

SECRETARIA DE  
SAÚDE



ARAPIRACA  
UMA CIDADE PARA TODOS

# AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

## 1º QUADRIMESTRE - 2023

## SUMÁRIO

|      |  |     |
|------|--|-----|
| I-   | SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E GESTÃO PARTICIPATIVA – SUPGEP | 03  |
| II-  | SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO – SG  | 29  |
| III- | SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE– SGTES            | 40  |
| IV-  | SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS                                    | 53  |
| V-   | SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA – SURCAA      | 124 |
| VI-  | SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SUVIG                              | 143 |

## SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E GESTÃO PARTICIPATIVA – SUPGEP

### AVALIAÇÃO 1º QUADRIMESTRE ANO 2023

**DIRETRIZ VIII:** Aperfeiçoamento da gestão interfederativa do SUS, fortalecendo o planejamento ascendente e integrado, com participação e controle social

**OBJETIVO 16:** Fortalecer o processo de planejamento na gestão do SUS, no âmbito do município, com base nos instrumentos oficiais de gestão.

**SUBFUNÇÕES:** Administração Geral

| AÇÃO PRIORITÁRIA  | DESCRIÇÃO DA META   | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|---|---|--|---|--------------------|----------------|
| 16.1 FOMENTAR PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO NA GESTÃO, ATRAVÉS DA QUALIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE GESTÃO DO SUS, COM FOCO EM RESULTADOS. | ELABORAR E QUALIFICAR OS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE GESTÃO DO SUS | NÚMERO DE INSTRUMENTOS ELABORADOS                | <ul style="list-style-type: none"> <li>ASSESSORIA AS SUPERINTENDÊNCIAS E ÁREAS TÉCNICAS DURANTE A CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS;</li> <li>CONSOLIDAÇÃO E REVISÃO DA PAS 2023;</li> <li>ENCAMINHAMENTO DA PAS 2023 PARA APRECIÇÃO E DELIBERAÇÃO PELO CMS;</li> <li>ARTICULAÇÃO COM AS SUPERINTENDÊNCIAS PARA CONSTRUÇÃO DO RAG-2022;</li> <li>ENCAMINHAMENTO DO</li> </ul> | 05                 | 03             |

|                         |   |  |  |  |  |
|-------------------------|---|--|--|--|--|
|                         |   |  | <p>RAG-2022 PARA APRECIACÃO E DELIBERAÇÃO PELO CMS E CÂMARA LEGISLATIVA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DOS RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS – RDQA’S PARA APRECIACÃO E DELIBERAÇÃO PELO CMS E CÂMARA LEGISLATIVA;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO DO MÓDULO PLANEJAMENTO NO SISTEMA NACIONAL – DIGISUS DE TODOS OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO;</li> <li>• DIVULGAÇÃO EM MEIO ELETRÔNICO DAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS AO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS;</li> </ul> |  |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p> | <p>Ao longo do 1º Quadrimestre/2023, a SUPGEP se empenhou para assessorar a equipe técnica da SMS no processo de construção e finalização dos seguintes documentos oficiais: PAS 2023, a qual sua construção foi iniciada em dezembro de 2022 e concluída em Fevereiro de 2023, contou com o envolvimento de toda a equipe técnica da SMS, sendo objeto de apreciação do CMS, com <b>Resolução de aprovação nº 03 de 02 de março de 2023</b>; o 3º RDQA de 2022 e o RAG 2022 foram apreciados em reunião ordinária do CMS em de <b>13 de abril de 2023, com resoluções de</b></p> |  |  |  |  |

