco, alimentação, amamentação e parto; - Incentivar participação do parceiro/família no pré-natal; - Garantir encaminhamento adequado para alto risco; - Integrar APS com maternidades e serviços especializados; - Acompanhar desfechos gestacionais. | |
| <p>Realizar o diagnóstico para sífilis e HIV em gestantes acompanhadas pelas equipes da Atenção Primária.</p> | <p>Proporção de gestantes acompanhadas na Atenção Primária testadas para sífilis e HIV</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar testagem para sífilis e HIV na primeira consulta de pré-natal; - Garantir solicitação imediata de exames laboratoriais obrigatórios; - Incluir testagem como rotina obrigatória na Estratégia Saúde da Família; - Repetir testes de sífilis e HIV no 3º trimestre da gestação; - Garantir rastreio contínuo para reduzir risco de transmissão vertical; - Monitorar gestantes que iniciaram pré-natal tardiamente; - Capacitar profissionais de saúde para realização e interpretação dos testes; - Treinar equipes para aconselhamento pré e pós-teste; - Identificar gestantes que não realizaram testagem no tempo adequado; - Registrar todas as testagens no e-SUS APS e prontuário da gestante; - Garantir início rápido do tratamento da sífilis na APS; - Encaminhar e acompanhar gestantes HIV positivas em rede especializada; - Realizar notificação obrigatória de casos; - Orientar gestantes sobre importância da testagem para | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|---|---|------------|
| <p>Realizar 1 (um) atendimento odontológico nas gestantes acompanhadas nas unidades de saúde.</p> | <p>Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado</p> | <p>prevenção da transmissão vertical.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrar o atendimento odontológico ao fluxo do pré-natal na Estratégia Saúde da Família; - Incluir a consulta odontológica como etapa obrigatória do acompanhamento da gestante; - Estabelecer comunicação direta entre equipe de enfermagem e saúde bucal; - Agendar a consulta odontológica já na primeira consulta de pré-natal; - Criar agenda prioritária para gestantes nas equipes de saúde bucal; - Garantir encaixe rápido para evitar perda de oportunidade; - Identificar gestantes que não realizaram atendimento odontológico; - Adaptar fluxo de atendimento para urgências odontológicas da gestação; - Registrar consultas odontológicas no e-SUS APS; - Orientar gestantes sobre a importância da saúde bucal durante a gestação; - Promover reuniões entre equipes de saúde bucal e pré-natal. | <p>APS</p> |
| <p>Ampliar 10% ao ano o percentual de Parto Normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.</p> | <p>Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer o acompanhamento das gestantes na Estratégia Saúde da Família; - Identificar precocemente gestantes de risco habitual; - Orientar sobre benefícios do parto normal desde o início do pré-natal; - Abordar mitos e medos relacionados ao parto normal; - Fortalecer vínculo entre APS e maternidades de referência; - Acompanhar indicações clínicas de cesárea com base em evidências; | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|--|---|-----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Estimular protocolos clínicos baseados em boas práticas obstétricas; - Capacitar profissionais sobre boas práticas no parto e nascimento; - Apoiar presença de acompanhante de livre escolha. | |
| Reduzir 5% a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos. | Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Integrar ações com o Programa Saúde na Escola; - Desenvolver atividades educativas sobre sexualidade, prevenção de IST e métodos contraceptivos; - Garantir acolhimento qualificado de adolescentes nas UBS; - Ofertar atendimento sigiloso e sem julgamento; - Disponibilizar métodos contraceptivos de forma contínua nas UBS; - Oferecer preservativos masculinos e femininos gratuitamente; - Facilitar acesso a anticoncepcionais de longa duração quando indicados; - Abordar prevenção de IST, gravidez não planejada e direitos sexuais e reprodutivos; - Realizar busca ativa de adolescentes em situação de vulnerabilidade; - Identificar áreas com maior incidência para ações focalizadas; - Integrar ações entre saúde, educação e assistência social; - Fortalecer rede de proteção social para adolescentes; - Realizar campanhas de prevenção da gravidez na adolescência. | APS |
| Garantir a realização do Teste do Pezinho em 100% dos recém-nascidos do município, dentro do período recomendado, assegurando diagnóstico precoce de doenças e início oportuno do | Percentual de recém-nascidos com teste do pezinho realizado | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir coleta do teste entre o 3º e 5º dia de vida; - Realizar o exame nas UBS e maternidades; - Integrar o procedimento à rotina da puerpério imediato na Estratégia Saúde da Família; - Acompanhar visitas domiciliares na primeira semana de vida; - Acionar ACS para localizar RN não testados; - Realizar visita domiciliar na primeira semana de vida; | APS |

