



**Prefeitura de  
JACAREÍ**

**Secretaria Municipal de Saúde**

# **Plano Municipal de Saúde**

*2018 – 2021*

**Prefeito Municipal:** Izaias José de Santana

**Secretária de Saúde:** Dra Rosana Gravena

**Comissão para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021**

**Secretária de Saúde Adjunto:** Dra. Aguida Elena Bergamo Fernandes Cambaúva

**Assessora Técnica:** Ineide Barbosa Junqueira

**Diretor Administrativo:** Paulo Roberto Rosa

**Diretora de Serviços de Saúde:** Dra. Marilis Bason Cury

**Diretor de Urgência:** Dr. Carlos Henrique Gonçalves Vilela

**Diretora de Planej. e Regulação de Serv. Saúde:** Maria José Marques da Silva

**Diretor de Vigilância à Saúde:** Ricardo Borges Buchaul

**COMUS – Segmento usuários:** Hélio de Souza da Silva

**COMUS – Segmento trabalhador:** Domingos Raimundo Martins Dutra

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Introdução</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Diagnóstico Situacional</b> .....	<b>5</b>
2.1 Panorama Demográfico .....	5
2.2 Panorama Sócio Econômico .....	8
<b>3. A Rede Assistencial SUS</b> .....	<b>9</b>
3.1 Rede Física Instalada .....	9
3.1.1 Atenção Básica de Saúde .....	10
3.1.2 Atenção Especializada .....	10
3.1.3 Urgência e Emergência .....	11
3.2 Recursos Humanos.....	11
<b>4. Diagnóstico Epidemiológico</b> .....	<b>13</b>
4.1 Programa Saúde da Mulher .....	13
4.1.1 Assistência ao Pré-Natal e ao Parto .....	14
4.1.2 Prevenção do Câncer de Colo de Útero .....	14
4.2 Programa de Hipertensão e Diabetes.....	15
4.3 Estratégia Saúde da Família .....	16
<b>5. Análise Básica da Epidemiologia Municipal</b> .....	<b>16</b>
5.1 Programa de Prevenção à Tuberculose .....	17
5.2 Programa de Prevenção à Hanseníase .....	17
5.3 Programa Municipal de Prevenção às IST/HIV/AIDS .....	17
5.4 Doenças de Notificação Compulsória .....	18
5.5 Mortalidade .....	19
5.6 Prevenção da Mortalidade Infantil .....	20
5.7 Análise da Produtividade .....	21
5.8 Recursos Financeiros.....	25
<b>6. Diretrizes, Objetivos, Ações, Metas e Indicadores</b> .....	<b>26</b>

## **Apresentação**

Este documento apresenta o Plano Municipal de Saúde de Jacareí, expressando o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal em busca da universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

O Plano Municipal de Saúde de Jacareí tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2018-2021, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. A estrutura deste documento foi desenvolvida com base na descrição do território de saúde da cidade, assim como na análise situacional da saúde do município.

Nele estão contidas as diretrizes, objetivos, ações e as metas planejadas, o compromisso do Governo Municipal para o setor, em consonância com as demais esferas de Governo, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Sua formulação ocorreu através da equipe multiprofissional e com representação de diversos setores da Secretaria de Saúde de Jacareí em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, representado por 02 conselheiros municipais, indicados por seus pares.

Este documento servirá de base para a elaboração do Plano de Ações e Metas Anual de cada setor ou serviço, das ações cotidianas da gestão municipal da saúde. Será divulgado para apropriação dos trabalhadores, usuários e gestores e também servirá para avaliar o grau de cumprimento de cada ação pactuada nos próximos 04 anos.

## 1. Introdução

A estruturação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 ocorreu em estreita consonância ao Plano Plurianual 2018-2021, de forma a manter a coerência entre ambos os instrumentos. Para embasar a elaboração deste Plano Municipal de Saúde, levaram-se em consideração as análises epidemiológicas e situacionais gerais do município, bem como, o Plano Estadual de Saúde e o Plano Nacional de Saúde (2016-2019).

É importante ressaltar que este documento contém as diretrizes gerais do planejamento SUS no município, sendo o seu desenvolvimento posteriormente apresentado na Agenda Anual de Saúde.

## 2. Diagnóstico Situacional

### 2.1 Panorama Demográfico

A população total do município em 2017 obteve crescimento aproximado, nos últimos 04 anos de 2,21% e apresenta elevado grau de urbanização da sua população, conforme demonstrado na tabela 1, abaixo:

Tabela 1 – População do Município de Jacareí

Ano	População	População Urbana	População Rural	Grau de Urbanização (Em %)
2014	218.260	215.246	3.014	98,62
2015	220.103	217.063	3.040	98,62
2016	221.650	218.589	3.061	98,62
2017	223.207	220.124	3.083	98,62

Fonte: Fundação Seade

A análise demográfica do município de Jacareí apresenta características de feminilização da população com 95,14 homens para cada 100 mulheres (figura 1). De fato, o envelhecimento da população e aumento da longevidade é a realidade do município e está representada pela diminuição da taxa de natalidade (Figura 2), aumento da população de 60 anos e mais (Figura 3), pela diminuição da população com menos de 15 anos (Figura 4), demonstrando similaridade com a região metropolitana e o Estado de São Paulo.

### Razão de Sexos - 1980-2017

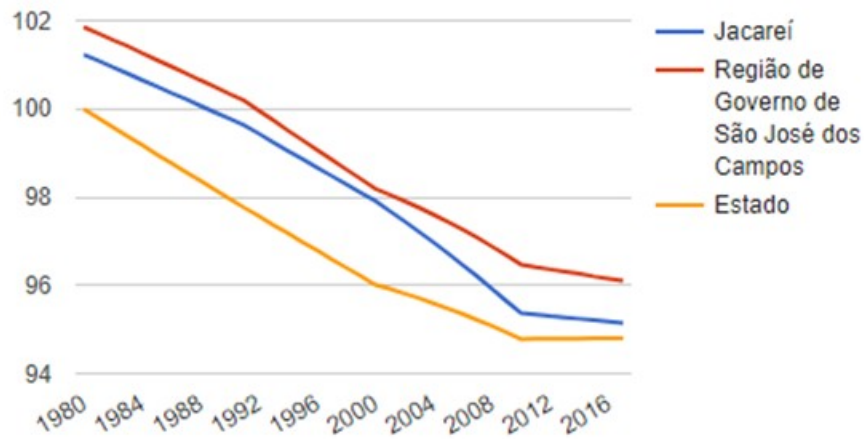


Figura 1 – Gráfico representado a evolução do número de homens para cada 100 mulheres na população (Fonte: Fundação SEADE).

### Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 1980-2015

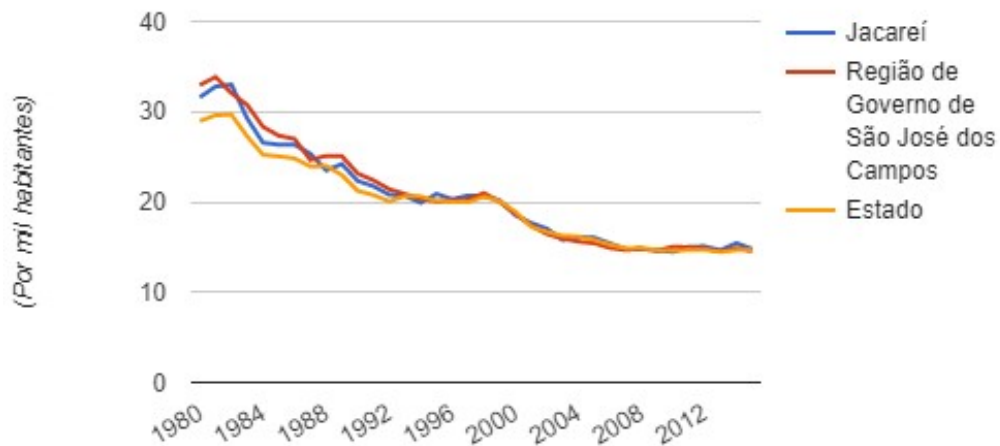


Figura 2 – Gráfico representado a evolução da relação entre os nascidos vivos por mil habitantes (Fonte: Fundação SEADE).

### População com 60 Anos e Mais (Em %) - 1980-2017

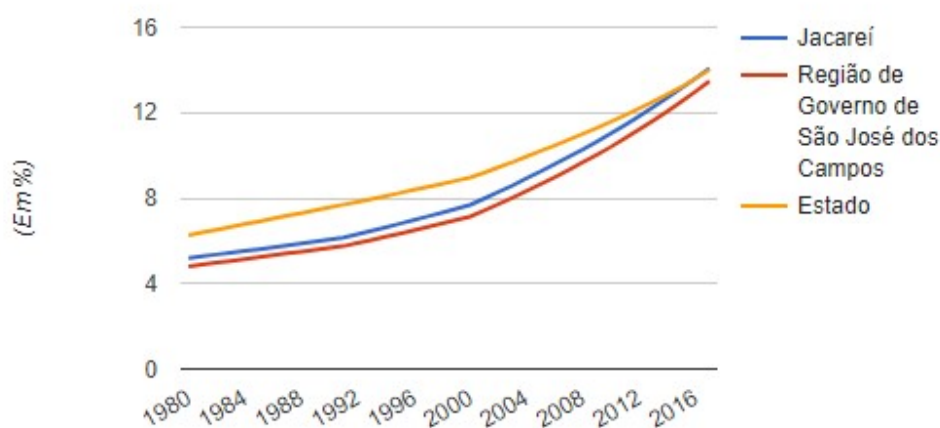


Figura 3 – Gráfico representado a proporção da população de 60 anos e mais em relação ao total da população no ano de 2017 (Fonte: Fundação SEADE).

### População com Menos de 15 Anos (Em %) - 1980-2017

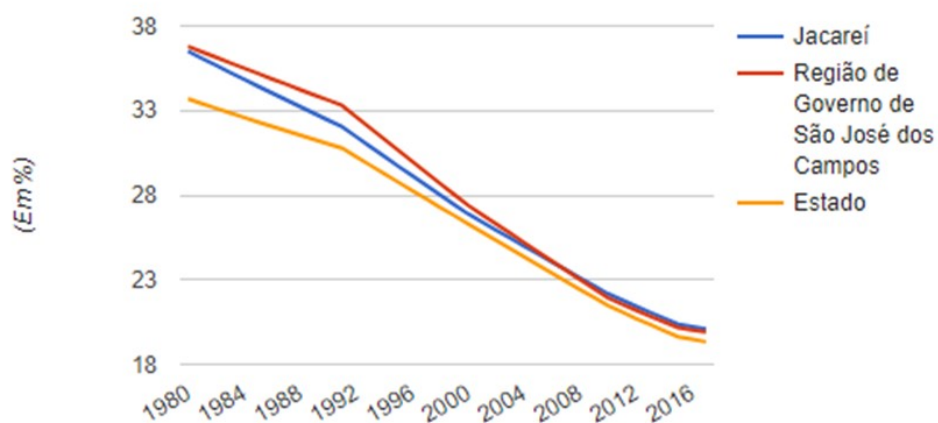


Figura 4 – Gráfico representando a proporção da população de 0 a 14 anos em relação ao total da população no ano de 2017 (Fonte: Fundação SEADE).

O envelhecimento populacional trará uma atenção especial no decorrer deste planejamento, considerando necessidades de saúde enfrentadas com o decorrer da vida humana. Bem como, a diminuição no número de crianças e jovens adultos e um aumento considerável na população adulta e idosa indicam a necessidade de formular ações para atender as necessidades específicas desta faixa etária.

## 2.2 Panorama Sócio Econômico

Muitos indicadores podem auxiliar no diagnóstico, porém para traçar o panorama sócio econômico das cidades do estado de São Paulo a Fundação SEADE disponibiliza o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS. Os indicadores do IPRS sintetizam a situação de cada município no que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade, e quando combinados geram uma tipologia que classifica os municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos. O município de Jacareí é classificado como Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais. Neste sentido temos na tabela 2 o Indicador sintético de riqueza, Indicador sintético de longevidade e Indicador sintético de escolaridade, ambos obtidos pela combinação linear de quatro variáveis, sendo expresso em uma escala de 0 a 100, na qual o 100 representa a melhor situação e zero, a pior.

Tabela 2 – Evolução do Índice Paulista de Responsabilidade Social de Jacareí

Ano	Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza	Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade	Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade
2008	Grupo 2 - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais	41	66	40
2010	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais	43	71	52
2012	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais	44	70	57

Fonte: Fundação SEADE

O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é um indicador, mundialmente utilizado, que permite a comparação entre diversas localidades (países, estados, cidades), e tem como objetivo medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população.

O relatório anual de IDH é elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão da ONU.

Este índice é calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Quanto mais próximo de 1, mais



desenvolvido é o país. Esta mesma metodologia é utilizada para apurar o desenvolvimento de cidades, estados e regiões.

No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (anos médios de estudos), longevidade (expectativa de vida da população) e Produto Interno Bruto per capita.

Nas tabelas abaixo se pode observar a relação do município de Jacareí em comparativo com a realidade nacional, estadual e regional.