|   |   |   |  |     |   |
|---|---|---|--|-----|---|
|   | <p><b>aprovação nº 04 e 05, respectivamente.</b> Ressaltamos que os Relatórios de Gestão, com suas respectivas resoluções, foram encaminhados e protocolados na Câmara de Vereadores. O DigiSUS foi devidamente alimentado com os instrumentos de Gestão mencionados. Além disso, os arquivos foram enviados para publicização no Portal de Transparência do Município.</p>   |   |  |     |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |   |   |  |     |   |
| 16.2 IMPLEMENTAR PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE NOS NÍVEIS CENTRAL E LOCAL, COM FOCO NO ALCANCE DOS RESULTADOS | IMPLEMENTAR PROCESSO DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE   | PERCENTUAL DE INDICADORES MONITORADOS (Nº DE INDICADORES MONITORADOS/Nº DE INDICADORES TOTAL) X 100 | <ul style="list-style-type: none"> <li>DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS RESULTADOS INDICADORES;</li> <li>ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS INDICADORES QUADRIMESTRALMENTE</li> </ul> | 75% | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | <p>Tendo em vista a última orientação do Ministério da Saúde, de deixar os municípios livres para a escolha dos referidos indicadores, a partir de então a equipe ficou de filtrar quais seriam esses indicadores e repassar para ser agregados junto aos indicadores do Previner Brasil. Independente, da definição específica dos indicadores, os mesmo vem sendo monitorados pelas suas respectivas áreas técnicas, em especial os do Previner Brasil.</p> |   |  |     |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | <p>Listar os indicadores para o monitoramento/avaliação dos resultados relativos ao 1º quadrimestre, para devida apresentação junto a equipe técnica da SMS e ao CMS.</p>   |   |  |     |   |

|  |   |  |   |             |            |
|--|---|--|---|-------------|------------|
| <p>16.3 COORDENAR E MONITORAR E APRIMORAR O AVALIAR OS PROCESSO DE INSTRUMENTOS AVALIADOS E MONITORADOS DE GESTÃO DO SUS AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS</p> |   | <p>PERCENTUAL DE INSTRUMENTOS AVALIADOS E MONITORADOS (Nº DE INSTRUMENTOS AVALIADOS E MONITORADOS/Nº TOTAL DE INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS)X100</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSESSORIA ÀS ÁREAS TÉCNICAS NO MONITORAMENTO DAS AÇÕES, ATRAVÉS DE AGENDAMENTO DE REUNIÕES DE MONITORAMENTO AO LONGO DO QUADRIMESTRE;</li> <li>• ORGANIZAÇÃO E AGENDAMENTO DAS OFICINAS DE AVALIAÇÃO DA PAS JUNTO AS SUPERINTENDÊNCIAS;</li> <li>• COORDENAÇÃO DAS OFICINAS DE AVALIAÇÃO;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA NO LEGISLATIVO;</li> <li>• ASSESSORIA AO CMS NA ALIMENTAÇÃO DAS ANÁLISES E PARECERES NO MÓDULO PLANEJAMENTO NO SISTEMA NACIONAL – DIGISUS, REFERENTES AOS RDQA'S E RAG.</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>33%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>A SUPGEP prestou assessoria às áreas técnicas, orientando quanto ao processo de monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando o ciclo do planejamento, e com base nos instrumentos de gestão vigentes. Foram enviadas as planilhas de avaliação para cada superintendência, para que as mesmas pudessem desenvolver suas avaliações quanto às ações</p> |  |   |             |            |

|   |  |  |   |    |   |
|---|--|--|---|----|---|
|   | executadas ao longo deste 1º quadrimestre. A 1ª Oficina de Avaliação foi agendada para 25 de maio de 2023.   |  |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |  |  |   |    |   |
| 16.4 IMPLANTAR SOLUÇÃO INFORMATIZADA INTERNAMENTE PARA O MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE | INFORMATIZAR INTERNAMENTE O MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS OFICIAIS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE   | SISTEMA INTERNO DE MONITORAMENTO IMPLANTADO E ALIMENTADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO JUNTO À COORD. DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO PARA FORMATAÇÃO DO SISTEMA;</li> <li>• APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DO SISTEMA A GESTORA E EQUIPE TÉCNICA DA SMS;</li> <li>• TREINAMENTO DAS SUPERINTENDÊNCIAS E ÁREAS TÉCNICAS;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO REGULAR DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES.</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Em 2022, construímos o desenho do sistema de Monitoramento/Avaliação das ações contempladas na Programação Anual de Saúde/2022. Diante disso, a equipe da SUPGEP se reuniu com a coordenação de TI da SMS e com o programador do município, todas as necessidades foram passadas, ficando acordado toda a formatação do sistema, com previsão de entrega para Abril/2022. Entretanto, logo em seguida, a SUPGEP foi informada que o programador do município teria se afastado de suas atividades, com isso, a formatação do sistema ficou inviabilizada, até então. Diante dessa dificuldade, a equipe técnica da SUPGEP continuou conduzindo o processo de monitoramento e avaliação da PAS da maneira como estava sendo realizada. Nada mudou em relação ao profissional programador e diante desta impossibilidade, seguimos sem conseguir realizar essa meta. |  |   |    |   |