| | | | |
|--|---|---|------------|
| tratamento. | | <ul style="list-style-type: none"> - Orientar família sobre importância e prazo do exame; - Garantir envio adequado das amostras ao laboratório de referência; - Assegurar retorno rápido dos resultados; - Garantir encaminhamento imediato dos casos suspeitos; - Iniciar tratamento precoce quando necessário; - Acompanhar casos confirmados na rede especializada; - Treinar profissionais para coleta correta da amostra; - Orientar gestantes ainda no pré-natal sobre a importância do exame. | |
| <p>Garantir a realização de consulta puerperal em 100% das puérperas atendidas nas maternidades do município, no período recomendado, assegurando acompanhamento integral da mulher e do recém-nascido na Atenção Primária à Saúde</p> | <p>Percentual de puérperas com consulta realizada</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer fluxo de contrarreferência entre maternidades e UBS; - Garantir agendamento da consulta puerperal ainda na alta hospitalar; - Identificar nascimentos diariamente por meio das maternidades; - Acionar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para localização das puérperas; - Realizar visita domiciliar na primeira semana pós-parto; - Garantir consulta entre o 7º e 10º dia pós-parto (ou conforme protocolo local); - Assegurar acolhimento imediato em caso de intercorrências; - Verificar e atualizar situação vacinal da puérpera; - Solicitar exames quando necessário (hemoglobina, infecções etc.); - Orientar planejamento reprodutivo pós-parto; - Registrar consulta puerperal no e-SUS APS; - Orientar sobre cuidados no puerpério e sinais de alerta; - Priorizar mulheres com complicações no parto ou gestação de risco - Fortalecer comunicação entre maternidades e APS. | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|--|--|------------|
| <p>Garantir a oferta e o acesso às ações de Planejamento Familiar em 100% das Unidades de Atenção Primária à Saúde, assegurando orientação, escolha informada e disponibilidade de métodos contraceptivos para a população em idade reprodutiva</p> | <p>Número de UBS com oferta de planejamento familiar</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estruturar o atendimento de planejamento reprodutivo nas UBS da Estratégia Saúde da Família; - Incluir o planejamento familiar como rotina nas consultas de enfermagem e médicas; - Garantir acolhimento contínuo e sem necessidade de encaminhamento; - Disponibilizar métodos contraceptivos hormonais e não hormonais na rede; - Garantir acesso contínuo a preservativos masculinos e femininos; - Ofertar métodos de longa duração quando indicados (DIU, implantes quando disponíveis); - Realizar orientações individuais e em grupo sobre planejamento reprodutivo; - Trabalhar direitos sexuais e reprodutivos da população; - Incentivar participação dos parceiros nas ações de planejamento familiar; - Identificar pessoas com necessidade de planejamento reprodutivo nas visitas domiciliares; - Registrar todas as ações no e-SUS APS; - Capacitar profissionais para aconselhamento em planejamento reprodutivo. | <p>APS</p> |
| <p>Manter em 40% a cobertura de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos de idade.</p> | <p>Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer o atendimento preventivo nas equipes da Estratégia Saúde da Família; - Inserir o exame citopatológico como rotina programada das UBS; - Garantir agenda contínua para coleta do exame; - Identificar mulheres de 25 a 64 anos com exame em atraso; - Priorizar mulheres nunca rastreadas ou com exames vencidos; - Acompanhar mensalmente a razão de exames realizados | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|--|--|------------|
| | | <p>(SISCOLO/e-SUS APS);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar áreas com baixa cobertura; - Ofertar horários estendidos para coleta do citopatológico; - Realizar mutirões periódicos de prevenção do câncer do colo do útero; - Capacitar enfermeiros e profissionais habilitados para coleta adequada; - Garantir qualidade das amostras laboratoriais; - Assegurar fluxo rápido de envio e resultado dos exames; - Promover ações educativas sobre prevenção do câncer do colo do útero; - Realizar o outubro Rosa. | |
| <p>Manter em 40% a cobertura de exames de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos de idade.</p> | <p>Proporção de mulheres com rastreamento na APS</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer o rastreamento nas equipes da Estratégia Saúde da Família; - Inserir a solicitação de mamografia na rotina das consultas de enfermagem e médicas; - Identificar mulheres de 40 a 69 anos com exame em atraso; - Priorizar mulheres nunca rastreadas ou fora do intervalo recomendado; - Identificar barreiras de acesso ao exame (medo, distância, desinformação); - Acompanhar mensalmente a razão de mamografias realizadas (SISCAN/e-SUS APS); - Garantir fluxo regulado para realização de mamografias; - Estabelecer parcerias com serviços de referência; - Realizar mutirões de exames quando necessário; - Capacitar profissionais para solicitação adequada da mamografia; - Garantir encaminhamento correto dos casos suspeitos; - Realizar campanhas sobre prevenção do câncer de mama; | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|--|--|-----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o autocuidado e a adesão ao rastreamento; - Realizar campanhas como o Outubro Rosa. | |
| Implementar o cuidado a saúde do homem. | Número de ações realizadas | <ul style="list-style-type: none"> - Inserir a saúde do homem na rotina das equipes da Estratégia Saúde da Família; - Definir fluxo de atendimento específico para a população masculina; - Garantir acolhimento e atendimento em horários mais acessíveis (ex: horário estendido); - Ofertar consultas programadas e demanda espontânea para homens; - Facilitar o acesso a exames preventivos e laboratoriais; - Identificar homens com baixa frequência nas UBS; - Priorizar grupos de risco (hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo); - Incentivar check-ups periódicos (glicemia, colesterol, pressão arterial); - Orientar sobre prevenção de câncer de próstata conforme protocolos; - Desenvolver ações educativas voltadas à saúde do homem; - Promover ações em locais de grande circulação masculina (trabalho, esportes, comunidades); - Capacitar profissionais para abordagem específica da saúde do homem; - Realizar campanhas como o Novembro Azul. | APS |
| Manter 0 o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. | Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir início precoce do pré-natal e acompanhamento regular na Estratégia Saúde da Família; - Realizar estratificação de risco gestacional em todas as consultas; - Assegurar número adequado de consultas conforme protocolo; | APS |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar sinais de risco desde o início da gestação; - Encaminhar oportunamente gestantes de risco para serviço especializado; - Garantir contrarreferência e acompanhamento compartilhado; - Monitorar hipertensão, diabetes e outras complicações gestacionais; - Reforçar rastreamento de sífilis, HIV e outras infecções; - Capacitar profissionais em manejo de risco gestacional e urgências obstétricas. | |
| <p>Manter abaixo de 5 o numero de óbitos infantis.</p> | <p>Taxa de mortalidade infantil</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir início precoce e acompanhamento regular do pré-natal na Estratégia Saúde da Família; - Classificar risco gestacional e acompanhar gestantes de alto risco de forma intensiva; - Assegurar visitas domiciliares no puerpério precoce (primeira semana de vida do RN e da mãe); - Garantir consultas de puericultura desde a primeira semana de vida; - Monitorar crescimento e desenvolvimento infantil regularmente; - Identificar precocemente sinais de risco neonatal; - Garantir vacinação oportuna conforme calendário infantil; - Realizar busca ativa de crianças com esquema vacinal incompleto; - Garantir acesso rápido a atendimento pediátrico na APS e urgência; - Capacitar equipes para identificação de sinais de perigo em crianças; - Orientar sobre aleitamento materno exclusivo até 6 meses; - Ensinar sinais de alerta em recém-nascidos e lactentes; - Incentivar práticas seguras de cuidado infantil e prevenção de acidentes; | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|---|---|-----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar peso e desenvolvimento infantil regularmente; - Intervir precocemente em casos de desnutrição ou risco nutricional; - Fortalecer articulação entre APS, maternidades e hospitais pediátricos. | |
| Manter a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (CNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) abaixo de 5. | Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) | <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o acompanhamento contínuo na Estratégia Saúde da Família; - Estratificar risco dos usuários com DCNT; - Garantir acompanhamento periódico de usuários de alto risco; - Realizar aferição regular de pressão arterial e glicemia; - Incentivar rastreamento de câncer conforme protocolos (colo do útero, mama e outros); - Identificar precocemente complicações de diabetes e hipertensão; - Garantir acompanhamento clínico multiprofissional; - Incentivar alimentação saudável e redução do consumo de ultraprocessados; - Promover atividade física regular na comunidade; - Acompanhar pacientes com DCNT descompensadas; - Desenvolver ações de combate ao tabagismo e ao uso nocivo de álcool; - Implementar e fortalecer o programa de cessação do tabagismo; - Promover grupos educativos para pacientes com hipertensão, diabetes e doenças respiratórias; - Fortalecer linhas de cuidado para DCNT . | APS |
| Manter em 100% a investigação de óbitos em mulheres em idade fértil. | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados | <ul style="list-style-type: none"> - Estruturar fluxo formal entre vigilância epidemiológica e Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família; - Garantir notificação imediata de todo óbito de mulher em idade fértil; - Definir prazos para início e conclusão da investigação; | APS |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">- Realizar investigação de 100% dos casos no prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde;- Identificar causas básicas e associadas do óbito;- Envolver Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na busca de informações no território;- Articular informações entre UBS, hospitais e serviços de urgência;- Garantir acesso a prontuários e laudos médicos;- Realizar análise criteriosa para identificar causas evitáveis;- Fortalecer o Comitê de Mortalidade Materna e de Mulheres em Idade Fértil;- Capacitar profissionais da APS e vigilância em investigação de óbitos. | |
|--|--|--|--|

DIRETRIZ 3: REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS A SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DE AÇÕES PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