Tabela 3 – Índice de Desenvolvimento Humano nas diferentes esferas

Lugar	IDH (2010)	IDH Renda (2010)	IDH Longevidade (2010)	IDH Educação (2010)
Brasil	0.727	0.739	0.816	0.637
São Paulo	0.783	0.789	0.845	0.719
Jacareí (SP)	0.777	0.749	0.837	0.749

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Tabela 4 – Índice de Desenvolvimento Humano nas diferentes municípios da região

Lugar	IDH (2010)	IDH Renda (2010)	IDH Longevidade (2010)	IDH Educação (2010)
São José dos Campos	0.807	0.804	0.855	0.764
Caçapava	0.788	0.754	0.858	0.755
Jacareí	0.777	0.749	0.837	0.749
Jambeiro	0.756	0.727	0.860	0.690
Santa Branca	0.735	0.706	0.828	0.678
Paraibuna	0.719	0.709	0.815	0.642
Igaratá	0.711	0.683	0.855	0.616
Monteiro Lobato	0.710	0.692	0.826	0.627

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

De maneira geral, Jacareí encontra-se em grau de desenvolvimento maior que a média nacional, estando muito próximo da média do estado de São Paulo. Na relação da região do Alto Vale do Paraíba, ocupa o terceiro lugar.

### 3. A Rede Assistencial SUS no município:

O município de Jacareí conta com uma complexa rede de assistência à saúde SUS, sendo referência em média e alta complexidade (nefrologia, oncologia e maternidade de alto risco) para os municípios de Igaratá e Santa Branca, e alta complexidade em oncologia para o Litoral Norte.

### **3.1 - Rede física instalada**

A Rede Municipal está organizada em serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Os serviços de saúde abrangem todos os níveis de assistência, sendo assim serão apresentados de acordo com esta classificação.

#### **3.1.1 Atenção Básica de Saúde**

Na Atenção básica há 18 unidades de básicas de saúde, trabalhando com estratégias diferenciadas e distribuídas por todo território.

✓ **14 Unidades com Estratégia de Saúde da Família:**

Jardim do Vale, Pagador Andrade, Santo Antônio da Boa Vista, São Silvestre, Rio Comprido, Igarapés, Parque Meia Lua, Jardim Emília, Bandeira Branca, Esperança, Vila Zezé, Jardim Yolanda, Parque Brasil e Jardim Imperial.

✓ **02 Unidades com Estratégia de Saúde da Família e estratégia 12 horas**

Jardim das Indústrias e Cidade Salvador.

✓ **02 Unidades Tradicionais com estratégia 12 horas**

Parque Santo Antônio e Santa Cruz dos Lázarus

✓ **01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

✓ **02 Equipes do Programa Melhor em Casa**

✓ **01 Equipe de Assistência Domiciliar nível AD1**

#### **3.1.2 Atenção Especializada**

O nível secundário de assistência tem como objetivo promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção especializada em saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS. Pertencem a esta modalidade as áreas de reabilitação, médica e odontológica especializada, infectologia e saúde mental. A seguir serão discriminados os equipamentos.

– **SIM (Serviço Integrado de Medicina)**

- Especialidades médica
- Centro de Especialidades odontológicas (CEO)

- Centro de Reabilitação
- Ambulatório de Saúde Mental
- **Centro de Atenção Psicossocial II (Transtornos Mentais)**
- **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III 24h**
- **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil**
- **Residência Terapêutica Masculina**
- **Residência Terapêutica Feminina**
- **Ambulatório de Infectologia**
- **Laboratório Municipal**

### 3.1.3 Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A Rede é composta por:

- Unidade de Pronto Atendimento Infantil Dr. Thelmo de Almeida Cruz
- Unidade de Saúde Parque Meia Lua
- Santa Casa de Misericórdia – Pronto Socorro Geral
- Hospital São Francisco – Pronto Atendimento Obstétrico e Oncológico
- 01 Unidade de Suporte Avançado – SAMU
- 03 Unidades de Suporte Básico – SAMU

### 3.2 Recursos Humanos

O vínculo empregatício prioritário da Secretaria da Saúde é o regime Estatutário, excepcionalmente realizam-se contratações temporárias para suprir a necessidade do serviço durante um período específico ou até que se realize concurso público.

A tabela abaixo informa o número de profissionais por cargo durante os últimos 03 anos:

Tabela 5 – Profissionais da Secretaria de Saúde

<b>Cargo</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Agente Comunitário 40 hs/sem	6	5	4
Agente Comunitário de Saúde 40 hs/sem	54	51	171
Agente de Controle de Zoonoses 40 hs/sem	4	4	4
Agente Social	2	4	4
Assistente de Serviços Municipais 40 hs/sem	147	141	187
Assistente Social 30 hs/sem	11	11	10
Auxiliar de Consultório Dental 40 hs/sem	40	38	43
Auxiliar de Controle de Zoonoses 40 hs/sem	18	18	54

Auxiliar de Enfermagem 40 hs/sem	155	145	170
Auxiliar de Manutenção 40 hs/sem	3	3	2
Auxiliar de Serviços de Saúde 40 hs/sem	7	6	5
Auxiliar de Serviços Gerais 40 hs/sem	68	63	61
Biólogo 30 hs/sem	4	4	4
Biomédico 30 hs/sem	10	10	10
Comprador 40 hs/sem	1	1	3
Cozinheiro	1	1	1
Dentista 20 hs/sem	51	48	46
Dentista 40 hs/sem	10	12	14
Enfermeiro 40 hs/sem	54	51	80
Enfermeiro Sênior 40 hs/sem	1	1	1
Engenheiro Sanitarista 40 hs/sem	3	3	4
Escriturário 40 hs/sem	2	2	1
Farmacêutico 20 hs/sem	7	7	9
Fiscal Sanitário 40 hs/sem	10	9	12
Fisioterapeuta 30 hs/sem	8	8	12
Fonoaudiólogo 30 hs/sem	7	7	11
Instrutor de profissão	1	1	0
Médico 12 hs/sem	3	3	3
Médico 20 hs/sem	101	73	66
Medico do trabalho	1	1	1
Médico 24 hs/sem	47	40	38
Médico 36 hs/sem	3	2	2
Médico Veterinário 20 hs/sem	5	5	7
Motorista 40 hs/sem	35	32	31
Nutricionista	2	2	5
Professor de Ed Física	0	4	4
Psicólogo 30 hs/sem	26	24	36
Técnico de Enfermagem 40 hs/sem	11	11	23
Técnico de Laboratório 40 hs/sem	8	8	14
Técnico de RX 24 hs/sem	7	7	7
Telefonista 30 hs/sem	3	3	2
Terapeuta Ocupacional 30 hs/sem	4	4	8
Convênios	7	5	5
Comissionados	36	36	36
<b>Total</b>	<b>984</b>	<b>914</b>	<b>1211</b>

Fonte: GRH – Secretaria de Saúde

A Secretaria adota as seguintes jornadas de trabalho:

- 12 horas/semanais
- 20 horas/semanais
- 24 horas/semanais
- 30 horas/semanais
- 36 horas/semanais
- 40 horas/semanais.

#### **4. Diagnóstico epidemiológico**

Outro item a ser considerado na elaboração deste plano é o perfil epidemiológico e assistencial do último quadriênio.

Por questões didáticas, os temas elencados estão agrupados através das áreas temáticas, desenvolvidas no município.

As áreas temáticas se convertem em ações programáticas, as quais devem ser analisadas para medir a suficiência dos serviços ofertados; os resultados alcançados servirão como indicador do grau de evolução de cada programa, as necessidades de investimento e assim promover as diretrizes sobre a saúde no município.

Serão analisadas a seguir as ações programáticas:

- Programa de Saúde da Mulher
- Programa de Hipertensão e Diabetes
- Programa de Saúde da Criança
- Programa de Saúde Bucal
- Programa de Saúde da Família
- Programa de Prevenção à Tuberculose
- Programa de Prevenção à Hanseníase
- Programa de Prevenção às DST/HIV/AIDS

#### **4.1 - Programa para Saúde da Mulher**

##### **4.1.1 Assistência ao pré-natal e ao parto**

O município fornece assistência desde o diagnóstico da gestação até o parto.

O serviço de diagnóstico e pré-natal é realizado em todas as unidades básicas de saúde e quando essa gravidez for considerada de alto risco, é encaminhada para referência municipal.

Os partos SUS são referenciados ao Hospital São Francisco de Assis, que também realiza o acompanhamento das gestantes de alto risco.

O teste rápido para detecção de gravidez, que consegue diagnosticar a gestação no seu primeiro mês e promover o início do pré-natal imediato, está disponível em todas as unidades de saúde e é feito em livre demanda.

Outro aspecto importante a considerar é o número de consultas que cada gestante realiza durante o pré-natal, pois este fornece dados quantitativos do atendimento à gestante.

Tabela 6: Análise Das consultas de Pré-Natal

<b>Análise das Consultas de PRÉ-NATAL</b>			
<b>Consultas Pré-Natal</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Nenhuma	61	79	42
1-3 vezes	202	177	125
<b>4-6 vezes</b>	<b>734</b>	<b>693</b>	<b>596</b>
<b>7 e +</b>	<b>2.352</b>	<b>2.349</b>	<b>2.339</b>
Não informado	0	0	0
Ignorado	39	5	4
<b>Total</b>	<b>3.388</b>	<b>3.303</b>	<b>3.106</b>

Fonte: SINASC

Considerando a tabela 6 é importante ressaltar que dentre as gestantes acompanhadas 92,5% realizaram o número mínimo de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde. No ano de 2016 observamos que 19,18% realizaram de 04 a 06 consultas de pré-natal, indicador considerado como bom e 75,30% realizaram 07 consultas ou mais, indicador considerado como ótimo. Sendo assim a preocupação no momento é a qualificação desta assistência e seu prosseguimento com a puericultura, vislumbrando a qualidade de vida desta nova criança.

#### 4.1.2 Prevenção do câncer de colo de útero

O número de mulheres no município que realizam o exame anualmente ainda é muito baixo quando comparado com o número total de mulheres SUS dependente.

A tabela 7 mostra a evolução do número de exames realizados. O resultado do último ano, apesar de superiores ao ano anterior, ainda não é satisfatório, pois é considerada baixa a cobertura, mesmo com ações e campanhas durante todo ano, o número de mulheres faltosas é muito grande. O trabalho do município em ampliar o acesso das mulheres ao exame deverá ser mantido, todavia, novas ações terão que ser desenvolvidas para efetivação do programa.

Tabela 7: Prevenção do Câncer de colo de útero

<b>Descrição</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
População feminina maior de 15 anos	89.570	90.718	91.542
População feminina maior de 15 anos SUS dependente	45.680	46.266	50.348
Exames realizados	13.171	15.821	16.461
<b>% de Cobertura</b>	<b>28,83%</b>	<b>34,20%</b>	<b>32,69%</b>

Fonte: SISCOLO

## 4.2 - Programa de Hipertensão e Diabetes

### 4.2 - Programa de Hipertensão e Diabetes

Este programa ocorre em todas as unidades básicas do município e tem por objetivo diagnosticar, orientar e acompanhar pacientes com hipertensão e diabetes.

De acordo com o parâmetro populacional, Jacareí deve ter aproximadamente 5.491 diabéticos SUS dependentes e 17.471 hipertensos num total de 22.962 pessoas no ano de 2017.

O objetivo da Secretaria de Saúde é promover saúde e evitar o adoecimento das pessoas, além de minimizar o problema das pessoas já acometidas por estas doenças.

Para isto são realizadas ações de orientação nas unidades, com apoio de nutricionista, disponibilização de insumos, incentivo para realização de atividades esportivas, além do tratamento medicamentoso e clínico.

Tabela 8: Programa de Hipertensão e Diabetes

Medicamento para Diabetes	Pacientes / Mês	Pacientes / Mês	Pacientes / Mês
	2014	2015	2016
Medicamentos hipoglicemiantes orais	8.208	8.886	8.915
Insulina	2.792	3.023	3.095
<b>TOTAL</b>			

Medicamento para Hipertensão	Pacientes / Mês	Pacientes / Mês	Pacientes / Mês
<b>TOTAL</b>	<b>22.734</b>	<b>24.697</b>	<b>25.333</b>

Fonte: Assistência Farmacêutica Municipal

### 4.3 - Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família proporciona cobertura para 67,25% da população de Jacareí, está implantado em 16 unidades básicas de saúde.

Considerando a especificidade desta estratégia de atenção à saúde, seguem alguns dados específicos de produtividade destas equipes.

Tabela 9: População da Estratégia Saúde da Família

Cobertura	2014	2015	2016
População Total*	218.260	220.103	221.650
População PSF**	146.779	148.009	149.050
<b>TOTAL</b>	<b>67,25%</b>	<b>67,25%</b>	<b>67,25%</b>

\* Fonte: Fundação SEADE

\*\* Fonte: Sistema de Gestão Municipal

Tabela 10: Visitas e Atendimentos domiciliares na Estratégia Saúde da Família

<b>Visitas e Atendimentos Domiciliares</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Médicos	3.618	5.744	6429
Enfermeiros	212	216	216
Profissionais de Nível Superior	2.504	3.592	4865
Equipe de Enfermagem	4.519	10.001	10197
Agentes Comunitários de Saúde	119.294	247.415	320.332
<b>TOTAL</b>	<b>130.147</b>	<b>266.968</b>	<b>342.039</b>

Fonte: E-SUS e Sistema de Gestão Municipal

## 5. Análise Básica da Epidemiologia Municipal

A análise epidemiológica é feita através da coleta de dados e organização de sistemas de informação, que visa produzir informações para a implementação de ações oportunas frente a problemas prioritários, que requerem intervenção imediata, e para fornecer indicadores para a tomada de decisão e o planejamento em saúde.