|  |  |                          |   |    |   |
|--|--|--------------------------|---|----|---|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Articular com a coordenação da TI novas estratégias para formatação do Sistema.  |                          |   |    |   |
| 16.5 PROMOVER A REVISÃO E MONITORAMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS NO PMS 2022-2025 | REVISAR AS METAS DO PMS 2022-2025  | PLANO MUNICIPAL REVISADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFINIÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO E METODOLOGIA A SER ADOTADA;</li> <li>• REUNIÃO COM GESTORA E TÉCNICOS DAS SUPERINTENDÊNCIAS PARA APRESENTAÇÃO/DISCUSSÃO DA PROPOSTA;</li> <li>• APRESENTAÇÃO AO CMS DA PROPOSTA DE REVISÃO DAS METAS DO PMS VIGENTE.</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Esta meta foi prorrogada para o 2º quadrimestre, uma vez que a metodologia a ser adotada, bem como as demais atividades estão previstas para iniciar em junho do corrente ano. |                          |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   |  |                          |   |    |   |

|   |  |   |   |                                  |                              |
|---|--|---|---|----------------------------------|------------------------------|
| <p>16.6 GARANTIR A PUBLICIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE NAS MÍDIAS SOCIAIS OFICIAIS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>                          | <p>PUBLICIZAR OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E AS AÇÕES DE SAÚDE</p>  | <p>PERCENTUAL DE INSTRUMENTOS E AÇÕES DE SAÚDE PUBLICIZADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ENVIO REGULAR DOS DOCUMENTOS OFICIAIS DA SMS PARA DIVULGAÇÃO NO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO MUNICÍPIO;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO PERIÓDICA.</li> </ul> | <p>100%</p>                      | <p>33%</p>                   |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Foi articulado junto ao GTINFO, órgão responsável pela publicização de documentos no Portal da Transparência, dessa forma, a publicização dos Documentos Oficiais da Saúde foi viabilizada.</p> |   |   |                                  |                              |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Dar continuidade a alimentação do Portal da Transparência.</p>  |   |   |                                  |                              |
| <p><b>DIRETRIZ VIII:</b> Aperfeiçoamento da gestão interfederativa do SUS, fortalecendo o planejamento ascendente e integrado, com participação e controle social</p> |  |   |   |                                  |                              |
| <p><b>OBJETIVO 17:</b> Qualificar e aprimorar a Ouvidoria SUS municipal</p>   |  |   |   |                                  |                              |
| <p><b>SUBFUNÇÕES:</b> Administração Geral</p>   |  |   |   |                                  |                              |
| <p><b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b></p>  | <p><b>DESCRIÇÃO DA META</b></p>  | <p><b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b></p>  | <p><b>ATIVIDADES</b></p>  | <p><b>META PREVISTA 2023</b></p> | <p><b>META EXECUTADA</b></p> |