OBJETIVO 3.1: FORTALECER E INTEGRAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE, VISANDO À REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS E AGRAVOS, COM FOCO NA PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE, MONITORAMENTO CONTÍNUO E RESPOSTA QUALIFICADA ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|--|--|---|------------------|
| <p>Manter em 100% as notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.</p> | <p>Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Padronizar o preenchimento completo das fichas de notificação de violência; - Tornar obrigatório o campo raça/cor no fluxo de registro; - Reforçar a checagem da qualidade das notificações antes do envio ao sistema Sistema de Informação de Agravos de Notificação; - Treinar profissionais da Atenção Primária e urgência sobre notificação qualificada; - Orientar sobre a importância epidemiológica do campo raça/cor; - Atualizar equipes sobre o correto preenchimento das fichas ; - Definir responsável técnico pela vigilância em cada unidade; - Integrar a notificação ao processo de atendimento na Estratégia Saúde da Família; - Acompanhar mensalmente o percentual de notificações com campo raça/cor preenchido corretamente; - Incentivar registro qualificado como ferramenta de gestão; - Incluir a notificação como parte obrigatória do atendimento às vítimas de violência; - Fortalecer fluxo rápido de registro e análise dos casos. | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
| | | | |
| <p>Realizar no mínimo 95% o preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de agravos de acidente do trabalho, acidente de trabalho com exposição à material biológico e intoxicação exógena.</p> | <p>Proporção de preenchimento do campo “Ocupação” nas notificações de agravos de acidente do trabalho, acidente de trabalho com exposição à material biológico e intoxicação exógena.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Padronizar o preenchimento completo das fichas de notificação dos agravos relacionados ao trabalho; - Tornar obrigatório o campo “Ocupação” antes do envio da notificação no sistema Sistema de Informação de Agravos de Notificação; - Implementar revisão prévia das fichas antes da digitação final; - Treinar profissionais da urgência, APS e vigilância sobre notificação de acidentes de trabalho; - Orientar sobre a importância epidemiológica do campo ocupação; - Atualizar equipes sobre classificação correta de ocupações; - Definir profissional responsável pela vigilância em cada unidade de saúde; - Integrar a notificação ao atendimento inicial do paciente acidentado; - Reforçar a importância da ocupação para identificação de riscos laborais; - Utilizar os dados para orientar ações de prevenção de acidentes; - Promover educação permanente em saúde do trabalhador; - Fortalecer o fluxo entre unidades assistenciais e vigilância epidemiológica; - Garantir notificação imediata dos agravos relacionados ao trabalho | <p>Vigilância em Saúde</p> |

| | | | |
|---|---|---|----------------------------|
| <p>Registrar 95% os óbitos com causa básica definida.</p> | <p>Proporção de registro de óbitos com causa básica definida</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar médicos sobre correto preenchimento da Declaração de Óbito; - Reforçar a importância da definição adequada da causa básica; - Reduzir uso de causas mal definidas ou inespecíficas; - Integrar serviços de saúde, vigilância epidemiológica e cartórios; - Garantir análise técnica das declarações antes do encerramento do caso; - Estabelecer rotina de revisão dos óbitos com causa mal definida; - Realizar investigação de óbitos com causa básica não definida; - Realizar educação permanente sobre codificação de causas de morte; - Atualizar equipes sobre regras de seleção da causa básica; - Fortalecer comunicação com unidades hospitalares emissoras de DO. | <p>Vigilância em Saúde</p> |
| <p>Manter atualizado o cadastros das salas de vacinas no CNES.</p> | <p>Cobertura de salas de vacinas ativas cadastradas no CNES informando mensalmente dados de vacinação</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar revisão sistemática dos dados das salas de vacina no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; - Estabelecer rotina mensal de conferência dos dados; - Estabelecer fluxo de comunicação entre gestão municipal e unidades de saúde; - Treinar profissionais responsáveis pelo cadastro no CNES; - Reforçar a importância do CNES para financiamento e planejamento em saúde. | <p>Vigilância em Saúde</p> |
| <p>Garantir 75% a cobertura vacinal da vacina da Gripe para o público alvo definido pelo Ministério da Saúde.</p> | <p>Proporção de vacinas contra a gripe</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Planejar e executar a campanha anual de vacinação contra a Influenza; - Garantir disponibilidade de doses em todas as salas de vacinação da Estratégia Saúde da Família; - Manter salas de vacinação com horário ampliado; - Realizar vacinação extramuros (escolas, praças, igrejas e | <p>APS</p> |

| | | | |
|--|--|---|-----|
| | | <p>eventos comunitários);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover dias D de mobilização municipal; - Identificar e convocar idosos, gestantes, crianças e grupos de risco; - Atuar com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na busca ativa; - Realizar campanhas educativas sobre importância da vacinação; - Treinar profissionais para atualização do esquema vacinal e registro correto. | |
| Garantir 75% aplicação da vacina contra COVID 19, conforme calendário do Ministérios da Saúde e resoluções da CIB/RR. | Proporção de vacinas contra COVID 19 | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir oferta contínua da vacina contra COVID-19 em todas as salas de vacinação da Estratégia Saúde da Família; - Seguir rigorosamente o calendário do Ministério da Saúde e da CIB/RR; - Manter fluxo organizado para vacinação de rotina e campanhas; - Realizar vacinação em horários estendidos nas UBS; - Promover vacinação extramuros (escolas, praças, comunidades e eventos); - Realizar mutirões e “dias D” de mobilização; - Identificar pessoas com esquema vacinal incompleto ou atrasado; - Desenvolver campanhas educativas sobre segurança e importância da vacina; - Garantir segurança e qualidade na aplicação das doses; - Capacitar equipes sobre registro correto e manejo de vacinas. | APS |
| Garantir 100% a cobertura vacinal de 4 vacinas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade. | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir oferta contínua de vacinas nas salas de vacinação da Estratégia Saúde da Família; - Integrar a vacinação ao acompanhamento de puericultura; - Assegurar agenda diária para vacinação infantil nas UBS; - Identificar crianças menores de 1 ano com vacinas em atraso; | APS |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); - Acompanhar mensalmente a cobertura das 4 vacinas prioritárias; - Identificar áreas com baixa cobertura e implementar ações corretivas; - Orientar famílias sobre a importância do esquema vacinal completo; - Realizar campanhas educativas em UBS e comunidades; - Capacitar profissionais sobre calendário vacinal infantil atualizado; - Garantir registro correto das doses aplicadas; - Integrar vacinação com consultas de puericultura e pré-natal; - Utilizar o Programa Saúde na Escola para atualização vacinal de crianças em idade escolar; - Articular com maternidades para vacinação antes da alta hospitalar quando aplicável; - Garantir estoque regular das vacinas do calendário infantil; - Manter rede de frio adequada em todas as unidades; - Evitar perdas e desabastecimento. | |
| <p>Garantir 50% a cobertura vacinal contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B e poliomielite inativada.</p> | <p>Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir oferta regular da vacina pentavalente e VIP em todas as unidades da Estratégia Saúde da Família; - Integrar a vacinação ao acompanhamento de puericultura; - Assegurar fluxo diário de vacinação infantil nas UBS; - Identificar crianças com doses atrasadas ou incompletas; - Realizar visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); - Acompanhar mensalmente a cobertura da pentavalente e VIP; - Identificar áreas com baixa adesão e priorizar intervenções; - Orientar famílias sobre a importância da vacinação no primeiro | <p style="text-align: center;">APS</p> |