Abaixo está descrito uma parcela das informações epidemiológicas do município, objetivando sua caracterização, dentro de áreas programáticas assistenciais de patologias infectocontagiosas, em funcionamento no município:

### 5.1 - Programa de Prevenção à Tuberculose

O Programa de Prevenção a Tuberculose no município objetiva a captação precoce e tratamento imediato da população afetada por esta patologia.

O Município vem atingindo as metas de cura nos últimos anos e, desde o ano de 2000, foi contemplado 07 vezes com os prêmios Tratamento Supervisionado e Metas de Cura.

Tabela 11: Percentual de Cura de Tuberculose

<b>TUBERCULOSE</b>					
<b>Ano</b>	<b>Casos</b>	<b>Nº de Curados</b>	<b>Cura</b>	<b>Abandono</b>	<b>Óbitos e Sem informação</b>
<b>2014</b>	68	54	79,41%	2,94%	17,65%
<b>2015</b>	59	40	67,80%	0,00%	32,2%
<b>2016</b>	69	58	84,06%	4,35%	11,59%

Fonte: Ambulatório de Infectologia



## 5.2 - Programa de Prevenção à Hanseníase

O Programa de Hanseníase no município objetiva a eliminação desta patologia, identificando e tratando os casos diagnosticados.

Tabela 12: Número de Notificações por ano

HANSENÍASE		
Ano	Casos	% Cura
2014	02	100%
2015	06	70%
2016	03	70%

Fonte: Ambulatório de Infectologia

## 5.3 - Programa Municipal de Prevenção às IST/ HIV/AIDS

O Programa Municipal de Controle de IST/HIV/AIDS tem como objetivo principal prevenir a contaminação da população das chamadas Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST), além de oferecer assistência às pessoas com HIV/AIDS em nosso município.

Promove uma política de saúde integral, ou seja, desenvolve ações nas áreas de vigilância epidemiológica, promoção, prevenção, assistência, considerando como prioridade o desenvolvimento humano.

O município tem um serviço ambulatorial específico para atendimento de pessoas com doenças infecciosas, o Ambulatório de Infectologia, que promove o acompanhamento das pessoas diagnosticadas com HIV ou AIDS, outras IST's (como a sífilis) e Hepatite Viral. Este serviço presta atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogo, enfermeiros e assistentes sociais.

O serviço tem um olhar específico para HIV e AIDS, porque, diferentemente de outras doenças, essa tem um longo período silencioso, onde não existem sintomas, são os que chamamos de portadores saudáveis, são indivíduos infectados com o vírus HIV e que ainda não desenvolveram a doença, todavia podem transmitir o vírus para outras pessoas através do sexo sem proteção, compartilhamento de agulhas e seringa, entre outras.

Um complicador para estes casos é quando a patologia vem associada à gestação. Os dados nos indicam certo aumento nas gestantes com HIV/AIDS e sífilis, colocando em risco a criança que está sendo gerada, quando não acompanhadas e tratadas. Este número de gestantes não tratadas vem aumentando e esta há indícios de estar diretamente relacionado ao consumo de drogas lícitas e ilícitas levando a não adesão ao pré-natal e acompanhamento da gestação e parto.

Esta é uma diretriz que será enfrentada nestes próximos anos, através de ações específicas.

Tabela 13: Notificação de HIV/AIDS

HIV e AIDS	
Ano	Adulto
2014	41
2015	120
2016	69

Fonte: Departamento de Vigilância à Saúde

Tabela 14: Gestantes com HIV

Gestantes com HIV	
Ano	Nº Casos
2014	6
2015	14
2016	07

Fonte: Departamento de Vigilância à Saúde

Tabela 15: Crianças com HIV

Crianças Expostas ao HIV	
Ano	Nº Casos
2014	0
2015	0
2016	0

Fonte: Departamento de Vigilância à Saúde

Tabela 16: Crianças com AIDS

AIDS em menores de 13 anos	
Ano	Nº Casos
2014	1
2015	0
2016	1

Fonte: Ambulatório de Infectologia

Tabela 17: Gestantes com Sífilis

Gestantes com Sífilis	
Ano	Nº Casos
2014	38
2015	49
2016	54

Fonte: Ambulatório de Infectologia

Tabela 18: Crianças com Sífilis

Crianças com Sífilis Congênita	
Ano	Nº Casos
2014	24
2015	17
2016	22

Fonte: Ambulatório de Infectologia

#### 5.4 Doenças de notificação compulsória

As Doenças de Notificação Compulsória são aquelas em que há obrigatoriedade de informar sua ocorrência aos órgãos de vigilância competente, para que se possa ter controle e evitar o aumento dos casos.

Abaixo quadro comparativo e evolutivo das principais ocorrências.

Tabela 19: Consolidado de Agravos Confirmados a Vigilância Epidemiológica

<b>Agravo</b>	<b>Nº de Casos Confirmados 2014</b>	<b>Nº de Casos Confirmados 2015</b>	<b>Nº de Casos Confirmados 2016</b>
Acidente com Material Biológico	93	103	94
AIDS Adulto	26	83	51
HIV	15	37	18
Acidente com Animais Peçonhentos	30	40	65
Atendimento Anti - Rábico	552	628	774
Coqueluche	3	1	5
Crianças Expostas ao HIV	0	0	0
Doenças Exantemáticas – Rubéola/Sarampo	0	0	0
Eventos Adversos Pós Vacinação	38	5	4
Gestante HIV	6	14	7
Hepatites Virais	65	53	52
Influenza (H1N1)	2	0	29
Leptospirose	5	4	17
Leishmaniose	0	0	1
Malária	0	0	1
Meningites	28	19	10
Sífilis Congênita	21	16	32
Sífilis em Gestante	30	51	54
Sífilis Não Especificada	208	248	516
Síndrome do Corrimento Uretral em Homens	25	31	23
Violência Doméstica, Sexual	403	342	537
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>1550</b>	<b>1675</b>	<b>1981</b>

Fonte: Departamento de Vigilância à Saúde

## 5.5 Mortalidade

O Município vem apresentando mudanças no perfil de morbimortalidade ao longo dos anos; de acordo com a classificação CID-10 de causas básicas de mortalidade, o grupo de causas de maior ocorrência ao longo dos anos apresentados é o de Doenças do Aparelho Circulatório, com 20,11% dos óbitos, seguidos das Neoplasias, com 16,77% e dos Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais, com 16,37%.

A seguir estão demonstradas as principais causas de óbitos em municípios de Jacareí:

Tabela 20: Consolidado de Agravos Confirmados a Vigilância Epidemiológica

<b>Frequência segundo Causa Morte</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	49	65	43
Neoplasias (tumores)	225	242	250
Doenças de sangue órgãos hemt e trans imunitário	8	5	12
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	76	56	58
Transtornos mentais e comportamentais	9	9	6
Doenças do Sistema Nervoso	40	41	34
Doenças do Aparelho Circulatório	266	300	294
Doenças do Aparelho Respiratório	146	171	174
Doenças do Aparelho Digestivo	84	80	85
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0	1	6
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tec. Conjuntivo	4	5	3
Doenças do Aparelho Geniturinário	61	59	66
Gravidez parto e puerpério	0	1	1
Algumas afec originadas no período perinatal	48	40	43
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12	16	15
Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat (causas mal definidas)	193	272	235
Causas externas de morbidade e mortalidade	133	104	129
<b>Total</b>	<b>1.354</b>	<b>1.467</b>	<b>1.454</b>

Fonte: Departamento de Vigilância à Saúde

## 5.6 - Prevenção de Mortalidade Infantil

Tabela 21: Coeficiente de Mortalidade Infantil

<b>Indicador</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Coeficiente de Mortalidade Neonatal precoce	5,17	6,07	5,15
Coeficiente de Mortalidade Neonatal tardia	2,18	1,21	2,25
Coeficiente de Mortalidade pós Neonatal	2,18	2,73	2,9
Coeficiente de Mortalidade Infantil	9,52	10,01	10,31

Fonte: DATASUS/Comitê de Mortalidade Infantil

O município de Jacareí tem um Comitê de Prevenção à Mortalidade Materno Infantil e Fetal atuante e todos os óbitos de crianças menores de 01 ano, natimortos, mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas são investigados.

Sendo a grande maioria dos casos de óbito materno infantil e fetais com causas identificadas, auxiliam e contribuem também para o planejamento de políticas de saúde.

Certamente houve avanço na assistência materno-infantil nos últimos 12 anos em nosso Município. Nesse período a tecnologia avançou e com ela a ciência médica. O acesso da nossa população a essa tecnologia também aumentou.

A mortalidade infantil, após um período de queda, apresentou nos últimos 03 anos tendência à elevação. Embora o componente Neonatal seja o de maior peso na Taxa de Mortalidade Infantil Total, foi o componente pós-neonatal que sofreu aumento considerável em 2016. Segundo análise do Comitê de Mortalidade Materno-infantil e Fetal, a maioria dessas crianças eram crianças de risco biológico ao nascer.

Apesar dos avanços ocorridos em relação à captação precoce das gestantes nas UBS, aumento no número de consultas pré-natal, há a necessidade de melhorias na vigilância à gestante no final da gestação e na assistência pós-parto, para diagnosticar possíveis intercorrências com a gestante e o recém-nascido.

Em relação à amamentação, há a necessidade de treinamento para os médicos, equipe de enfermagem e agentes comunitários, sendo o aleitamento materno um ato de importância fundamental na prevenção da desnutrição e de outros agravos e principalmente na redução da mortalidade infantil.

Outro fator agravante e determinante é o aumento do indicador de mortalidade materno infantil, decorrentes de mães usuárias de crack e outras drogas lícitas e ilícitas.

## **5.7 - Análises da Produtividade**

A análise da produtividade é utilizada como parâmetro para avaliar a dispensação dos serviços de saúde existentes e é medida através do número de consultas ou procedimentos ofertados pela rede de saúde local.

Para estas análises, o parâmetro utilizado é ditado pela portaria 1631/2015 do Ministério da Saúde.

Quanto à oferta de consultas médicas, o indicador a ser alcançado é o de 2,5 consultas/habitante/ano.

Para estas interpretações também temos que considerar a parcela da população que é realmente atendida pelo SUS local, esta população é denominada de SUS dependente, ou seja, 100% de suas necessidades são dependentes de ações e serviços públicos.

O município de Jacareí considera como parâmetro de população SUS dependente o correspondente a 58,9% da população total, considerando como base os indicadores do Caderno Nacional da Atenção Básica para o município.

Se considerarmos dados da ANS (Agencia Nacional de Saúde), essa dependência total no município seria ainda menor, 55%, conforme tabela seguinte.

Tabela 22: População do município de Jacareí

Município	*População	**Cobertura Plano Saúde	População SUS	% SUS
Jacareí	221.650	99.667	121.983	55%

Fonte: \*Fundação SEADE

\*\* ANS – Agencia Nacional de Saúde

Neste estudo iremos considerar o indicador maior, onde a SUS dependência é de 58,9%, portanto a população alvo, para assistência está descrita a seguir.

Tabela 23: População Geral

População Geral – Segundo SEADE			
População	2014	2015	2016
<b>Total</b>	218.260	220.103	221.650
<b>SUS Dependente</b>	111.947	113.534	121.983

Fonte: Caderno nacional da Atenção Básica e Fundação SEADE

Sendo assim o município deverá ofertar 2,5 consultas ano para sua população e estas consultas também deverão estar organizadas conforme o nível de assistência, portanto, distribuídas da seguinte maneira:

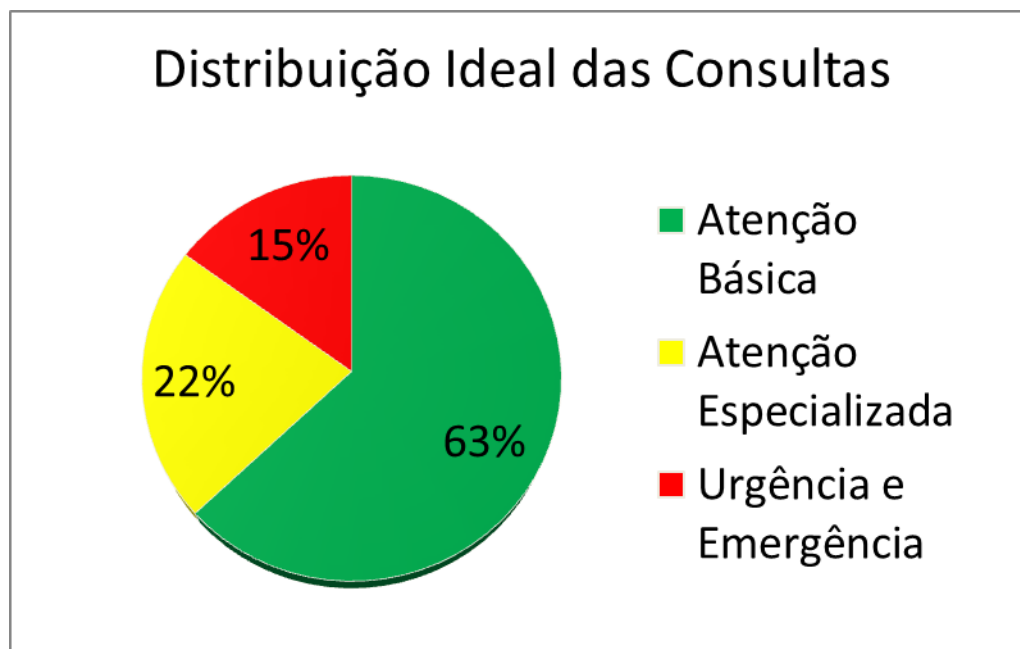


Figura 5 – Distribuição Ideal das Consultas

Seguindo essa lógica, a tabela 24, relata o parâmetro assistencial e a oferta de consultas atingidas para população SUS anualmente:

Tabela 24: Consultas Habitantes /Ano – SUS dependente

Consultas Habitantes /Ano – SUS dependente								
Descrição	Parâmetro MS		Realizado 2014		Realizado 2015		Realizado 2016	
<b>Básicas</b>	<b>1,58</b>	<b>63%</b>	2,0	36,5%	2,0	39,0%	2,0	40,5%
<b>Especialidades</b>	<b>0,55</b>	<b>22%</b>	1,4	26,2%	1,1	21,1%	1,0	21,0%
<b>Urgências</b>	<b>0,37</b>	<b>15%</b>	2,0	37,3%	2,1	39,9%	1,9	38,5%
<b>Total</b>	<b>2,5</b>	<b>100%</b>	<b>5,4</b>	<b>100%</b>	<b>5,2</b>	<b>100%</b>	<b>5,0</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sistema de Gestão

Na interpretação das informações mostradas pelas tabelas 23 e 24, verifica-se que no decorrer dos últimos 03 anos foi ofertado o dobro da relação de consultas pactuada.