|  |  |  |  |            |               |
|--|--|--|--|------------|---------------|
| <p>17.1 ACOLHER, ANALISAR E RESPONDER AS MANIFESTAÇÕES DAS DEMANDAS DA OUIDORIA DO SUS</p> | <p>QUALIFICAR AS AÇÕES DA OUIDORIA MUNICIPAL</p> | <p>AS DA SUS</p> <p>PERCENTUAL DE RESOLUTIVIDADE DAS DEMANDAS REALIZADAS POR MEIO DA OUIDORIA</p> <p>(Nº DE DEMANDAS RESOLVIDAS/Nº TOTAL DE DEMANDAS) X100</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DOS RELATÓRIOS GERENCIAIS DO NOVO SISTEMA OUIDOR SUS;</li> <li>• ENCAMINHAMENTO DOS RELATÓRIOS GERENCIAS: CMS, GAB. SMS E SUPERINTENDÊNCIAS, QUADRIMESTRALMENTE ;</li> <li>• ENCAMINHAMENTO DO RELATÓRIO GERENCIAL, COM AS DEMANDAS PERTINENTES A CADA SUPERINTENDÊNCIA;</li> <li>• ARTICULAÇÃO PERMANENTE COM OS RESPONSÁVEIS PELAS OUIDORIAS LOCAIS PARA OS ENCAMINHAMENTOS DAS DEMANDAS;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DAS DEMANDAS PENDENTES ENCAMINHADAS AS ÁREAS TÉCNICAS/SUB-REDES PARA O ALCANCE DA SUA RESOLUTIVIDADE.</li> </ul> | <p>80%</p> | <p>78,85%</p> |
|--|--|--|--|------------|---------------|

|  |  |   |   |             |          |
|--|--|---|---|-------------|----------|
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Ao longo do 1º quadrimestre foram registradas 80 demandas na Ouvidoria SUS. O novo sistema Ouvidor permanece na fase de treinamento, impossibilitando a elaboração de relatórios, os mesmos continuam sendo produzidos pelo sistema anterior. Atualmente, os relatórios gerenciais são encaminhados, para os e-mails institucionais e através de ofício. A coleta das manifestações das Ouvidorias locais está sob a responsabilidade da Ouvidoria SUS e das apoiadoras da APS. Ressaltamos que houve uma ampliação das ouvidorias locais a exemplo do Banco de Leite Humano e Espaço Nascer. No que se refere as demandas pendentes, estas são enviadas junto aos relatórios mensais, encaminhadas às áreas técnicas/sub-redes da Ouvidoria SUS.</p> |   |   |             |          |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Realizar reunião com as apoiadoras da APS para articulação e sensibilização junto às unidades para orientações do uso correto do serviço.</p>   |   |   |             |          |
| <p>17.2 FORTALECER AS AÇÕES DE DIVULGAÇÃO DA OUVIDORIA JUNTO A REDE ASSISTENCIAL</p> | <p>DIVULGAR AS AÇÕES DA OUVIDORIA JUNTO A REDE ASSISTENCIAL</p>  | <p>PERCENTUAL DE AÇÕES DE DIVULGAÇÃO DA OUVIDORIA SUS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIVULGAÇÃO NAS UBS E PUBLICO EM GERAL DA CENTRAL DE ATENDIMENTO 1DOC COMO FERRAMENTA DE ACESSO A OUVIDORIA.</li> <li>• VISITA ÀS UNIDADES DE SAÚDE (CLS) E PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SUS PARA DIVULGAÇÃO DA OUVIDORIA SUS.</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>0</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Neste primeiro quadrimestre não dispomos mais da ferramenta 1Doc e voltamos a utilizar os e-mails institucionais para comunicação interna com as UBS's e a rede prestadora de serviços ao SUS. Contudo, realizamos divulgação e ampliação da ouvidoria local em 02 unidades especializadas (Espaço Nascer e BLH).</p>   |   |   |             |          |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Participar ativamente das reuniões de gerentes e dos conselhos no âmbito municipal e local, com o intuito de divulgar e ampliar as ações da ouvidoria.</p>  |   |   |             |          |