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
| | Poliomielite inativada | <p>ano de vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar campanhas educativas nas UBS e comunidades; - Capacitar profissionais sobre calendário vacinal e técnicas de aplicação; - Garantir registro correto das doses no sistema oficial; - Integrar vacinação com consultas de puericultura e pré-natal; - Articular com maternidades para orientação vacinal na alta hospitalar. | |
| Realizar 6 ciclos de visita domiciliar para controle da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya nos imóveis cadastrados do município, com no mínimo 80% cobertura. | Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. | <ul style="list-style-type: none"> - Planejar e executar os 6 ciclos regulares de visita domiciliar no município; - Garantir cobertura territorial completa pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE); - Integrar as ações de vigilância ambiental na rotina da Estratégia Saúde da Família; - Manter cadastro atualizado dos imóveis do município; - Identificar áreas de maior risco para infestação do vetor; - Priorizar bairros com histórico de alta incidência; - Realizar inspeção sistemática de recipientes com água parada; - Orientar moradores sobre eliminação de criadouros; - Realizar campanhas educativas contínuas sobre prevenção das arboviroses; - Promover mutirões de limpeza em áreas críticas; - Treinar ACEs para inspeção e eliminação correta de criadouros; - Fortalecer atuação conjunta com equipes de saúde. | Vigilância em Saúde |
| Realizar 4 atividades ao ano de Levantamento Entomológico (LIRAa/LIA ou Armadilhas), infestado/não infestado. | Número de atividades de Levantamento Entomológico (LIRAa/LIA ou Armadilhas) | <ul style="list-style-type: none"> - Programar 4 ciclos anuais de LIRAa/LIA conforme sazonalidade das arboviroses; - Definir áreas prioritárias com base em histórico de infestação; - Integrar o planejamento à vigilância em saúde ambiental na Estratégia Saúde da Família; - Realizar amostragem dos imóveis conforme metodologia do | Vigilância em Saúde |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | realizadas, de acordo com a classificação do município (infestado/não infestado) | Ministério da Saúde; - Classificar imóveis em infestados e não infestados; - Identificar principais tipos de criadouros do vetor; - Implantar armadilhas para monitoramento contínuo do vetor; - Intensificar ações de controle vetorial em áreas com altos índices; - Realizar mutirões de eliminação de criadouros; - Reforçar visitas domiciliares pelos ACE; - Promover campanhas de conscientização sobre prevenção da dengue; - Treinar Agentes de Combate às Endemias (ACE) na metodologia do LIRAA. | |
| Realizar 70% das ações de Vigilância Sanitária pactuadas em CIB. | Percentual de ações que realizam as ações de Vigilância Sanitária, pactuadas em CIB | - Monitorar os registros dos procedimentos de vigilância sanitária no SIASUS; - Realizar Cadastro de Estabelecimentos sujeitos a VISA; - Realizar licenciamento dos Estabelecimentos sujeitos a VISA; - Realizar Cadastro de Serviços de Alimentação; - Realizar licenciamento dos Serviços de Alimentação; - Receber denúncias/reclamações; - Atender denúncias/reclamações; - Realizar inspeção em estabelecimentos sujeitos a VISA; - Realizar atividades educativas para população e para o setor regulado; - Ofertar capacitação para equipe em Vigilância em Saúde. | Vigilância Sanitária Fiscal Sanitário |
| Alcançar no mínimo 90% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nas coortes anuais. | Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes | - Assegurar oferta contínua da poliquimioterapia para Hanseníase em todas as unidades da Estratégia Saúde da Família; - Garantir início imediato do tratamento após diagnóstico; - Monitorar regularidade das doses supervisionadas; - Realizar consultas mensais ou conforme protocolo; - Monitorar reações hansênicas e eventos adversos; | APS |

| | | | |
|--|---|--|------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar grau de incapacidade física ao diagnóstico e alta; - Identificar pacientes em abandono de tratamento; - Reintegrar imediatamente pacientes ao tratamento; - Realizar acolhimento humanizado e acompanhamento individualizado; - Orientar pacientes sobre importância da regularidade do tratamento; - Promover ações educativas para pacientes e familiares; - Esclarecer que a hanseníase tem cura com tratamento adequado; - Incentivar autocuidado e reconhecimento de sinais de agravamento; - Garantir fluxo adequado entre APS e serviços de referência; - Realizar avaliação neurológica periódica; - Iniciar tratamento precoce de reações hansênicas; - Promover reabilitação quando necessário; - Treinar profissionais para manejo clínico da hanseníase. | |
| <p>Examinar no mínimo 83,50% dos contatos dos casos novos de hanseníase diagnosticados nas coortes anuais.</p> | <p>Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar todos os contatos intradomiciliares e sociais dos casos novos de hanseníase; - Realizar avaliação clínica inicial de todos os contatos registrados; - Priorizar investigação logo após o diagnóstico do caso índice; - Integrar o acompanhamento de hanseníase na rotina da Estratégia Saúde da Família; - Definir profissional de referência para acompanhamento dos casos; - Localizar contatos não avaliados ou ausentes nas unidades; - Reforçar a importância do exame precoce; - Realizar exame dermatoneurológico dos contatos; - Identificar precocemente sinais e sintomas sugestivos de | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|--|---|------------|
| | | <p>hanseníase;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar indicação de vacinação BCG para contatos conforme protocolo vigente; - Orientar sobre sinais de alerta e necessidade de retorno imediato; - Acompanhar contatos por período recomendado; - Garantir notificação e atualização dos casos no sistema de informação Hanseníase; - Realizar análise de risco e transmissão no território; - Orientar famílias sobre a transmissibilidade e tratamento da hanseníase; - Incentivar adesão dos contatos ao exame; - Capacitar profissionais para exame dermatoneurológico; - Fortalecer o manejo clínico e preventivo. | |
| <p>Manter 0 o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.</p> | <p>Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir testagem para HIV no início e no terceiro trimestre da gestação; - Repetir testagem em gestantes de risco conforme protocolo; - Assegurar início imediato da terapia antirretroviral (TARV); - Monitorar adesão ao tratamento durante toda a gestação; - Realizar acompanhamento multiprofissional contínuo; - Garantir protocolo completo de prevenção da transmissão materno-infantil; - Administrar profilaxia no recém-nascido quando indicado; - Garantir seguimento especializado das crianças expostas ao HIV; - Realizar testes diagnósticos no tempo oportuno; - Integrar atenção primária, maternidades e serviços especializados; - Assegurar acesso rápido a exames e medicamentos; - Monitorar gestantes vivendo com HIV no município; | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|---|---|-----|
| | | - Treinar profissionais sobre prevenção da transmissão vertical do HIV. | |
| Manter 0 o número de óbitos precoces pela aids na população residente. | Número de óbitos precoces pela aids na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado | <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a testagem rápida para HIV em todas as unidades da Estratégia Saúde da Família; - Ofertar testagem para populações prioritárias e situações de risco; - Garantir início da terapia antirretroviral (TARV) imediatamente após diagnóstico; - Reduzir tempo entre diagnóstico e início do tratamento; - Acompanhar adesão ao tratamento de forma contínua; - Realizar consultas regulares e monitoramento da carga viral e CD4; - Identificar precocemente falhas terapêuticas; - Garantir manejo oportuno de infecções oportunistas; - Assegurar disponibilidade regular de antirretrovirais; - Evitar interrupções no tratamento por falhas logísticas; - Monitorar dispensação de medicamentos; - Acompanhar todos os casos de HIV/AIDS no município; - Promover ações educativas sobre HIV/AIDS e adesão ao tratamento; - Incentivar testagem precoce e cuidado contínuo; - Capacitar profissionais sobre manejo clínico do HIV/AIDS. | APS |
| Reduzir em 15% ao ano os casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, por meio do fortalecimento do pré-natal e do tratamento oportuno | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir início precoce do pré-natal em todas as gestantes na Estratégia Saúde da Família; - Realizar testagem para sífilis no 1º e 3º trimestre da gestação; - Repetir testagem no momento do parto, conforme protocolo; - Garantir disponibilidade de testes rápidos para sífilis em todas as UBS; - Iniciar tratamento imediatamente após diagnóstico positivo; | APS |