Apesar desta relação, o número de consultas ofertadas é maior que a expectativa, sendo suficiente para assistir a população SUS do município, porém, ainda se verifica que o nível de assistência mais procurado é a urgência, o que segue o parâmetro nacional. O número de consultas nas urgências é muito superior ao esperado.

Resumindo, segue abaixo quadro evolutivo da oferta de consultas médicas no município.

Tabela 25: Quadro Geral de Consultas

Quadro geral de Consultas			
Mês	2014	2015	2016
<b>Atenção Básica</b>			
UMSF's	122.574	116.919	130.170
UBS's	34.116	35.643	35.861
Pré-natal São Francisco	4.786	6.757	7.709
UBS's 12 Horas	58.007	71.108	70.804
<b>Total Atenção Básica</b>	<b>219.483</b>	<b>230.427</b>	<b>244.544</b>
<b>Especialidades</b>			
AME	1.855	3.190	2357
SIM	111.904	81.091	81.417
Ambulatório de Infectologia	7.240	7.898	7.860
CAPS II	2.235	2.482	2546
CAPS AD	1.375	1.130	1240
CAPS i	0	235	371
Hospital São Francisco e Santa Casa	33.200	28.408	30.802

<b>Total Especialidades</b>	<b>157.809</b>	<b>124.434</b>	<b>126.593</b>
<b>Urgência e Emergência</b>			
P. S. Santa Casa	112.117	121.365	109.529
UPA Infantil	62.133	60.226	68.295
UPA Parque Meia Lua	49.826	53.874	54.963
<b>Total Urgências</b>	<b>224.076</b>	<b>235.465</b>	<b>232.787</b>
<b>Total Geral</b>	<b>601.368</b>	<b>590.326</b>	<b>603.924</b>

Fonte: Sistema de Gestão.

De acordo com a tabela acima, o município gerou no triênio 2014 – 2016, uma média de 694.454 consultas na atenção básica totalizando 38,67%, 408.836 consultas na rede especializada totalizando 22,7%, e 692328 consultas na Urgência e Emergência totalizando 38,63%, portanto cabe rever a resolutividade da atenção básica, fatores de impedimento e fortalecê-la no próximo quadriênio.

Apesar da ampliação da Estratégia Saúde da Família o acesso a consultas na rede básica desordenado promove diretamente um aumento da procura às unidades de pronto atendimento e pronto socorro, para minimizar este efeito as UBS 12 Horas demonstraram sua efetividade, que conseguiram gerar um número significativo de atendimentos, que deixaram de ocupar vagas nas unidades de urgência e emergência.

Tabela 26: Produtividade anual UBS's 12 horas

<b>UBS 12 Horas/ano</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Santa Cruz dos Lázarus	12.655	16.953	18.422
Cidade Salvador	20.215	19.010	19.598
Jardim das Indústrias	10.749	16.576	16.703
Parque Santo Antônio	14.388	15892	16.081
<b>Total</b>	<b>58.007</b>	<b>68.431</b>	<b>70.804</b>

Fonte: Sistema de Gestão

Tabela 27: Produtividade anual UBS's 12 horas

<b>Média mensal</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Santa Cruz dos Lázarus	1.055	1.413	1.535
Cidade Salvador	1.685	1.584	1.633
Jardim das Indústrias	896	1.381	1.392
Parque Santo Antônio	1.199	1.324	1.340
<b>Total</b>	<b>1.055</b>	<b>1.413</b>	<b>1.535</b>

Fonte: Sistema de Gestão



## 5.8 Recursos Financeiros:

Tabela 28: Resumo da Aplicação na Saúde

<b>RESUMO DE APLICAÇÃO NA SAÚDE</b>			
<b>Receita Própria</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Arrecadada	398.401.370	418.411.606	462.677.995
Aplicação	97.709.654	100.211.393	122.748.995
<b>Percentual aplicado</b>	<b>24,53%</b>	<b>23,95%</b>	<b>26,53%</b>
Vinculado União	47.842.914	57.300.508	54.253.075
Vinculado Estado	1.962.149	792.025	1.735.288
<b>Total</b>	<b>49.805.063</b>	<b>58.092.533</b>	<b>55.988.363</b>

Fonte: Financeiro Municipal de Saúde

Tabela 29: Resumo da Aplicação na Saúde

<b>RECURSO</b>	<b>VALOR LIQUIDADO</b>		
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
TESOURO	97.728.147	100.211.393	122.748.995
BLATB	9.268.936	10.943.008	9.849.480
BLAFB	1.223.255	960.015	955.570
BLMAC	36.132.370	46.664.332	42.401.508
BLVGS	893.767	1.207.395	1.136.558
OUTROS	1.505.877	801.161	564.433
ESTADO	1.357.981	1.007.031	1.875.387
<b>SUBTOTAL</b>	<b>148.110.333</b>	<b>161.796.350</b>	<b>179.533.947</b>
<b>ORDEM JUDICIAL</b>	<b>2.415.192</b>	<b>1.718.567</b>	<b>1.634.220</b>
%	1,63%	1,06%	0,91%
<b>TOTAL MEDICAMENTO</b>	<b>6.779.244</b>	<b>7.175.385</b>	<b>6.964.061</b>

Fonte: Financeiro Municipal de Saúde

## 6. Plano Municipal de Saúde – Plurianual (2018 – 2021)

O Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 é composto por 08 eixos temáticos, que por sua vez, indicarão as diretrizes das políticas de saúde municipal, descritas através de objetivos, ações e metas almeçadas ao final de 04 anos, assim como o indicador que será utilizado para sua avaliação.

Os 08 eixos a serem desenvolvidos são:

- I. Atenção Básica
- II. Atenção Especializada
- III. Urgência e Emergência
- IV. Vigilância à Saúde
- V. Avaliação, Regulação e Controle
- VI. Participação e Controle Social no SUS
- VII. Financiamento do SUS, Gestão de Pessoas e Educação em Saúde
- VIII. Assistência Farmacêutica

### Eixo I – Atenção Básica

Diretriz 1: Processos de trabalho da Atenção Básica		
Objetivo 1.1 – Qualificar os servidores da Atenção Básica para aumentar a resolutividade dos serviços		
Ações	Meta 2018 - 2021	Indicador
1.1.1 Potencializar o gerenciamento nas unidades de saúde mediante treinamento, capacitação e acompanhamento.	100% dos gerentes de Unidades de Saúde.	(Nº de gerentes capacitados/Nº total de gerentes) X 100
1.1.2 Fortalecer a educação permanente com metodologias ativas de aprendizado significativo para as equipes das unidades de saúde para melhorar os processos de trabalho considerando suas necessidades territoriais.	100% das equipes de saúde.	(Nº de capacitados /Nº total de servidores nas equipes de saúde) X 100
1.1.3 Articulação de encontros entre Equipe Técnica de Apoio e as unidades de saúde para fortalecimento das linhas de cuidado, fluxos e protocolos.	Encontros mensais da Equipe Técnica de Apoio nas unidades de Saúde.	Nº total de encontros realizados nas unidades de saúde
1.1.4 Potencializar as ações de matriciamento do NASF nas unidades de Saúde.	Estratificar as agenda dos profissionais do NASF para realização de 40% de atendimentos individuais e 60% de outras atividades (educação permanente, atendimento compartilhado, grupos, PTS, etc.)	Nº total de atendimentos individuais = 40% Nº total de outros atendimentos = 60%
1.1.5 Formar Facilitadores de Educação Permanente no NASF e unidades de Saúde para consolidar a Política Nacional de Educação Permanente.	Formar 30 Facilitadores de Educação Permanente.	Nº total de Facilitadores de EP formados
1.1.6 Integrar as equipes de saúde da Secretaria de Educação com a Atenção Básica.	Realizar encontros permanentes para alinhamento do processo de trabalho realizado pela Saúde e Educação.	Nº de reuniões de integração

<b>Diretriz 2: Ampliação e Manutenção da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Fortalecer, ampliar, manter e avaliar as equipes de Estratégia de Saúde da Família e NASF</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
2.1.1 Implantar ESF na unidade Santa Cruz dos Lázaros.	Implantar 5 equipes.	(Nº de equipes implantadas/Nº total de equipes previstas) X 100
2.1.2 Ampliar o número de equipes de NASF.	Habilitar 5 equipes do NASF respeitando o limite máximo de 9 equipes de saúde da família/ NASF.	(Nº de equipes habilitadas/Nº total de equipes previstas) X 100
2.1.3 Atualizar a população de referência para cada equipe de Saúde da Família utilizando a “Folha de Arrolamento” para redimensionamento das equipes de Saúde da Família.	Reformular o mapa de territorialização dos serviços de saúde no município.	Nº de territórios reformulados

<b>Diretriz 3: Unidade de Saúde Acolhedora</b>		
<b>Objetivo 3.1 – Implementar a Política Nacional de Humanização nas unidades básicas de Saúde com estratégia de acolhimento visando a melhoria do acesso e qualidade dos serviços.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
3.1.1 Capacitar todas as equipes para atendimento humanizado.	Capacitar 100% das equipes para atendimento humanizado	(Nº de servidores das unidades de saúde/ Nº de servidores das unidades de saúde capacitados) X 100
3.1.2 Aderir ao PMAQ AB todas as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e NASF.	Adesão de 100% das equipes ao PMAQ	(Nº total de Equipes de Saúde da Família e NASF / Nº total de Equipes de Saúde da Família e NASF no PMAQ) X 100

<b>Diretriz 4: Infraestrutura das Unidades de Saúde</b>		
<b>Objetivo 4.1 – Construir, ampliar e/ou equipar unidades de saúde e fortalecer a rede de Unidades 12 horas do município</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
4.1.1 Reformar a estrutura do antigo UPA infantil para receber a UBS Central.	Reforma concluída.	Estrutura física finalizada para receber a UBS Central
4.1.2 Implantar e habilitar a UBS Central.	Unidade implantada com RH adequadamente dimensionado.	Unidade implantada e mantida
4.1.3 Construir nova Unidade Municipal de Saúde da Família do Rio Comprido e adequação de um novo espaço enquanto aguarda a construção da nova.	Adequação de novo local.	Novo local adequado
	Unidade construída, mobiliada e funcionando.	Unidade construída, mobiliada e funcionando
4.1.4 Reformar a UMSF Igarapés.	Redimensionamento e adequação do Espaço Físico.	Nº de salas adequadas para número de equipes e população atendida
4.1.5 Reformar a UMSF Esperança.	Redimensionamento e adequação do Espaço Físico.	Nº de salas adequadas para número de equipes e população atendida
4.1.6 Reformar a UMSF Imperial.	Redimensionamento e adequação do Espaço Físico.	Nº de salas adequadas para número de equipes e população atendida

4.1.7 Ampliar o número de UBS 12 horas.	Implementar a Estratégia 12 horas em três novas unidades (Igarapés, Central e Rio Comprido)	Nº de UBS 12 horas novas em 2021 = 3
4.1.8 Reformar para ampliar a oferta de Saúde Bucal na UMSF Bandeira Branca	Construção e aparelhamento de consultórios odontológicos UMSF Bandeira Branca	Nº de consultórios odontológicos construídos e aparelhados
4.1.9 Reformar para ampliar a oferta de Saúde Bucal na UMSF Parque Meia Lua	Construção e aparelhamento de consultórios odontológicos UMSF Parque Meia Lua	Nº de consultórios odontológicos construídos e aparelhados
4.1.10 Reformar para ampliar a oferta de Saúde Bucal na UBS Parque Santo Antônio	Construção e aparelhamento de consultórios odontológicos UBS Parque Santo Antônio	Nº de consultórios odontológicos construídos e aparelhados
4.1.11 Reformar para ampliar a oferta de Saúde Bucal na UMSF Jardim das Indústrias.	Construção e aparelhamento de consultórios odontológicos UBS Jardim das Indústrias	Nº de consultórios odontológicos construídos e aparelhados