|   |   |   |   |             |            |
|---|---|---|---|-------------|------------|
| <p>17.3 IDENTIFICAR AS DEMANDAS RECORRENTES</p>             | <p>IDENTIFICAR DEMANDAS RECORRENTES</p>   | <p>PERCENTUAL DE DEMANDAS COM MAIOR INCIDÊNCIA<br/><br/>(Nº DE DEMANDAS DE MAIOR INCIDÊNCIA/ Nº TOTAL DE DEMANDAS) X100</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>IDENTIFICAÇÃO DAS DEMANDAS E SUBASSUNTOS MAIS RECORRENTES, ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS RELATÓRIOS;</li> <li>ENCAMINHAMENTO ÀS ÁREAS TÉCNICAS RESPONSÁVEIS PELAS DEMANDAS E SUBASSUNTOS MAIS RECORRENTES.</li> </ul> | <p>30%</p>  | <p>40%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                                     | <p>Através do levantamento de dados dos relatórios da Ouvidoria SUS, identificamos que o assunto geral mais recorrente, ao longo do 1º quadrimestre, foi Assistência à Saúde com 40,00%, seguido de Gestão com 28,75 e Estratégia de Saúde da Família com 13,75%. Já os assuntos específicos mais recorrentes, referem-se à marcação de exames 22,5% reclamação do profissional médico 18,75% e Marcação de consultas Especializadas com 12,5%.</p> |   |   |             |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                     | <p>Encaminhar, as demandas mais recorrentes, através dos relatórios: mensalmente, quadrimestralmente, anualmente e solicitar, através de relatório anual por área técnica, um respaldo/parecer sobre as demandas recorrentes de sua competência, proposta para mitigar as problemáticas em questão.</p>   |   |   |             |            |
| <p>17.4 QUALIFICAR A EQUIPE E SUBREDES DA OUVIDORIA DOS</p> | <p>CAPACITAR A EQUIPE E SUBREDES DA OUVIDORIA SUS</p>   | <p>PERCENUAL DE SERVIDORES CAPACITADOS</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>REUNIÕES PERIÓDICAS COM OS TÉCNICOS DE REFERÊNCIA;</li> <li>REALIZAÇÃO DA CAPACITAÇÃO COM OS TÉCNICOS DE REFERÊNCIA.</li> </ul>  | <p>100%</p> | <p>33%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                                     | <p>O novo sistema Ouvidor SUS, ainda não está em operação. Há disponível, desde o dia</p>   |   |   |             |            |

|  |  |   |  |    |    |
|--|--|---|--|----|----|
|  | 01/07/2022, na plataforma moodle, da instituição Fiocruz, o curso “Ouvidor SUS 3”, destinado aos técnicos e Ouvidores, para capacitação do novo sistema, mas ainda não está disponível para a sub-rede. Encaminhamos os vídeos e os manuais de acesso do banco de dados do <a href="https://wiki.saude.gov.br/ouvidor/index.php/P%C3%A1gina_principal">https://wiki.saude.gov.br/ouvidor/index.php/P%C3%A1gina_principal</a> , para os técnicos das sub-redes, conforme recomendação da Ouvidoria-Geral do SUS – OUVSUS. |   |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Encaminhar o conteúdo disponibilizado no <a href="https://wiki.saude.gov.br/ouvidor/index.php/P%C3%A1gina_principal">https://wiki.saude.gov.br/ouvidor/index.php/P%C3%A1gina_principal</a> , para capacitação, conforme recomendação da Ouvidoria Geral do SUS. Realizar constante contato com as áreas técnicas, para continuidade.   |   |  |    |    |
| 17.5 IMPLEMENTAR AS AÇÕES DAS OUVIDORIAS LOCAIS  | IMPLEMENTAR AS AÇÕES DAS OUVIDORIAS LOCAIS   | PERCENTUAL DE OUVIDORIAS LOCAIS IMPLEMENTADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO DAS OUVIDORIAS LOCAIS IMPLANTADAS PARA CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS</li> </ul> | 10 | 15 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | A ouvidoria se estendeu para dois novos serviços especializados, totalizando 16 unidades monitoradas. São elas: 2.º Centro; 3.º Centro; 4.º Centro; UBS Batingas; UBS Bom Jardim; UBS Planalto; UBS Canafístula; UBS João Paulo II; UBS Primavera; UBS Brisa do Lago; Banco de Leite; CAPS Nise; CAPS AD; CEMFRA; CRIA; Complexo Multiprofissional e Espaço Nascer.  |   |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Dar continuidade a articulação junto aos Gerentes das Ouvidorias Locais, para obter informação da adesão do serviço, dificuldades da utilização, etc. Realizar reunião com as apoiadoras da APS para articulação e sensibilização junto às unidades para orientações do uso correto do serviço e coleta das demandas.  |   |  |    |    |
| <p><b>Diretriz VIII:</b> Aperfeiçoamento da gestão interfederativa do SUS, fortalecendo o planejamento ascendente e integrado, com participação e controle social</p> <p><b>Objetivo 18:</b> Fortalecer a participação e o controle social do SUS, no âmbito do município.</p> <p><b>Subfunções:</b> Administração Geral</p> |  |   |  |    |    |