| | | | |
|--|--|---|------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar atrasos entre diagnóstico e conduta terapêutica; - Assegurar tratamento completo com penicilina conforme protocolo; - Garantir tratamento simultâneo do parceiro sexual; - Monitorar adesão e conclusão do tratamento; - Identificar gestantes com sífilis e classificar risco gestacional; - Realizar seguimento do recém-nascido exposto; - Monitorar abandono de tratamento; - Orientar gestantes e parceiros sobre prevenção das ISTs; - Incentivar testagem precoce e tratamento imediato; - Capacitar profissionais para manejo clínico da sífilis na gestação; - Fortalecer abordagem do casal (gestante e parceiro). | |
| <p>Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).</p> | <p>Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estruturar fluxo padronizado entre unidades notificadoras e vigilância epidemiológica; - Garantir início imediato da investigação após notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; - Definir prazos internos para encerramento dos casos conforme norma técnica; - Capacitar profissionais sobre doenças de notificação compulsória imediata; - Atualizar equipes sobre critérios de encerramento de casos; - Reforçar responsabilidade das unidades notificadoras; - Coletar informações clínicas, laboratoriais e epidemiológicas completas; - Classificar corretamente os casos (confirmado, descartado, inconclusivo); - Inserir informações completas no sistema dentro do prazo; - Evitar casos em aberto por falha de informação; - Fortalecer comunicação entre UBS, hospitais e vigilância | <p>APS</p> |

| | | | |
|---|---|--|-----|
| | | <p>epidemiológica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar troca de informações para encerramento ágil; - Priorizar doenças de notificação imediata (ex: meningites, sarampo, óbitos suspeitos, etc.); - Evitar acúmulo de casos sem investigação; - Reduzir inconsistências e dados incompletos nas notificações. | |
| Alcançar no mínimo 85% de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticados no município. | Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. | <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a busca ativa de sintomáticos respiratórios na Estratégia Saúde da Família; - Garantir realização de baciloscopia, teste rápido molecular e outros exames diagnósticos; - Reduzir o tempo entre início dos sintomas e diagnóstico; - Garantir início rápido do tratamento após diagnóstico confirmado; - Acompanhar adesão rigorosa ao esquema terapêutico; - Realizar tratamento diretamente observado (TDO) quando indicado; - Identificar precocemente pacientes que faltam ao tratamento; - Reintegrar pacientes em abandono o mais rápido possível; - Acompanhar mensalmente os indicadores de cura, abandono e óbito; - Identificar unidades com baixa performance para intervenção; - Orientar pacientes e familiares sobre a importância da continuidade do tratamento; - Promover ações educativas sobre prevenção e transmissão; - Capacitar profissionais para manejo clínico da tuberculose. | APS |
| Garantir 70% de cobertura dos contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial | Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar todos os contatos domiciliares e sociais de casos novos de Tuberculose pulmonar confirmada; - Realizar avaliação dos contatos logo após a notificação do caso índice; - Priorizar investigação dos contatos mais próximos e vulneráveis; | APS |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| | <p>confirmação laboratorial.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Localizar contatos faltosos ou não comparecentes à unidade; - Realizar exame clínico e investigação de sintomáticos respiratórios; - Solicitar exames laboratoriais e radiológicos quando indicado; - Identificar precocemente casos secundários de tuberculose; - Orientar familiares sobre transmissão, prevenção e importância do exame; - Incentivar adesão dos contatos ao acompanhamento; - Treinar profissionais para investigação de contatos de tuberculose; - Fortalecer atuação dos ACS na identificação de contatos; - Avaliar indicação de tratamento preventivo da infecção latente quando indicado; - Acompanhar contatos de alto risco (crianças, imunossuprimidos). | |
| <p>Reduzir 15% ao ano os casos autóctones de malária.</p> | <p>Número de casos autóctones de malária</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar monitoramento contínuo dos vetores transmissores da Malária; - Intensificar ações de controle vetorial em áreas de maior transmissão; - Aplicar medidas de borrifação residual intradomiciliar quando indicado; - Identificar e intervir em criadouros de mosquitos; - Garantir testagem rápida para malária em todas as unidades de saúde; - Capacitar equipes para identificação de casos suspeitos; - Reduzir o tempo entre início dos sintomas e diagnóstico; - Iniciar tratamento antimalárico imediatamente após confirmação; - Garantir adesão completa ao esquema terapêutico; - Monitorar resposta clínica dos pacientes; - Realizar busca ativa de sintomáticos em áreas endêmicas; | <p>Vigilância em Saúde ACE</p> |

| | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Orientar população sobre prevenção da malária; - Incentivar uso de mosquiteiros impregnados e proteção individual; - Promover campanhas em áreas de risco; - Treinar profissionais para diagnóstico e manejo da malária; - Atuar imediatamente em áreas com aumento de casos; - Realizar investigação epidemiológica de todos os casos autóctones; - Implementar medidas de contenção da transmissão. | |
| <p>Ampliar 15% ao ano os casos de malária que iniciaram tratamento em até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados.</p> | <p>Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir testagem rápida para Malária em todas as unidades de saúde; - Disponibilizar exames laboratoriais 24h em áreas de risco; - Reduzir tempo entre chegada do paciente e confirmação diagnóstica; - Estruturar fluxo de atendimento prioritário para suspeita de malária na Estratégia Saúde da Família; - Garantir classificação de risco imediata para pacientes febris; - Assegurar início de conduta terapêutica no mesmo dia da suspeita; - Garantir disponibilidade contínua de medicamentos antimaláricos; - Iniciar tratamento imediatamente após diagnóstico confirmado; - Diferenciar fluxo para casos autóctones e importados conforme protocolo; - Realizar busca ativa de sintomáticos em áreas endêmicas; - Acompanhar mensalmente o tempo entre início dos sintomas e início do tratamento; - Orientar população sobre sintomas iniciais da malária e busca imediata de atendimento; - Promover campanhas em áreas de maior risco; | <p>Vigilância em Saúde ACE</p> |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Treinar profissionais para reconhecimento rápido de casos suspeitos; - Reforçar importância do tratamento imediato; - Investigar origem da infecção (autóctone ou importada); - Implementar ações de bloqueio quando necessário. | |
| Realizar a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sistemas de Abastecimento de Água, Soluções Alternativas Coletivas de Abastecimento de Água), de acordo com a Portaria GM/MS 888/2021. | Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro) | <ul style="list-style-type: none"> - Organizar as ações da Vigilância em Saúde Ambiental para monitoramento da água; - Implementar rotina de inspeção e coleta de amostras nos sistemas de abastecimento; - Integrar as ações na Estratégia Saúde da Família para apoio territorial; - Garantir envio regular de amostras ao laboratório de referência; - Identificar riscos de contaminação e propor medidas corretivas; - Alimentar regularmente os sistemas de informação de vigilância da qualidade da água; - Notificar imediatamente casos de água fora dos padrões de potabilidade; - Orientar a população sobre consumo seguro da água; - Promover campanhas educativas em áreas rurais e vulneráveis; - Articular ações com companhias de abastecimento de água e saneamento; - Treinar profissionais sobre a Portaria GM/MS nº 888/2021; - Atualizar equipes sobre coleta, armazenamento e análise de amostras; - Padronizar procedimentos de inspeção sanitária. | Vigilância em Saúde |
| Manter 0 os óbitos por Leptospirose em determinado ano e local de residência. | Número de óbitos por Leptospirose em determinado ano e local de residência | <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar profissionais para reconhecimento rápido de sinais e sintomas da Leptospirose; - Garantir testagem e investigação laboratorial imediata nos casos suspeitos; - Reduzir o tempo entre início dos sintomas e início do | Vigilância em Saúde ACE |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| | | <p>tratamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar tratamento antibiótico precocemente, conforme protocolo clínico; - Garantir acesso rápido a medicamentos nas unidades de urgência e na Estratégia Saúde da Família; - Monitorar evolução clínica dos pacientes de forma contínua; - Identificar áreas com alagamentos e risco de contato com água contaminada; - Intensificar ações de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos; - Realizar controle de roedores em áreas de risco; - Monitorar incidência e letalidade da leptospirose; - Identificar áreas de maior risco para intervenção imediata; - Atuar rapidamente após enchentes e alagamentos; - Implementar medidas emergenciais de controle ambiental; - Orientar população sobre riscos de contato com água de enchente; - Incentivar busca imediata de atendimento ao surgimento de sintomas; - Treinar profissionais para diagnóstico e manejo clínico da leptospirose. | |
| <p>Alcançar no mínimo 90% de registros de nascidos vivos enviados ao SINASC dentro do prazo de até 60 dias após o mês de ocorrência.</p> | <p>Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir emissão correta e imediata da Declaração de Nascido Vivo (DNV) nas maternidades; - Integrar maternidades, cartórios e Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família; - Padronizar fluxo de coleta, conferência e digitação dos dados; - Capacitar equipes para preenchimento correto da DNV; - Reduzir campos incompletos e inconsistências; | <p>Vigilância em Saúde</p> |