<b>Diretriz 5: Atenção Domiciliar</b>		
<b>Objetivo 5.1 – Aumentar e manter o acesso da população aos serviços através da assistência domiciliar no município</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
5.1.1 Manter Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP).	EMAD e EMAP mantidas.	(Nº de equipes mantidas / Nº de equipes habilitadas) X100
5.1.2 Fortalecer as ações de Atenção Domiciliar também para Unidades de Saúde sem estratégia de Saúde da Família.	Garantir equipe de apoio.	100% do território com Atenção Domiciliar na modalidade AD1.
	Sistematizar o processo de trabalho.	Protocolos e fluxo estabelecidos
5.1.3 Promover a humanização e a integralidade do cuidado da Assistência Domiciliar (AD1, AD2 e AD3).	Fortalecer as discussões de caso com as equipe de referência para o cuidado compartilhado.	Nº total de encontros realizados entre a assistência domiciliar e as equipes de referência

<b>Diretriz 6: Assistência Materno Infantil</b>		
<b>Objetivo 6.1– Aprimorar o Programa de Assistência Materno Infantil</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
6.1.1 Qualificar e ampliar a assistência ao pré-natal.	Garantir 7 consultas de pré-natal para 80% das gestantes.	(Nº de gestantes com 7 consultas / Nº total de gestantes) X 100
6.1.2 Qualificar a assistência ao RN.	Garantir 100% de captação precoce dos RNs até 15 dias após nascimento.	(Nº de RNs com consultas agendadas/ Nº total RNs) X 100
6.1.3 Reduzir a mortalidade infantil.	Reduzir a mortalidade infantil em 0,3.	Redução da mortalidade infantil em 2021 < 0,3 pontos que 2016
6.1.4 Implantar ações de promoção ao parto natural e humanizado.	Realizar orientações sobre o parto natural nos grupos das unidades de saúde.	Nº de grupos nas unidades de saúde com orientações para gestantes
6.1.5 Promover ações que estimulem o aleitamento materno.	Realizar ações voltadas à importância do aleitamento materno em 100% das unidades de saúde.	(Nº de unidades com ações/ Nº total de unidades de saúde) X 100
	Capacitar profissionais de	Nº de profissionais de referência

	referência em aleitamento materno nas unidades de saúde.	em aleitamento materno
--	--	------------------------

<b>Diretriz 7: Saúde da Criança</b>		
<b>Objetivo 7.1 – Implementar ações programáticas na saúde da criança</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
7.1.1 Melhorar o acesso na atenção básica às crianças do município.	Garantir a quantidade de consultas por faixa etária, preconizadas pelo Ministério da Saúde.	Nº de consultas por faixa etária
7.1.2 Melhorar a articulação da atenção básica com o UPA infantil e hospitais credenciados.	Aprimorar fluxo de interlocução entre os prontos atendimentos e hospitais, para continuidade de tratamentos.	Fluxos estabelecidos e aprimorados.
7.1.3 Criar protocolo de Atenção à Saúde da Criança.	Melhorar a qualidade de atendimento às crianças.	Protocolo criado e avaliado
7.1.4 Acompanhar o calendário básico de vacinação.	Capacitar os agentes comunitários de saúde para verificação da caderneta de vacinação.	(Nº de ACS capacitados/ Nº total de ACS) X 100

<b>Diretriz 8: Saúde da Mulher</b>		
<b>Objetivo 8.1– Aprimorar a rede de atenção integral à saúde da mulher</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
8.1.1 Acompanhar as mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	Acompanhar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero (SISCAN).	(Nº de mulheres acompanhadas / Nº de mulheres diagnosticadas) X 100
8.1.2 Garantir tratamento para câncer de mama.	Garantir tratamento em tempo mínimo preconizado pelo INCA e acompanhamento para 100% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama (SISCAN).	(Nº de mulheres acompanhadas/ Nº de mulheres diagnosticadas) X 100
8.1.3 Oferta de exames para diagnóstico e prevenção de CA de colo e mama.	Ampliar a oferta de exames para diagnóstico e prevenção de CA de colo e mama em 20%.	(Nº de exames ofertados ano anterior/Nº de exames ofertados) X 100
8.1.4 Realizar campanhas de prevenção ao câncer de colo e mama.	Realizar 02 campanhas anuais, em horários alternativos, para facilitar o acesso ao serviço e exames de prevenção ao CA de colo e mama.	(Nº de campanhas realizadas/ Nº previstas) X 100
8.1.5 Qualificar os profissionais de saúde para atender a demanda de ações para coleta de exame citopatológico de colo de útero.	Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde para realizar a coleta.	Nº de profissionais capacitados para a coleta nas unidades de saúde
8.1.6 Fortalecer o Planejamento Familiar em 100% das Unidades de Saúde.	Prestar assistência em Planejamento Familiar à mulheres/casais em idade fértil, com garantia de métodos contraceptivos.	(Nº de unidades com planejamento familiar/ Nº de unidades de saúde) X 100

<b>Diretriz 9: Atendimento à População em Situação de Rua</b>		
<b>Objetivo 9.1 – Ampliar o acesso da População em Situação de Rua à rede de Saúde</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
9.1.1 Organizar plano de ação intersetorial e interinstitucional visando à melhora da qualidade de vida da população em situação de rua.	Realizar encontros permanentes para alinhamento dos processos de trabalho e práticas da Saúde, Assistência Social.	Nº de encontros realizados
9.1.2 Habilitar e manter a Equipe de Consultório na Rua.	Habilitar e manter a Equipe de Consultório na Rua, de acordo com Portaria do MS.	Equipe habilitada e mantida
9.1.3 Implantar o fluxo de atendimento à gestante em situação de rua.	Garantir 100% de captação dessas gestantes.	Fluxo estabelecido e implantado
9.1.4 Integrar a equipe de Consultório na Rua as Equipes da Atenção Básica.	Reuniões para discussão de casos para o cuidado integral à Pessoa em Situação de Rua.	Nº de reuniões com as unidades de saúde
9.1.5 Implantar ações de Redução de Danos nas Unidades de Saúde, em conjunto com a Equipe de Consultório na Rua.	Capacitar 100% das equipes de saúde para orientação de ações de Redução de Danos.	(Nº de equipes com ações de Redução de Danos/ Nº total de equipes de saúde X 100

<b>Diretriz 10: Planos e Programas na Atenção Básica</b>		
<b>Objetivo 10.1 – Implantar planos e programas de prevenção de agravos à saúde nas Unidades de Saúde da Família</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
10.1.1 Melhorar a qualidade de vida da população através da prática de exercícios físicos.	Implantar a Academia da Saúde.	Nº de Academias da Saúde implantadas
	Fortalecer as práticas dos Educadores Físicos das equipes de NASF.	Nº de atividades da equipe de NASF
10.1.2 Implantar as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nas Unidades de Saúde.	Aumentar a possibilidade de práticas e ações individuais e coletivas na Atenção Primária à Saúde.	Nº de encaminhamentos para a atenção especializada < Nº de encaminhamentos para a atenção especializada 2017
10.1.3 Fortalecer o Programa Saúde na Escola através da intensificação de práticas intersetoriais.	Implementar o PSE Municipal em 10 das escolas municipais.	Nº escolas com PSE implantados
		Nº crianças acompanhadas
10.1.4 Fortalecer a captação precoce de agravos e o acompanhamento das crianças do 1º ano do Ensino fundamental da Rede Pública Fundamental.	Realização do Programa Saúde Nota 10 anualmente	Nº crianças avaliadas
		Nº crianças encaminhadas
		Nº crianças acompanhadas
10.1.5 Fortalecer o acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.	Acompanhar 50% das famílias beneficiárias.	50% das famílias sendo acompanhadas pelas Unidades de Saúde
10.1.6 Manter as ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).	Estruturar e realizar as ações previstas no Plano Municipal de Alimentação e Nutrição.	Ações de atenção nutricional organizadas e atendendo à PNAN
10.1.7 Estruturar a equipe de apoio técnico	Constituir o corpo técnico para subsidiar as tomadas de decisões na Atenção Básica e Especializadas.	Nº de profissionais do equipe de apoio técnico
	Fortalecer os programas já	Nº de encaminhamento para as

	existentes no município	especialidades < N° de encaminhamento para as especialidades 2017
	Implementar ações para a Saúde do Homem, do Idoso.	Nº Programas implantados

## **Eixo II – Atenção Especializada**

<b>Diretriz 1: Reestruturação e qualificação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</b>		
<b>Objetivo 1.1 – Garantir melhorias na Atenção à Pessoa com Deficiência</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
1.1.1 Ampliar e qualificar o serviço de reabilitação no município.	Implantar o CER II no Centro de Reabilitação Física do SIM.	CER tipo II implantado
1.1.2 Ampliar e qualificar a assistência à pessoa com deficiência através de ações territoriais, integrando os conhecimentos da Atenção Especializada com a Atenção Básica.	Implantar as ações de matriciamento envolvendo o NASF em 100% das Unidades de Saúde.	(Nº de US c/ ações implantadas/ Nº total de Unidades de Saúde) X 100
1.1.3 Qualificar o fluxo de atendimento em clínicas conveniadas e prestadores de serviços.	Realizar o acompanhamento dos serviços prestados.	Nº de atendimentos dos prestadores de serviços
1.1.4 Criar o Centro de Referência de Visão e Audição	Centro de Referência da Visão e Audição Implantado	Nº de atendimentos de visão e audição

<b>Diretriz 2: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Qualificar, fortalecer e aprimorar a assistência às pessoas com transtorno mental e/ou usuários substâncias psicoativas</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
2.1.1 Ampliar as ações de Matriciamento da Saúde Mental às Unidades de Saúde	Encontros mensais da Saúde Mental nas unidades de Saúde tendo como facilitadores do processo os psicólogos da rede.	(Nº de unidade de saúde com Matriciamento / Nº de unidades de saúde) X 100
		Nº de reuniões de matriciamento
2.1.2 Implementar ações do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde	Capacitar 100% das Unidades de Saúde para realizar ações do Programa de Controle de Tabagismo no território.	Programa de Controle do Tabagismo implantado
2.1.3 Implementar grupo nas unidades de saúde para controle do uso abusivo de psicotrópicos.	Grupo implantado em 100% das Unidades de Saúde.	Nº de grupos = Nº de unidades de saúde
2.1.4 Reestruturar os atendimentos no Ambulatório de Saúde Mental (SIM), ofertando a possibilidade de terapias não medicamentosas (Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Práticas Integrativas e Complementares).	Incorporar ao quadro especialidades não médicas para ações de promoção à Saúde Mental.	Nº de terapias não medicamentosas ofertadas
2.1.5 Adequação da infraestrutura do CAPS-II.	Adequar o espaço físico para atendimentos individuais e coletivos.	Espaço adequado para a demanda
2.1.6 Fortalecer e integrar a rede de atenção à Saúde Mental ao SAMU.	Encontros da rede de atenção à Saúde Mental com SAMU.	Nº de encontros da rede de atenção à Saúde Mental com SAMU

2.1.7 Buscar a reabilitação psicossocial dos moradores das Residências Terapêuticas rompendo com a lógica manicomial.	Construção de Projetos Terapêuticos eficazes para cada morador.	Nº de moradores = Nº Projetos Terapêuticos eficazes
---	---	---

<b>Diretriz 3: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)</b>		
<b>Objetivo 3.1 – Organizar ações voltadas às DCNTs – câncer, doenças circulatórias, diabetes, doenças respiratórias crônicas de modo a ser resolutivo e transitório na Atenção Especializada</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
3.1.1 Qualificar as linhas de cuidado em oncologia para a integralidade.	Atendimento Oncológico no município sendo realizado no próprio prestador do serviço.	Diminuição da mortalidade em decorrência do câncer
3.1.2 Melhorar índices de cadastramento e acompanhamento aos usuários com hipertensos e diabéticos no programa HIPERDIA.	Capacitar as Equipes de Saúde da Família para melhorar o Programa de cadastramento e acompanhamento implantado em 100% das Unidades de Saúde.	(Unidades de Saúde com programa implantado / Nº de unidades de saúde) X 100
3.1.3 Monitorar os encaminhamentos dos usuários com hipertensão e diabetes para as especialidades médicas.	Capacitar equipes de Atenção Básica para Estratificação de risco.	Nº de encaminhamentos para Atenção Especializada ≤ 15%
3.1.4 Implementar o Centro de Referência multiprofissional para hipertensos e diabéticos moderados e graves.	Atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes com risco moderado ou grave de risco.	Nº de internações por complicações < Nº e internações por complicações após implementação do Centro