| AÇÃO PRIORITÁRIA  | DESCRIÇÃO DA META                                  | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META                  | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|---|--|---|---|--------------------|----------------|
| 18.1 FORTALECER AS AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE | FORTALECER AS AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE | PERCENTUAL DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DE AGENDA DE TRABALHO PARA O ANO DE 2023 EM PARCERIA COM OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE;</li> <li>• ENCAMINHAMENTO DAS DEMANDAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE;</li> <li>• APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NA ELABORAÇÃO DOS DOCUMENTOS OFICIAIS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE;</li> <li>• ASSESSORIA À MESA DIRETORA E DEMAIS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM ASSUNTOS PERTINENTES AO CONTROLE SOCIAL;</li> <li>• MOBILIZAÇÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA PARTICIPAÇÃO NAS REUNIÕES, SEJAM ELAS,</li> </ul> | 100%               | 33%            |

|  |   |   |  |      |     |
|--|---|---|--|------|-----|
|  |   |   | ORDINÁRIAS,<br>EXTRAORDINÁRIAS OU DAS<br>COMISSÕES.  |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Durante o 1º Quadrimestre, todas as atividades pertinentes ao CMS foram realizadas em sua totalidade a exemplo de: 04 (quatro) reuniões ordinárias, 01 (uma) reunião extraordinária, 11 (onze) reuniões de comissões, 06 resoluções, além da realização de 06 (seis) visitas a unidades de saúde e prestadores de serviços do SUS. Em março de 2023, foi realizada a IX Conferência Municipal de Saúde. |   |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   |   |   |  |      |     |
| 18.2 FORTALECER OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE ENQUANTO CANAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SUS | FORTALECER OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE   | PERCENTUAL DE AÇÕES DE FORTALECIMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATUALIZAÇÃO DO CALENDÁRIO COM AS REUNIÕES ORDINÁRIAS DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE;</li> <li>• DEFINIÇÃO DE METODOLOGIA E ASSESSORIA PARA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE;</li> <li>• ASSESSORIA PARA A MANUTENÇÃO DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE VISITA</li> </ul> | 100% | 33% |