| | | | |
|--|--|--|---------------------|
| | (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir digitação oportuna das DNV no sistema municipal; - Evitar acúmulo de documentos sem processamento; - Cumprir rigorosamente o prazo de até 60 dias; - Assegurar transmissão regular à base nacional; - Treinar profissionais sobre importância epidemiológica do SINASC; - Atualizar equipes sobre preenchimento correto da DNV. | |
| Alcançar no mínimo 90% dos registros de óbitos no SIM enviados à base federal em até 60 dias após o mês de ocorrência. | Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência. | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir emissão imediata e correta da Declaração de Óbito em hospitais, UBS e serviços de saúde; - Padronizar o fluxo de coleta, conferência e envio das DO para a vigilância epidemiológica; - Integrar serviços de saúde, IML e cartórios na Estratégia Saúde da Família; - Capacitar profissionais médicos para preenchimento correto da DO; - Reduzir erros de causa básica e campos incompletos; - Acompanhar mensalmente o número de óbitos registrados e enviados ao SIM; - Verificar cumprimento do prazo de até 60 dias; - Garantir digitação contínua das DO no sistema municipal; - Evitar acúmulo de documentos para lançamento posterior; - Assegurar transmissão regular à base nacional; - Treinar profissionais sobre importância epidemiológica do SIM; - Atualizar equipes sobre preenchimento adequado da DO. | Vigilância em Saúde |

DIRETRIZ 4: APRIMORAMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS, COM GARANTIA DAS REFERÊNCIAS DE PRONTO-ATENDIMENTO, PORTA DE ENTRADA, CENTRAIS DE REGULAÇÃO ARTICULADAS COM AS DEMAIS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

OBJETIVO 4.1: GARANTIR O ACESSO AO SERVIÇO EM MENOR TEMPO POSSÍVEL E DE FORMA HUMANIZADA.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|--|---|--|------------------|
| Garantir no mínimo 150 transporte a pacientes de urgência e emergência. | Número de atendimento de urgência e emergência realizados | <ul style="list-style-type: none"> - Estruturar e manter frota adequada de ambulâncias para atendimento de urgência e emergência; - Definir fluxos de acionamento e regulação do transporte; - Reduzir tempo de espera para atendimento especializado; - Capacitar profissionais para atendimento pré-hospitalar. | SAMU |
| Manter em 100% o serviço de atendimento do SAMU. | Percentual de base do SAMU mantido | <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar funcionamento do SAMU 192 24 horas por dia, todos os dias da semana; - Manter equipes completas em todos os turnos; - Evitar interrupções por falta de recursos humanos ou logísticos; - Realizar capacitações periódicas em urgência e emergência; - Realizar manutenção preventiva e corretiva das ambulâncias; - Garantir disponibilidade de equipamentos essenciais (monitor, desfibrilador, ventilador etc.) | SAMU |
| Estruturar com equipamentos, insumos e materiais permanentes a base do SAMU 192. | Número de processo para aquisição de equipamentos, insumos e materiais permanentes realizados | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar levantamento das condições atuais da base do SAMU; - Identificar necessidades de equipamentos, insumos e materiais permanentes; - Adquirir equipamentos essenciais (monitores, desfibriladores, ventiladores, macas, etc.); - Garantir materiais permanentes para funcionamento administrativo e assistencial; - Manter estoque regular de insumos (medicamentos, materiais de curativo, oxigênio, etc.); | SAMU |

| | | | |
|--|---|--|------|
| | | - Treinar profissionais para uso correto dos equipamentos. | |
| Implantar e manter Rádio Comunicação para execução do serviço na Base SAMU 192. | Número de Rádio Comunicação implantado e mantido | - Adquirir equipamentos de rádio compatíveis com a rede do SAMU; - Instalar sistema de comunicação na base e nas ambulâncias; - Garantir cobertura adequada em todo o território municipal; - Mapear áreas com falha de comunicação; - Monitorar qualidade da comunicação em tempo real. | SAMU |
| Garantir renovação de frota a cada 3 anos de ambulância de Suporte Básico de Vida. | Número de ambulância adquirida | - Meta prevista para 2028. | - |
| Ampliar e manter frota descentralizada SAMU 192 | Número de base descentralizada ampliada e mantida | - Realizar análise territorial de demanda por urgências e emergências; - Mapear áreas de maior tempo resposta e maior incidência de ocorrências; - Definir pontos estratégicos para posicionamento das ambulâncias; - Garantir cobertura em áreas urbanas, rurais e de difícil acesso; - Garantir financiamento para expansão da frota; - Buscar apoio estadual e federal quando necessário. | SAMU |
| Construir e manter o DIQUE (Posto de lavagem), conforme normas técnicas. | Número de DIQUE construído e mantido | - Elaborar projeto arquitetônico e sanitário do DIQUE conforme normas técnicas e sanitárias vigentes; - Definir fluxo adequado de entrada, lavagem, desinfecção e saída das ambulâncias; - Garantir aprovação técnica junto à vigilância sanitária e engenharia municipal; - Incluir a construção do DIQUE no planejamento orçamentário da saúde; - Buscar apoio por meio de emendas parlamentares e programas do Ministério da Saúde. | SAMU |

| | | | |
|---|---|--|-------------|
| <p>Implantar e manter uma sala de estabilização, conforme pactuação em CIB.</p> | <p>Número de sala de estabilização implantada e mantida</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar diagnóstico das unidades que necessitam de sala de estabilização; - Definir modelo padrão de estrutura física e funcional; - Adequar o projeto às normas técnicas e sanitárias vigentes; - Incluir a implantação da sala de estabilização no planejamento orçamentário da saúde; - Buscar apoio por meio de emendas parlamentares e programas do Ministério da Saúde; - Adquirir equipamentos de suporte avançado de vida (monitor multiparamétrico, desfibrilador, oxigênio, aspirador etc.); - Treinar profissionais para atendimento em sala de estabilização. | <p>SAMU</p> |
| <p>Realizar no mínimo 1 (uma) capacitação para atualização dos profissionais da Rede de Urgência.</p> | <p>Número de capacitação para atualização dos profissionais da Rede de Urgência realizada</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar cronograma anual de capacitações da Rede de Urgência e Emergência; - Definir temas prioritários (trauma, parada cardiorrespiratória, atendimento pré-hospitalar, entre outros); - Integrar unidades hospitalares, UPA e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; - Ofertar cursos presenciais e online (EAD). | <p>SAMU</p> |

DIRETRIZ 5: FORTALECIMENTO A REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NO SOFRIMENTO MENTAL GRAVE E PERSISTENTE.