<b>Diretriz 4: Ambulatório de Infectologia e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)</b>		
<b>Objetivo 4.1– Reestruturar o Ambulatório de Infectologia e o CTA, qualificando suas ações na atenção às ISTs/HIV/Aids e outras doenças infectocontagiosas</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
4.1.1 Implementar ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação no que se refere às doenças infectocontagiosas.	Manter o dialogo permanente com a rede assistencial.	Nº de encontros realizados.
4.1.2 Intensificar os cuidados aos portadores de tuberculose pulmonar bacilífera e contatos intradomiciliares.	Realizar o exame nos contatos intradomiciliares de pessoas diagnosticadas com TB, e introduzir o tratamento adequado a todos os infectados, inclusive acompanhamento nas Unidades de Saúde.	Proporção de cura de casos novos de TB diagnosticados e de seus contatos intradomiciliares
4.1.3 Intensificar os cuidados aos portadores de hanseníase e contatos intradomiciliares.	Realizar o exame nos contatos intradomiciliares de pessoas diagnosticadas com Hanseníase, e introduzir o tratamento adequado a todos os infectados	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados e de seus contatos intradomiciliares
4.1.4 Ampliar o diagnóstico de ISTs/HIV/Aids.	Garantir testes de ISTs/HIV/Aids em 100% das unidades de Saúde.	(Nº de unidades realizando testes/ Nº total de unidades de saúde) X 100
4.1.5 Realizar no mínimo 3 testes de sífilis por gestante no primeiro, segundo e terceiro trimestre.	90% das gestantes com 3 testes para sífilis realizado.	(Nº de gestantes com 3 testes para sífilis / Nº total de gestantes) X 100



4.1.6 Garantir atendimento sistemático aos usuários portadores de HIV e IST.	Realizar busca ativa e assistir 100% dos portadores.	(Nº de pacientes assistidos /Nº de portadores diagnosticados) X 100
4.1.7 Capacitação de multiplicadores para realização dos testes rápidos na rede de atenção do município.	Capacitar 2 multiplicadores por unidade de saúde.	Nº de multiplicadores por unidades de saúde

<b>Diretriz 5 – Rede de atenção e cuidado a vítimas de violência</b>		
<b>Objetivo 5.1 – Fortalecer a rede de atenção e cuidado a vítimas de violência</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
5.1.1 Implementar a rede de atenção/cuidado às mulheres vítimas de violência em 100% dos serviços de saúde.	Garantir o acesso das mulheres aos serviços de assistência às vítimas de violência doméstica e/ou sexual, com todo o acompanhamento necessário.	100% dos serviços capacitados para acolhimento e encaminhamentos conforme protocolos do Município / Ministério da Saúde.
5.1.2 Fortalecer o fluxo de atendimento as criança, adolescente vítimas de violência sexual.	Realizar educação permanente em saúde em 100% dos serviços de saúde.	100 % dos serviços de saúde aptos ao acolhimento e encaminhamento das vítimas de violência
5.1.3 Instituir a Comissão Intersetorial de Avaliação e Monitoramento dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.	Instituir Comissão via decreto.	Nº de reuniões realizadas
5.1.4 Promover ações de prevenção e cultura de paz nos equipamentos de saúde em parceria com outras secretarias.	Realizar um projeto em cada unidade básica de saúde	Nº de projetos concretizados e usuários beneficiados

<b>Diretriz 6 – Serviços de Especialidades de apoio</b>		
<b>Objetivo 6.1 - Melhorar a efetividade da atenção especializada garantindo maior eficácia entre os serviços.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
6.1.1 Melhorar o fluxo de resultados do Laboratório Municipal.	Interligação em rede do Laboratório Municipal em 100% das Unidades de Saúde	Percentual de Unidades integradas com o Laboratório Municipal.
6.1.2 Garantir oferta de vagas na especialidade médica compatível com as necessidades do município.	Promover a melhor distribuição das consultas de especialidade médica as necessidades da população e do serviço	Serviço reorganizado em funcionamento
6.1.3 Fomentar a integração entre a atenção especializada e os demais serviços de saúde, dando continuidade à qualificação dos instrumentos de referência e contra referência.	Rever e implantar novos fluxos e protocolos, priorizando as especialidades com demanda reprimida	Fluxos e protocolos implantados e avaliados
6.1.4 Monitorar os casos a serem encaminhados da Atenção Especializada para Atenção Básica.	Instituir equipe de monitoramento	(Nº de casos contra-referenciados/ Nº de casos referenciados) X 100
6.1.5 Adequar espaços próprios.	Adequação de espaços próprios para receber de prédios locados	Nº de espaços próprios adequados

6.1.6 Ampliar a oferta de Endodontia e Cirurgia Oral menor	Aumentar a oferta de Endodôntia e Cirurgia Oral menor em 30%	Nº de tratamento endodônticos concluídos > Nº de tratamento endodônticos concluídos em 2017
		Nº de cirurgias oral menores concluídas > Nº de cirurgias oral menores concluídas em 2017
6.1.7 Criar Centros de Referência do idoso e da mulher em parceria com outras secretarias	Centro de Referência do Idoso e da Mulher Implantado	Nº de idosos atendidos
		Nº de mulheres atendidas

### Eixo III – Urgência e Emergência

Diretriz 1: Rede de Urgência e Emergência no Município		
Objetivo 1.1 – Reestruturar e ampliar a rede de Urgência e Emergência no Município		
Ações	Meta 2018 - 2021	Indicador
1.1.1 Aumentar a estrutura de atendimento de urgência do município com novas UPAS.	Implantar a UPA III (adulto) funcionando em sua máxima capacidade. Implementar o UPA Meia Lua (adulto e infantil) com a reestruturação.	Nº de UPAs implementadas e implantadas
		Nº de atendimentos de adulto no UPA III > 0
		Nº de atendimentos de adulto e infantil no UPA Meia Lua > 2017
1.1.2 Mobiliar e equipar UPA III para atendimento adulto.	UPA III com atendimento otimizado adulto e infantil.	UPA III mobiliada equipada e estruturada fisicamente
1.1.3 Adequar base avançada do SAMU para receber 1 viatura básica.	Base avançada do SAMU comportar 2 viaturas e equipes.	Nº de ambulâncias lotadas em base do UPAlIIII
1.1.4 Aumentar número de leitos de UTI do município.	Habilitação de 10 novos leitos de UTI.	Nº de novos leitos de UTI em efetivo funcionamento
1.1.5 Implantar leitos para atendimento de urgência e emergência psiquiátrica na Santa Casa.	Habilitar 6 leitos psiquiátricos para casos de urgência e emergência	Nº de leitos implantados
1.1.6 Construir o Pronto Socorro Municipal.	Construção do Pronto Socorro Municipal	Pronto Socorro Municipal construído
1.1.7 Construir o Hospital Municipal.	Construção do Hospital Municipal	Hospital Municipal construído
1.1.8 Aumentar o número de ambulâncias brancas no município.	Aumentar para 10 o número de ambulâncias brancas no município.	Nº de ambulâncias brancas
		Nº de atendimentos por ambulâncias brancas > 2017

<b>Diretriz 2: Rede de assistência às urgências e emergências do município</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Qualificar e agilizar o atendimento das urgências e emergências no município.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
2.1.1 Reorganizar o setor de transportes ambulatoriais.	Criação de novos protocolos de atendimento e fluxo para melhora do transporte de pacientes.	Nº de novos protocolos de atendimento implantados
2.1.2 Educação continuada e permanente para os motoristas e equipe de enfermagem do setor de transporte ambulatorial.	100% dos motoristas e equipe de enfermagem treinada para o atendimento de excelência.	(Nº de funcionários treinados/ número total de funcionários) X 100
2.1.3 Monitorar e avaliar os atendimentos de urgência e emergência em todas unidades.	Relatórios mensais com análise estatística para avaliar e monitorar os serviços e planejamento de projetos futuros.	Nº de relatórios mensais = Nº de unidades de urgência e emergência
2.1.4 Implantar Classificação de Risco em toda a rede de urgência.	Todo atendimento de urgência classificado previamente.	(Nº de atendimentos classificados/ Nº total de atendimentos) X 100
2.1.5 Aperfeiçoar o acesso à rede de urgência através da sensibilização dos usuários.	Pacientes orientados à quando utilizar a rede de urgência através de campanhas informativas.	Nº de pacientes atendidos pela rede de urgência com real necessidade X Nº de pacientes atendidos pela rede de urgência com outras necessidades que não sejam urgência e emergência
2.1.6 Reorganizar o fluxo de urgências do município.	Redefinir papel de unidades UPA'S III e Meia Lua / Santa Casa na rede de urgência.	Nº de protocolos de fluxo de urgências e emergências implementados

#### **Eixo IV – Vigilância à Saúde**

<b>Diretriz 1: Vigilância Epidemiológica: registro e investigação</b>		
<b>Objetivo 1.1 – Garantir o registro, o monitoramento e a investigação de agravos, doenças e óbitos.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
1.1.1 Encerrar os casos de doenças compulsórias registrados no SINAN	Encerrar 80% dos casos de doenças compulsórias registrados no SINAN em até 60 dias da notificação.	(Nº de notificações encerradas em até 60 dias / Nº total de registros) X 100
1.1.2 Investigar e desenvolver ações de prevenção e controle dos surtos ou epidemias notificados.	Investigar e desenvolver ações de prevenção e controle em 95% dos surtos ou epidemias notificados.	(Nº de surtos investigados oportunamente / Nº de surtos notificados) X 100
1.1.3 Investigar os óbitos em menores de 1 ano de idade.	Investigar 100% dos óbitos em menores de 1 ano de idade.	(Nº de óbitos investigados / Nº total de óbitos em menores de 1 ano) X 100
1.1.4 Alimentar os óbitos no SIM	Alimentar 90% dos óbitos no SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência.	(Nº de óbitos registrados em até 60 dias / Nº de óbitos estimados) X 100
1.1.5 Alimentar as declarações de nascidos vivos no SINASC.	Alimentar 90% das declarações de nascidos vivos no SINASC em até 60 dias do final do me de ocorrência.	(Nº de nascidos vivos registrados em até 60 dias / Nº de nascidos vivos estimados) X 100

1.1.6 Registrar as informações de mortalidade por doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, diabetes e neoplasias.	Garantir o registro das informações de mortalidade por doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, diabetes e neoplasias.	Informações registradas
1.1.7 Registrar as informações de mortalidade por acidente de trânsito.	Garantir o registro das informações de mortalidade por acidente de trânsito.	Informações registradas
1.1.8 Identificar a etiologia dos casos de meningite bacteriana.	Identificar, dentro dos parâmetros preconizados, a etiologia de 50% dos casos de meningite bacteriana.	(Nº casos de meningite bacteriana confirmados com critério laboratorial / Nº de casos de meningite bacteriana notificados) X 100
1.1.9 Encerrar os casos notificados de rubéola e sarampo.	Encerrar pelo critério laboratorial 90% dos casos notificados de rubéola e sarampo.	(Nº casos suspeitos de sarampo e rubéola encerrados laboratorialmente / Nº total de casos notificados de sarampo e rubéola) X 100
1.1.10 Ações de educação sanitária referentes à Vigilância Epidemiológica	Realizar ações de educação sanitária referentes à Vigilância Epidemiológica.	Nº de ações realizadas

<b>Diretriz 2: Vigilância Epidemiológica: imunização</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Melhorar a homogeneidade e a cobertura vacinal na rotina e nas campanhas para prevenção, controle ou erradicação das doenças imunopreveníveis.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
2.1.1 Implantar salas de vacina com SI-PNI.	80% das salas de vacina com SI-PNI implantado e alimentado mensalmente.	(Nº de salas de vacina alimentando mensalmente o sistema / Nº total de salas de vacinas com SI-PNI implantado) X 100
2.1.2 Alcançar coberturas vacinais preconizadas no calendário básico de vacinação.	Alcançar 100% das coberturas vacinais preconizadas no calendário básico de vacinação, de acordo com as normas do PNI.	(Nº de vacinas do calendário básico de vacinação com coberturas vacinais alcançadas / Nº total de vacinas do calendário básico de vacinação da criança) X 100
2.1.3 Estruturação da Rede de Frio da Central de Imunização Municipal.	Garantir estrutura da Rede de Frio da Central de Imunização Municipal.	Infraestrutura garantida.