OBJETIVO 5.1: AMPLIAR O ACESSO A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO EM GERAL, DE FORMA ARTICULADA COM AS DEMAIS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|--|---|---|------------------|
| <p>Ampliar 10% ao ano o número de atendimentos individuais no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I.</p> | <p>Número de atendimentos realizados</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Integrar o Centro de Atenção Psicossocial com a Atenção Primária e demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); - Estabelecer fluxo de encaminhamento e contrarreferência com UBS e hospitais; - Garantir acompanhamento compartilhado dos usuários; - Reduzir barreiras de acesso ao CAPS (agenda flexível e acolhimento diário); - Ampliar divulgação do serviço na comunidade; - Garantir equipe completa (psiquiatria, psicologia, enfermagem, serviço social e demais profissionais); - Realizar capacitações contínuas em saúde mental; - Garantir registro adequado dos atendimentos nos sistemas de informação. | <p>CAPS</p> |
| <p>Realizar no mínimo 1 (uma) ação/mês de matriciamento sistemático no CAPS com Equipes de Atenção Básica.</p> | <p>Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer calendário fixo mensal de matriciamento entre o Centro de Atenção Psicossocial e as equipes da Atenção Básica; - Integrar todas as equipes da Estratégia Saúde da Família no cronograma; - Definir responsabilidades entre CAPS e APS no acompanhamento dos casos; - Construir planos terapêuticos singulares (PTS) de forma conjunta; - Promover capacitações em saúde mental. | <p>CAPS</p> |

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| <p>Construir e manter o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.</p> | <p>Número de CAPS construído e mantido</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar projeto arquitetônico do Centro de Atenção Psicossocial conforme normas do Ministério da Saúde; - Realizar levantamento da demanda populacional em saúde mental; - Incluir a construção do CAPS no Plano Plurianual e orçamento municipal; - Buscar emendas parlamentares para viabilização da obra e custeio. | <p>CAPS</p> |
| <p>Estruturar as ambiências do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.</p> | <p>Número de proposta cadastrada para estruturação do CAPS I</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar diagnóstico estrutural do Centro de Atenção Psicossocial; - Adequar espaços conforme normas técnicas do Ministério da Saúde; - Garantir ambientes seguros, acessíveis e humanizados. | <p>CAPS</p> |
| <p>Implantar Projetos Terapêuticos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.</p> | <p>Número de Projetos Terapêuticos implantados</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estruturar rotina de construção dos Projetos Terapêuticos Singulares no Centro de Atenção Psicossocial; - Garantir que todo usuário em acompanhamento tenha PTS atualizado; - Definir responsável técnico pelo acompanhamento de cada caso; - Realizar discussão de casos em equipe multiprofissional; - Capacitar profissionais na metodologia de PTS. | <p>CAPS</p> |

DIRETRIZ 6: GARANTIR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS.

OBJETIVO 6.1: AMPLIAR A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, VISANDO QUALIFICAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DÊS DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|---|---|--|--------------------------|
| Garantir a dispensação dos medicamentos contidos na lista básica do município (REMUME). | Número de processos de medicamentos licitados | <ul style="list-style-type: none"> - Estruturar o serviço de farmácia na rede municipal de saúde; - Garantir fluxo padronizado de dispensação dos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e REMUME; - Definir responsabilidades técnicas do farmacêutico; - Realizar programação anual de compras com base no consumo histórico; - Treinar profissionais sobre prescrição adequada e dispensação segura; - Atualizar equipes sobre REMUME e protocolos terapêuticos. | Assistência Farmacêutica |
| Implantar e manter o Sistema de Controle de Medicamentos (HÓRUS). | Número de Sistema implantado e mantido | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar adesão formal ao HÓRUS; - Estruturar o sistema nas farmácias das unidades de saúde; - Garantir configuração inicial com cadastro de medicamentos e unidades; - Treinar farmacêuticos e técnicos de farmácia no uso do sistema; - Padronizar rotinas de entrada e saída de medicamentos; - Garantir registro em tempo real das movimentações de estoque. | Assistência Farmacêutica |

DIRETRIZ 7: CONTRIBUIR Á ADEQUADA FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DE SAÚDE.

OBJETIVO 7.1: INVESTIR EM QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|---|---|---|-------------------------|
| Manter e implementar no mínimo 4 ações de Educação permanente para qualificação das redes de Atenção à Saúde. | Número de ações de educação permanente realizadas | <ul style="list-style-type: none">- Elaborar cronograma anual com no mínimo 4 ações formativas;- Definir temas prioritários conforme necessidades das redes (Atenção Básica, Urgência, Saúde Mental, Vigilância, etc.);- Integrar todas as áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde. | SEMSA |
| Realizar reuniões para organização da rede de saúde. | Número de reuniões realizadas | <ul style="list-style-type: none">- Definir agenda fixa de reuniões da Rede de Atenção à Saúde;- Estabelecer periodicidade (mensal ou bimestral, conforme necessidade local);- Garantir participação das coordenações de todos os pontos de atenção. | SEMSA |

DIRETRIZ 8: IMPLEMENTAÇÃO DE NOVO MODELO DE GESTÃO E INSTRUMENTOS DE RELAÇÃO FEDERATIVA, COM CENTRALIDADE NA GARANTIA DO ACESSO, GESTÃO PARTICIPATIVA COM FOCO EM RESULTADOS E COM A GARANTIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

OBJETIVO 8.1: FORTALECER OS VÍNCULOS E PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS E SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA, ATRAVÉS DE REPRESENTATIVIDADE JUNTO AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|---|--|--|------------------|
| Manter atualizado o Cadastro do Conselho Municipal de Saúde junto ao SIACS. | Número de Cadastro do Conselho Municipal de Saúde atualizado | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar atualização sempre que houver mudança na composição do Conselho Municipal de Saúde; - Inserir dados atualizados de conselheiros titulares e suplentes; - Manter registro atualizado de presidência e secretaria executiva. | CMS |
| Incentivar a participação dos Conselheiros de Saúde em capacitações, seminários, etc. | Número de capacitações ofertadas para os Conselheiros de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar um cronograma anual de formações para conselheiros de saúde; - Incluir temas como controle social, financiamento do SUS, políticas públicas e gestão da saúde; - Articular com o Conselho Estadual de Saúde e secretaria municipal. | SEMSA CMS |
| Realizar Conferências para fortalecimento do SUS. | Número de conferencias realizadas | <ul style="list-style-type: none"> - Organizar etapas preparatórias (pré-conferências e conferências locais/temáticas); - Seguir as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde; - Garantir participação do Conselho Municipal de Saúde em todo o processo; - Assegurar representação dos segmentos (usuários, trabalhadores e gestores); - Prever recursos financeiros no orçamento da saúde. | SEMSA CMS |

| | | | |
|--|--|---|-------|
| Realizar 12 reuniões ordinárias por ano pelo Conselho Municipal de Saúde. | Número de reuniões ordinárias realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e aprovar calendário anual com 12 reuniões ordinárias; - Definir datas fixas mensais para garantir regularidade; - Apoiar a mesa diretora (presidência, vice e secretaria executiva); - Assegurar funcionamento conforme regimento interno; - Realizar convocação formal com antecedência mínima estabelecida; - Estruturar pautas com temas relevantes da saúde municipal; - Garantir elaboração de atas e registros oficiais; - Garantir transparência no cumprimento das resoluções. | SEMSA |
| Garantir a participação dos Conselheiros Municipais nas reuniões de Plenária Estadual. | Número de reuniões de Plenária Estadual com participação de Conselheiros Municipais | <ul style="list-style-type: none"> - Mapear previamente o calendário das Plenárias Estaduais de Saúde; - Incluir as datas no planejamento anual do Conselho Municipal de Saúde; - Garantir programação para liberação dos conselheiros; - Disponibilizar transporte para deslocamento dos conselheiros; - Prever diárias ou ajuda de custo quando necessário. | SEMSA |
| Garantir estrutura física do Conselho Municipal de Saúde. | Número de Conselho Municipal de Saúde mantido | <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar sala exclusiva para funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; - Garantir espaço compatível com reuniões, atendimentos e atividades administrativas; - Adequar o ambiente conforme normas de acessibilidade e segurança. | SEMSA |
| Garantir equipamentos e materiais permanentes para a sede do Conselho Municipal de Saúde | Número de processos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes adquiridos para o | <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer mobiliário adequado (mesas, cadeiras, armários e arquivos); - Disponibilizar equipamentos de informática (computador, impressora e internet). | SEMSA |

| | | | |
|---|--|----------------------------|-------|
| | Conselho Municipal de Saúde | | |
| Garantir veículos para o Conselho Municipal de Saúde. | Número de veículos adquiridos para o Conselho Municipal de Saúde | - Meta prevista para 2028. | SEMSA |

DIRETRIZ 9: QUALIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DIRETA, COMA GERAÇÃO DE GANHOS E PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA PARA O SUS.