<b>Diretriz 3: Vigilância Epidemiológica: descentralização</b>		
<b>Objetivo 3.1 – Fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica com vistas à descentralização.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
3.1.1 Execução do processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica.	Planejar e definir a execução do processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica.	Processo de descentralização planejado e definido
3.1.2 Capacitar os profissionais de assistência à saúde.	Capacitar 90% dos profissionais de assistência à saúde (AS) das unidades do Município, com vistas à descentralização.	(Nº de profissionais capacitados / Nº total de profissionais da AS das unidades do município) X 100
3.1.3 Acompanhar as ações de Vigilância Epidemiológica.	Acompanhar as ações de Vigilância Epidemiológica descentralizada por território.	Nº de ações de VE realizadas em parceria com serviços assistenciais

<b>Diretriz 4: Vigilância Ambiental em Saúde</b>		
<b>Objetivo 4.1 – Fortalecer a Vigilância Ambiental em Saúde conforme preconizado pelo Estado e pelo Ministério da Saúde (MS).</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
4.1.1 Capacitação em atividades de Vigilância Ambiental em Saúde, promovidas pelo Estado e pelo MS.	Participar das ações de capacitação em atividades de Vigilância Ambiental em Saúde, promovidas pelo Estado e pelo MS.	Nº de participações
4.1.2 Ações do Programa VIGIAGUA.	Realizar 100% das ações do Programa VIGIAGUA pactuadas com o Estado.	(Nº de ações realizadas / Nº de ações pactuadas com o Estado) X 100
4.1.3 Análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais.	Realizar, pelo menos, 90% do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais.	(Nº de análises realizadas para coliformes totais / Nº de amostras obrigatórias pactuadas) X 100
4.1.4 Vigilância da qualidade de água.	Implantar a vigilância da qualidade de água consumida nas escolas, creches, asilos e estabelecimentos de assistência à saúde no município.	(Nº de estabelecimentos com vigilância implantada / Nº total de estabelecimentos cadastrados) X 100
4.1.5 Ações do Programa VIGISOLO.	Realizar 100% das ações do Programa VIGISOLO pactuadas com o Estado e o MS.	(Nº de ações realizadas / Nº de ações pactuadas com Estado e MS) x 100
4.1.6 Programa VIGIPEQ.	Implantar o Programa VIGIPEQ conforme preconizado pelo MS.	Programa VIGIPEQ implantado
4.1.7 Controle dos principais animais sinantrópicos e vetores ocorrentes de interesse da saúde.	Definir, elaborar e implantar planos de controle dos principais animais sinantrópicos e vetores ocorrentes de interesse da saúde.	Nº de planos implantados / Nº total de planos definidos
4.1.8 Plano Municipal de Controle da Dengue (PMCD).	Revisar o Plano Municipal de Controle da Dengue (PMCD).	Plano revisado
4.1.9 Ações de monitoramento do mosquito <i>Aedes aegypti</i> no município.	Executar as ações de monitoramento do mosquito <i>Aedes aegypti</i> no município conforme preconizado no PMCD.	Monitoramento executado
4.1.10 Índices de infestação.	Divulgar os índices de infestação encontrados por meio do monitoramento.	Índices de infestação divulgados
4.1.11 Ações de controle do mosquito <i>Aedes aegypti</i> no município.	Executar as ações de controle do mosquito <i>Aedes aegypti</i> no município conforme preconizado no PMCD.	Ações de controle executadas
4.1.12 Visitas domiciliares para controle vetorial da dengue.	Realizar pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares, com um mínimo de 80% de cobertura em cada ciclo.	(Nº de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos / Nº total de imóveis elegíveis para as ações de controle vetorial da dengue) X 100
4.1.13 Plano de Contingência da Dengue (PCD).	Revisar o Plano de Contingência da Dengue (PCD).	Plano revisado
4.1.14 Ações do Plano de Contingência da Dengue (PCD).	Executar as ações do PCD conforme situação epidemiológica (endêmica ou	(Nº de ações executadas / Nº total de ações preconizadas no PCD) X 100

	epidêmica).	
4.1.15 Não conformidades ambientais em saúde.	Analisar 100% das não conformidades ambientais em saúde apontadas pela própria equipe ou qualquer interessado.	(Nº de não conformidades analisadas / Nº total de não conformidades recebidas) X 100
	Executar ações de vigilância em 95% das não conformidades ambientais em saúde julgadas pertinentes pela análise.	(Nº de ações de vigilância executadas / Nº total de não conformidades julgadas pertinentes) X 100
4.1.16 Áreas identificadas que necessitam intervenção de outras Secretarias para correção de risco à saúde	Informar 100% das áreas identificadas que necessitam intervenção de outras Secretarias para correção de risco à saúde	(Nº de áreas informadas a outras Secretarias / Nº total de áreas que necessitam intervenção de outras Secretarias) X 100
4.1.17 Educação sanitária referentes à Vigilância Ambiental em Saúde.	Realizar ações de educação sanitária referentes à Vigilância Ambiental em Saúde.	Nº de ações realizadas
4.1.18 Adequar o cargo de Agente de Combate a Endemias.	Consolidar em 100% a adequação do cargo de Auxiliar de Controle de Zoonoses para Agente de Combate a Endemias.	Consolidação efetivada
4.1.19 Adotar o Plano de Contingência para Arbovirose	Consolidar em 100% o PCA.	Consolidação efetivada

<b>Diretriz 5: Vigilância Sanitária</b>		
<b>Objetivo 5.1 – Qualificar e expandir as ações de Vigilância Sanitária.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
5.1.1 Ações pactuadas no PAVISA para os quadriênios 2016-2019 e 2021-2024.	Realizar, pelo menos, 90% das ações pactuadas no PAVISA para os quadriênios 2016-2019 e 2021-2024.	(Nº de ações realizadas no ano / Nº de ações pactuadas no PAVISA para o ano) X 100
5.1.2 Processos de licenciamento sanitário dos estabelecimentos de interesse à saúde.	Melhorar o tempo de resposta nos processos de licenciamento sanitário dos estabelecimentos de interesse à saúde.	(Tempo de licenciamento no ano / Tempo médio de licenciamento no ano anterior) X 100
5.1.3 Ações de educação sanitária referentes à Vigilância Sanitária.	Realizar ações de educação sanitária referentes à Vigilância Sanitária.	Nº de ações realizadas

<b>Diretriz 6: Vigilância de Zoonoses</b>		
<b>Objetivo 6.1 – Garantir o registro, o monitoramento e a investigação de agravos, doenças e óbitos.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
6.1.1 Vigilância dos casos de zoonoses.	Notificar, acompanhar e manter vigilância dos casos de zoonoses conforme preconizado pelo Estado e pelo MS.	(Nº de casos notificados e acompanhados / Nº total de casos suspeitos notificados) X 100

6.1.2 Ações de capacitação em atividades de Vigilância de Zoonoses.	Participar das ações de capacitação em atividades de Vigilância de Zoonoses promovidas pelo Estado e pelo MS.	Nº de participações
6.1.3 Não conformidades envolvendo zoonoses.	Analisar 100% das não conformidades envolvendo zoonoses apontadas pela própria equipe ou qualquer interessado.	(Nº de não conformidades analisadas / Nº total de não conformidades recebidas) X 100
	Executar ações de vigilância em 95% das não conformidades envolvendo zoonoses julgadas pertinentes pela análise.	(Nº de ações de vigilância executadas / Nº total de não conformidades julgadas pertinentes) X 100
6.1.4 Áreas identificadas que necessitam intervenção de outras Secretarias para correção de risco à saúde.	Informar 100% das áreas identificadas que necessitam intervenção de outras Secretarias para correção de risco à saúde.	(Nº de áreas informadas a outras Secretarias / Nº total de áreas que necessitam intervenção de outras Secretarias) X 100
6.1.5 Ações de educação sanitária referentes ao controle zoonoses.	Realizar ações de educação sanitária referentes ao controle zoonoses.	Nº de ações realizadas
6.1.6 Epizootias em primatas não humanos.	Investigar 100% das epizootias em primatas não humanos.	(Nº de epizootias investigadas / Nº total de epizootias notificadas) X 100
6.1.7 Casos notificados de Febre Maculosa.	Acompanhar 100% dos casos notificados de Febre Maculosa.	(Nº de notificações acompanhadas / Nº total de notificações) X 100
6.1.8 Cobertura vacinal antirrábica de cães no município.	Alcançar 80% na cobertura vacinal antirrábica de cães no município.	(Nº de vacina antirrábica aplicada em cães / População canina) X100
6.1.9 Casos humanos de raiva.	Manter o município sem casos humanos de raiva.	Nº de casos de raiva humana
6.1.10 Prática da Posse Responsável.	Fomentar, em parceria com outros órgãos, a prática da Posse Responsável.	Nº de eventos e orientações realizadas

#### Diretriz 7: Vigilância em Saúde do Trabalhador

**Objetivo 7.1** – Promover as ações de vigilância em saúde com vistas a garantir a atenção integral à saúde do trabalhador.

Ações	Meta 2018 - 2021	Indicador
7.1.1 Prevenir agravos à saúde do trabalhador.	Analisar 100% de casos de doenças ocupacionais.	(Nº de doenças ocupacionais analisadas no ano / Nº de doenças ocupacionais notificadas no ano) X 100
7.1.2 Caracterizar o perfil da doença ocupacional.	Estratificar 100% dos casos notificados de doenças ocupacionais.	(Nº casos estratificados no ano / Nº de doenças ocupacionais notificadas no ano) X 100

## Eixo V – Avaliação, Regulação e Controle

<b>Diretriz 1: Rede Regional de Atenção à Saúde</b>		
<b>Objetivo 1.1 – Fortalecer a interação e articulação da Rede de Atenção Básica, especializada e hospitalar, com foco da ação centrado no usuário, com práticas acolhedoras e resolutivas.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 -2021</b>	<b>Indicador</b>
1.1.1 Participar de todos os processos da construção das redes de atenção à saúde na RRAS XVII.	Participar de todas as reuniões das RRAS e garantir o levantamento e envio dos dados solicitados.	Nº de reuniões e número de participantes do município nas reuniões
1.1.2 Implementar os serviços de responsabilidade do município para compor a RRAS.	Revisar 100% dos protocolos e implementar os necessários.	Nº de protocolos revisados e/ou implementados
	Garantir a implantação de 100% das consultas e exames relativos às Redes homologadas.	Nº de consultas e exames realizados relativos às Redes homologadas
1.1.3 Monitorar os serviços de responsabilidade do município para compor a RRAS implantados e monitorados.	Utilizar o Sistema de Gestão para controle e acompanhamento de 100% das consultas e exames relativas às Redes homologadas.	Relatório com número de consultas e exames da RRAS do Sistema de Gestão

<b>Diretriz 2: Implementar a Regulação de Acesso</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços de Saúde para atender às necessidades dos usuários, de forma eficiente, efetiva e oportuna. Otimizar a capacidade operacional dos serviços, com lógica de priorização e equidade.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018-2021</b>	<b>Indicador</b>
2.1.1 Revisão e implementação de novos fluxos conforme necessidade.	Revisar 100% dos fluxos existentes e implementar novos fluxos para novas redes homologadas.	Nº de protocolos revisados e/ou implementados
2.1.2 Monitorar o acesso ao serviço de alta complexidade.	Monitorar 100% do acesso aos serviços de Alta Complexidade.	Nº de todos os serviços realizados de alta complexidade extraídos através do Sistema de Gestão e Sistemas disponibilizados pelo Estado e Ministério da Saúde.
2.1.3 Sistematizar os processos de monitoramento e avaliação das referências de acordo com a PPI.	Controlar 100% o acesso as vagas utilizando o sistema de gestão com parâmetros da PPI.	(Nº de serviços realizados da PPI/ Nº de serviços pactuados na PPI) X 100
2.1.4 Implementação do Sistema de Gestão junto aos hospitais credenciados.	Inserção de AIH e APAC para regulação e auditoria em 100% dos hospitais credenciados.	Nº de AIHs e APACs extraídos do Sistema de Gestão implementados nos hospitais
2.1.5 Referenciar demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados forem insuficientes para garantir acesso assistencial.	Garantir que as demandas de atendimento sem recursos pactuados no município sejam solicitados às esferas superiores.	Nº da demanda reprimida enviadas ao CROSS.
2.1.6 Relatórios e informações necessárias às atividades de gestão, controle, avaliação e auditoria.	Disponibilizar 100% dos relatórios conforme demanda.	Nº de relatórios disponibilizados conforme demanda
2.1.7 Identificar alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão fundamentada em protocolos clínicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referências pactuados na PPI.	Identificação em 100%, da alternativa assistencial mais adequada para cada paciente, de acordo com os recursos disponíveis.	Nº de casos atendidos e resolvidos x Nº de casos não atendidos e não resolvidos .



2.1.8 Implantar e adequar espaço físico para a Central de Vagas 12 horas/dia.	Adequação do Espaço Físico	Espaço Físico Adequado
	Regular 100% dos leitos SUS contratados e conveniados do município.	Nº de leitos regulados pelo município após aprovação do projeto pelo Ministério da Saúde e sua implementação.

<b>Diretriz 3: Implementar o Controle, Avaliação e Auditoria</b>		
<b>Objetivo 3.1</b> – Subsidiar informações para a elaboração de relatórios, indicadores de saúde e gestão. Acompanhar o desenvolvimento, utilização e aprimoramento do Sistema de Gestão. Elaborar relatórios de produtividade e carga horária da rede básica e especializada de saúde. Faturamento e acompanhamento do Teto Financeiro e metas físicas, financeiras, quantitativas e qualitativas dos serviços de saúde contratados e conveniados. Contribuir para o aprimoramento da qualidade da Atenção a Saúde por meio de análise dos serviços conveniados e contratados.		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018-2021</b>	<b>Indicador</b>
3.1.1 Realizar captação dos dados dos prestadores de serviços e exportação destes dados, mensalmente, para sistemas de informação do MS (SIA, SIHD, CIHA, SIAB, SISCAN, CNES)	Manter mensalmente 100% da captação e exportação de dados ao MS.	Relatórios de dados captados pelo Sistema de gestão municipal x relatório mensal dos Sistemas de Faturamento disponibilizados pelo MS.
3.1.2 Subsidiar os relatórios de gestão por meio de dados coletados.	Disponibilizar 100% dos relatórios conforme demanda.	Nº de relatórios disponibilizados conforme demanda.
3.1.3 Avaliar as ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise dos dados, indicadores e verificação dos padrões de conformidade.	Avaliar e Auditar 100% dos estabelecimentos conforme necessidade.	Nº de relatórios de avaliação e Auditoria
3.1.4 Implantar módulo PPI para os procedimentos ambulatoriais.	Iniciar em 25% o controle do acesso as vagas ambulatoriais utilizando o sistema de gestão municipal com base na PPI.	(Nº de vagas controladas no sistema de gestão municipal / Nº de vagas pactuadas (PPI)) X 100
3.1.5 Monitorar os indicadores do programa Santas Casas Sustentáveis conforme definido pela SES – SP	Realizar avaliação mensal dos dados e alimentar o Sistema da CROSS (indicadores Santas Casas Sustentáveis).	Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x Relatórios de Faturamento.
3.1.6 Monitorar os indicadores do programa Santas Casas Sustentáveis conforme definido pela SES-SP e Pró Santa Casa II.	Realizar avaliação mensal dos dados e alimentar o Sistema da CROSS [indicadores Santas Casas Sustentáveis (mensal) e Pró Santa Casa II (trimestral)].	Nº de serviços pactuados x faturados (indicador extraído do CROSS - Santas Casas Sustentáveis)
3.1.7 Monitoramento e avaliação da produção, inclusive a relação de produção, programação e pagamento.	Realizar monitoramento e avaliação dos serviços pactuados e realizados.	Nº de serviços pactuados x faturados (Relatório próprio de prestação de contas)
3.1.8 Processamento das informações que viabilizem o pagamento dos serviços prestados.	Processamento de 100% das informações dos serviços realizados para faturamento.	Nº de relatórios extraídos dos Sistemas (BPA Magnético, RAAS, SAI, SIH, SISMAMA e SISCOLO – MS) para faturamento.
3.1.9 Disponibilizar relatório de produção da Atenção Básica.	Sistematização de 100% dos processos utilizando sistema de gestão municipal para extração de relatórios mensais.	Nº de relatórios mensais da Atenção Básica sistematizados e extraídos do sistema de gestão municipal
3.1.10 Sistematizar todas as rotinas e processos de auditoria dos serviços de saúde públicos e privados, conveniados e contratados.	Auditar os estabelecimentos e criar a agenda de programação anual para visitas de Auditoria.	Nº de relatórios dos estabelecimentos emitidos pelos auditores
3.1.11 Credenciamento dos estabelecimentos e encaminhamento dos processos de habilitação, bem como o monitoramento e fiscalização do cumprimento dos critérios. Ampliação e expansão dos serviços já credenciados.	Viabilizar junto ao Ministério da Saúde novos credenciamentos e propor ampliação e ou expansão dos serviços já credenciados.	Nº de novos estabelecimentos credenciados e habilitados
		Nº de serviços ampliados