OBJETIVO 9.1: QUALIFICAR A GESTÃO DO SUS, OBJETIVANDO OFERECER SERVIÇOS RESOLUTIVOS E HUMANIZADOS.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|--|----------------------------------|--|-------------------------|
| Manter e aprimorar as atividades de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. | Número de capacitações ofertadas | <ul style="list-style-type: none"> - Atualizar o Plano Municipal de Saúde com metas claras e indicadores mensuráveis; - Implementar reuniões periódicas de avaliação de desempenho; - Melhorar o controle orçamentário e a transparência dos gastos; - Otimizar a aplicação dos recursos do SUS; - Buscar captação de recursos estaduais e federais; - Promover capacitações contínuas para as equipes; - Implantar avaliação de desempenho e valorização dos servidores; - Utilizar dados para tomada de decisão estratégica; - Expandir cobertura da Estratégia Saúde da Família; - Intensificar ações de prevenção e promoção da saúde. | SEMSA |
| Manter a interlocução com a Ouvidoria do SUS. | Número de Ouvidoria mantida | <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar o fluxo contínuo de informações entre a gestão municipal e os usuários; - Realizar monitoramento sistemático das manifestações (reclamações, sugestões, denúncias, elogios e solicitações), com análise periódica dos dados para subsidiar a tomada de decisão; - Qualificar os serviços de saúde, provendo maior transparência, participação social e melhoria do atendimento à população. | SEMSA |
| Estruturar a Ouvidoria do SUS. | Número de Ouvidoria estruturada | <ul style="list-style-type: none"> - Garantir recursos humanos qualificados, infraestrutura adequada e sistemas informatizados eficientes; - Definir fluxos e protocolos de atendimento às manifestações dos usuários (reclamações, sugestões, denúncias, elogios e | SEMSA Equipe Técnica |

| | | | |
|--|---|---|-------------------------|
| | | solicitações), assegurando a análise, resposta em tempo oportuno e utilização das informações para o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde. | |
| Implantar caixas de sugestões nas UBS que forem inauguradas. | Número de caixas de sugestões implantadas | <ul style="list-style-type: none"> - Definir modelo único de caixa (lacrada, resistente, com abertura segura); - Garantir privacidade ao usuário ao preencher o formulário. | SEMSA Equipe Técnica |
| Elaborar o Plano Municipal de Saúde para a gestão 2026 á 2029 e encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde. | Número de Plano Municipal de Saúde elaborado e encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Instituir grupo de trabalho (técnicos da saúde, planejamento, finanças; - Definir cronograma com etapas e prazos; - Definir diretrizes, objetivos e metas; - Integrar com instrumentos de planejamento: PPA (Plano Plurianual), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e LOA (Lei Orçamentária Anual); - Apresentar a PMS 2026 - 2029 ao Conselho Municipal de Saúde. | SEMSA Equipe Técnica |
| Elaborar a Programação Anual de Saúde e encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde. | Número de Programação Anual de Saúde elaborado e encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Designar equipe técnica (planejamento, áreas assistenciais, financeiro); - Definir cronograma (ideal: antes do início do exercício); - Utilizar como base o Plano Municipal de Saúde (PMS 2026–2029); - Selecionar quais metas serão executadas no ano; - Estabelecer indicadores mensuráveis; - Vincular com a LOA vigente; - Garantir compatibilidade com recursos financeiros disponíveis; - Apresentar a PAS ao Conselho Municipal de Saúde. | SEMSA Equipe Técnica |
| Elaborar os Relatórios trimestrais e apresentar ao Conselho Municipal de Saúde. | Número de Relatório trimestrais elaborado e encaminhado ao Conselho Municipal | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar os Relatórios Trimestrais de Gestão (RQDA) e apresentá-los ao Conselho Municipal de Saúde. | SEMSA Equipe Técnica |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------|
| | de Saúde. | | |
| Elaborar Relatório Anual de Gestão e encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde. | Número de Relatório Anual de Gestão elaborado e encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde. | - Elaborar o Relatório Anual de Gestão (RAG) e apresentá-los ao Conselho Municipal de Saúde. | SEMSA Equipe Técnica |
| Manter a alimentação regular dos sistemas de informação da atenção básica – SINAN, SIM, SINASC, CNES, SIA/SUS, E-SUS. | Percentual de alimentação regular dos sistemas de informação | - Inserir os dados nos sistemas; - Realizar a exportação mensal e regular. | SEMSA Equipe Técnica |
| Manter atualizado o cadastro do município junto ao Fundo Municipal de Saúde. | Número de cadastro atualizado junto ao FNS | - Definir setor responsável (geralmente Contabilidade/Finanças da Saúde); - Nomear servidor de referência para atualização cadastral; - Formalizar atribuição em portaria ou instrução normativa; - Conferir dados atuais do Fundo: CNPJ e natureza jurídica, Gestor responsável, Conta bancária (s) vinculadas, Estrutura administrativa e Conselho vinculado. | SEMSA |

DIRETRIZ 10: MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE (MANUTENÇÃO DA ESTRUTURA DA SECRETARIA DE SAÚDE, PESSOAL, ENCARGOS SOCIAIS).

OBJETIVO 10.1: GARANTIR OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, OBJETIVANDO OFERECER SERVIÇOS RESOLUTIVOS, HUMANIZADOS E QUALIFICADOS.

| META | INDICADOR | AÇÃO | ÁREA RESPONSÁVEL |
|---|---|---|-------------------------|
| Garantir o atendimento aos usuários saúde e o registro da informação na atenção básica. | Número de UBS com prontuário eletrônico implantado | <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar o registro de todos os atendimentos no e-SUS APS; - Evitar registros incompletos ou duplicados; - Corrigir inconsistências identificadas no sistema; - Adquirir computadores funcionais em todas as UBS, internet estável e acesso contínuo ao sistema. | APS |
| Manter o Laboratório de Próteses Dentária implantado. | Número de Laboratório de próteses dentárias implantados | <ul style="list-style-type: none"> - Manter o cadastro do Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD) no CNES atualizado; - Organizar áreas de trabalho (moldagem, confecção, acabamento e esterilização quando necessário); - Registrar produção no SIA/SUS. - Articular com equipes de Saúde Bucal das UBS. | APS |
| Implantar e manter Laboratório de Análise Clínica. | Número de laboratórios com contratos mantidos | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar estudo de demanda (exames mais solicitados na rede); - Elaborar projeto técnico e fluxo de funcionamento; - Adequar espaço conforme normas sanitárias; - Adquirir equipamentos e insumos; - Integrar com planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. | SEMSA Equipe Técnica |