3.1.12 Capacitação da Equipe do Complexo Regulador e da Unidade de Avaliação e Controle.	Capacitar os profissionais para qualificar e humanizar o atendimento prestado.	Nº de horas de capacitação para a Equipe do Complexo Regulador e da Unidade de Avaliação e Controle
--	--	---

## **Eixo VI – Participação e Controle Social no SUS**

<b>Diretriz 1: Conselho Municipal de Saúde COMUS/COMAD</b>		
<b>Objetivo 1.1 – Fortalecer os mecanismos de controle social</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018-2021</b>	<b>Indicador</b>
1.1.1 Implantar a estrutura de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (COMUS), através de uma secretaria executiva para efetivar o acompanhamento das comissões.	Secretaria executiva do COMUS implantada.	100% da Secretaria executiva do COMUS implantada e mantida
1.1.2 Acompanhar e facilitar a execução da rubrica orçamentária específica para o Conselho Municipal de Saúde - COMUS e Conselho Municipal de Álcool e Drogas COMAD dentro do orçamento geral da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.	Rubrica orçamentária executada.	Rubrica 100% efetivada para atividades do COMUS e COMAD
1.1.3 Investir na formação dos conselheiros (Local e Municipal) com a construção e implementação de cronograma de educação permanente voltado a este público.	Capacitação dos conselheiros.	Horas de capacitação voltada para COMUS e COMAD
1.1.4 Garantir e apoiar a participação dos Conselheiros de Saúde em atividades que estejam relacionadas ao Controle Social promovidas por Conselhos de Saúde (Local, Municipal, Estadual e Nacional) para formação e exercício das funções de conselheiro.	Participação dos conselheiros em eventos.	Nº de conselheiros participantes de eventos
1.1.5 Realizar a IX Conferência Municipal de Saúde em 2019 e a Plenária para avaliação das propostas em 2021.	IX Conferência Municipal de Saúde em 2019 e a Plenária para avaliação das propostas em 2021 realizada.	Nº de Conferência/Plenária realizadas
1.1.6 Garantir caixas de sugestões, críticas e elogios em todos os equipamentos municipais de saúde do SUS.	Manter as caixas de sugestões em 100% das unidades de saúde.	Nº de unidades de saúde = Nº de caixas de sugestões
1.1.7 Criar o Conselho Gestor dos Hospitais Conveniados	Criar o Conselho Gestor no Hospital São Francisco e Santa Casa de Misericórdia de Jacareí	Conselho Gestor no Hospital São Francisco e na Santa Casa criados
1.1.8 Realizar as eleições para COMUS e CGU e o devido funcionamento destes mecanismos de controle e participação social.	Apoiar na realização da eleição do COMUS e CGUs nos estabelecimentos de saúde.	Nº de eleições de CGUs realizadas = Nº de estabelecimentos de saúde Nº de eleições realizadas do COMUS

<b>Diretriz 2: Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Estabelecer um instrumento de gestão e canal de comunicação entre o cidadão usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e os gestores.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018-2021</b>	<b>Indicador</b>
2.2.1 Instituir e Regular a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, com base na legislação vigente, mediante instrumento normativo.	Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde implantada.	100% da ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde implantada e mantida
2.2.2 Adquirir equipamentos e mobiliários para as instalações física da Ouvidoria da SMS.	Equipamentos e mobiliários instalados.	100% dos equipamentos e mobiliários instalados

2.2.3 Criação e manutenção de sistema de informação da Ouvidoria.	Sistema de informação da Ouvidoria implantado.	100% Sistema de informação da Ouvidoria implantado e mantido
2.2.4 Capacitação da equipe da Ouvidoria.	Equipe da Ouvidoria Capacitada.	Horas de capacitação para equipe da Ouvidoria
2.2.5 Elaborar relatórios da Ouvidoria da SMS com disponibilização de informações quantitativas e qualitativas para a gestão.	Relatórios da Ouvidoria emitidos mensalmente.	Nº de relatórios emitidos
2.2.6 Acolher, analisar e responder as demandas da Ouvidoria dentro do prazo estabelecido.	Demandas da Ouvidoria resolvidas.	Porcentagem de demandas resolvidas
2.2.7 Adquirir material de divulgação da Ouvidoria para os usuários.	Divulgação da Ouvidoria.	Pesquisa de Campo para medir conhecimento da população sobre a Ouvidoria

## **Eixo VII – Financiamento do SUS, Gestão de Pessoas e Educação em Saúde**

<b>Diretriz 1: Gestão dos recursos destinados a Secretaria de Saúde</b>		
<b>Objetivo 1.1 – Garantir, monitorar, avaliar e ampliar os recursos destinados aos serviços de saúde</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 – 2021</b>	<b>Indicador</b>
1.1.1 Cadastrar projetos para captação de recursos junto às esferas Federal e Estadual.	Projetos cadastrados.	Nº de projetos cadastrados
1.1.2 Efetuar acompanhamento da execução dos convênios firmados.	100% dos Convênios firmados acompanhados.	(Nº convênios acompanhados/Nº convênios firmados)x100
1.1.3 Realizar prestação de contas dentro do prazo estabelecido.	100% das Prestações realizadas no prazo.	(Nº prestações realizadas no prazo /Nº prestações realizadas)x100
1.1.4 Elaborar as peças orçamentárias observando-se as diretrizes do plano municipal de saúde.	Elaboração da LDO e LOA.	Orçamento elaborado em consonância com PPA
1.1.5 Realizar o acompanhamento bimestral da execução orçamentária.	Relatórios realizados.	Nº de relatórios de acompanhamento realizado por ano = 6
1.1.6 Realizar prestações de contas e audiências públicas trimestrais.	Prestações de contas e audiências públicas realizadas.	Nº de apresentações realizadas por ano = 3

<b>Diretriz 2: Gestão de recursos humanos Secretaria de Saúde</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Fortalecer a gestão de recursos humanos e possibilitar a estruturação do plano de carreira, de cargos e salários dos trabalhadores do SUS</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 – 2021</b>	<b>Indicador</b>
2.1.1 Criar e implementar novo sistema de remuneração para médicos visando compor o quadro de servidores.	Novo sistema de remuneração médico implementado.	Nº de médicos contratados pelo novo sistema
2.1.2 Elaborar fluxos e padrões internos para procedimentos referentes à área de Recursos Humanos.	Fluxos e Padrões implementados.	Nº de fluxos e padrões implementados

2.1.3 Implementar uma ferramenta que ajuda a organizar todas as competências necessárias para desempenhar uma função na Secretaria de Saúde possibilitando avaliar quais conhecimentos, habilidades e atitudes.	Implementar a Matriz de Competências para cada cargo/função da Secretaria de Saúde e Realizar o levantamento das Competências Individuais dos servidores.	Matriz de Competências consolidada
		Levantamento das Competências individuais consolidada

<b>Diretriz 3: Educação em Saúde</b>		
<b>Objetivo 3.1 – Fortalecer a educação para os atores do SUS e promover a mudança na concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes).</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
3.1.1 Consolidar a Política de Educação Permanente e Política de Humanização em Saúde como ferramenta para a qualificação dos serviços de saúde.	Executar a Política de Educação Permanente e a Política de Humanização em Saúde no município atuando em parceria com as diretorias da Secretaria de Saúde.	Horas de Educação permanente por diretoria
		Nº de reuniões com diretores para levantamento de necessidades
3.1.2 Criar espaços de reflexão sobre a prática profissional, a atualização e socialização técnico-científica para os trabalhadores que integram os serviços, almejando construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, resolubilidade e da humanização.	100% das Reuniões de Equipe consolidadas e praticando a educação permanente com metodologia participativa, ensino dinâmico e reflexão crítica visando à transformação das práticas em saúde.	Nº de reuniões mensais de equipe com educação permanente efetivada = Nº de equipamentos de saúde
3.1.3 Promover espaço para divulgação e troca de experiência da Saúde.	Executar MOSTRA MUNICIPAL DE SAÚDE BIANUAL.	Nº de MOSTRAS realizadas
3.1.4 Realizar integração dos novos servidores no SUS.	Servidores novos integrados.	(Nº de servidores integrados / Nº de servidores admitidos) X 100
3.1.5 Promover capacitações e atualizações dos servidores da saúde considerando as necessidades do serviço e em parceria com as diretorias.	Capacitações realizadas.	Horas de capacitações internas (Educação Permanente e/ou Continuada)
3.1.6 Viabilizar a participação de servidores em reuniões, encontros, cursos, capacitações conferências e congressos (externos).	Servidores em reuniões, encontros, cursos, capacitações, conferências e congressos.	Nº de servidores participantes
		Horas de capacitações externas
3.1.7 Promover a divulgação de cursos e capacitações disponibilizados, principalmente, na modalidade EAD e incentivar a participação dos servidores.	Cursos e capacitações divulgadas.	Nº de servidores participantes
3.1.8 Unificar em instrumento os eventos da Secretaria de Saúde para divulgação e acesso à todos os atores.	Implantar a Agenda Municipal da Saúde.	Agenda Municipal de Saúde implantada e mantida
3.1.9 Instituir um instrumento/ferramenta para planejamento das necessidades de treinamento.	Realizar o Levantamento de Necessidade de Treinamento dos servidores da Secretaria de saúde (LNT) e Implementar o calendário anual de treinamentos.	LNT realizado
		Calendário anual de treinamento implementado e atualizado a cada ano

## **Eixo VIII Assistência Farmacêutica**

<b>Diretriz 1: Estoque de Medicamentos e Insumos</b>		
<b>Objetivo 1.1 – Promover a efetiva distribuição, controle e estoque de medicamentos e insumos.</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
1.1.1 Controle de estoque e logística de distribuição dos medicamentos e insumos nas unidades de saúde.	Manter o controle de estoque e logística de distribuição dos medicamentos e insumos nas unidades de saúde.	100% das US abastecidas
1.1.2 Controle efetivo da entrega dos insumos pelas empresas.	Manter o controle efetivo da entrega dos insumos pelas empresas.	Medicamentos entregue
1.1.3 Controle do vencimento de contratos visando o não abastecimento.	Manter o controle do vencimento de contratos visando o não abastecimento.	100% dos contratos acompanhados
1.1.4 Estoque de medicamentos e insumos no almoxarifado.	Manter o estoque mínimo de medicamentos e insumos no almoxarifado para suprir as necessidades do município de modo a não haver suspensão do fornecimento.	95% do estoque abastecido
1.1.5 Sistema de controle logístico de medicamentos e insumos.	Garantir que as unidades de saúde que venham a ser implantadas tenham o mesmo sistema de controle logístico de medicamentos e insumos.	(Nº de novas US com serviço implantado / Nº de novas US) X 100

<b>Diretriz 2: Qualificar a Assistência Farmacêutica</b>		
<b>Objetivo 2.1 – Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica para maior eficiência, eficácia e efetividade das ações</b>		
<b>Ações</b>	<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Indicador</b>
2.1.1 Capacitação para execução da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	Capacitar os prescritores e dispensadores para correta execução da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	Nº de prescritores e dispensadores capacitados
2.1.2 Atualização técnica da Assistência Farmacêutica	Promover e incentivar a atualização técnica dos membros do Centro de Assistência Farmacêutica	Nº de participantes de atualizações
2.1.3 Lista de medicamentos distribuídos no município	Revisar e manter atualizada a lista de medicamentos distribuídos no município	Lista de medicamentos atualizada mensalmente