|   |  |  |   |    |    |
|---|--|--|---|----|----|
|   |  |  | <p>TÉCNICA AOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE PARA ACOMPANHAR O SEU FUNCIONAMENTO;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS GERENTES E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ATUAÇÃO NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL.</li> </ul>  |    |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | <p>Frente as demandas apresentadas pelos CLS, a Gestão Participativa pôde prestar assessoria para a manutenção e organização administrativa dos respectivos Conselhos, inclusive mediante visitas in loco. Foi ainda criado um link para análise situacional dos CLS, porém, houve baixa adesão dos gerentes para o envio das respostas, apenas 24 UBS's responderam. Vale ressaltar, que durante o mês de abril foi iniciada a sensibilização dos gerentes para o início das eleições dos CLS biênio 2023-2025.</p> |  |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                | <p>As eleições dos CLS serão realizadas no 2º quadrimestre/23 e após esse período, com os CLS já formados, pretendemos iniciar os estudos para revisão do Regimento Interno do CLS.</p>  |  |   |    |    |
| 18.3 GARANTIR A REALIZAÇÃO DA IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE | REALIZAR A IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE   | CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE REALIZADA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO EQUIPE TÉCNICA PARA DEFINIÇÃO DA PROPOSTA DE REALIZAÇÃO DA IX COMUSA, DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES DO CNS E CES;</li> <li>• DEFINIÇÃO DA LOGÍSTICA E SOLICITAÇÕES JUNTO AO SETOR COMPETENTE DA GESTÃO PARA A VIABILIZAÇÃO DA IX</li> </ul> | 01 | 01 |

|                         |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|
|                         |  |  | <p>COMUSA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• APRESENTAÇÃO AO CMS DA PROPOSTA DA IX COMUSA E FORMAÇÃO DE COMISSÕES;</li> <li>• ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS PARA REALIZAÇÃO DA IX COMUSA (RESOLUÇÃO CMS DE APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA IX COMUSA; DECRETO DE CONVOCAÇÃO; PORTARIA SMS)</li> <li>• REALIZAÇÃO DO ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA IX COMUSA;</li> <li>• REALIZAÇÃO DA IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE;</li> </ul> <p>ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO FINAL E ENVIO AO CES.</p> |  |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p> | <p>O processo para realização da IX COMUSA foi iniciado com a elaboração dos documentos normativos (Decreto, Regimento, Resolução CMS, Portaria e Regulamento), em seguida foi realizado o Encontro Preparatório no dia 14 de fevereiro de 2023, no auditório do Planetário Municipal com o objetivo de apresentar o tema central e os eixos da Conferência, além de mobilizar a participação dos segmentos representativos da sociedade e esclarecer a metodologia e o processo de credenciamento dos Delegados. O Encontro Preparatório para a IX COMUSA</p> |  |  |  |  |

|   |   |  |   |     |     |
|---|---|--|---|-----|-----|
|   | <p>contou com um público total de 214 pessoas, sendo estas: 137 das Unidades Básicas e Especializadas de Saúde, 46 da Gestão Municipal, 17 Conselheiros Municipais de Saúde, 10 Entidades representantes de usuários e 04 estudantes.</p> <p>Já a Etapa Municipal foi realizada nos dias 22 e 23 de março de 2023, no Espaço Renê situado na Rua Dom Felício Vasconcelos, 217 –Centro -Arapiraca/AL. Como tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia –Amanhã vai ser outro dia”, o evento contou com a participação de 416 pessoas, das quais 257 estavam na condição de Delegados representantes dos seguimentos dos usuários, trabalhadores de saúde e governo/prestador.</p> <p>O Relatório Final da IX Conferência foi encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde – CES em 03 de abril de 2023. Posteriormente, foram inscritos os delegados eleitos para a etapa estadual (12 titulares, 12 suplentes e 02 acompanhantes).</p> |  |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Assessorar a delegação de Arapiraca para a etapa Estadual e Nacional.   |  |   |     |     |
| 18.4 GARANTIR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE VOLTADAS AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE (MUNICIPAL E LOCAL) | GARANTIR EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE  | PERCENTUAL DE CONSELHEIROS CAPACITADOS<br><br>(NÚMERO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE CAPACITADOS/ TOTAL DE CONSELHEIROS DE SAÚDE) X100 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO E SOCIALIZAÇÃO COM OS CONSELHEIROS LOCAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE DA OFERTA DE CURSOS, SEMINÁRIOS, ENCONTROS, FÓRUMS E DEMAIS EVENTOS ACERCA DO CONTROLE SOCIAL.</li> </ul> | 60% | 20% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Durante o 1º quadrimestre a Gestão Participativa socializou entre os conselheiros o curso de capacitação ofertado pelo CNS acerca da participação e do controle social no SUS, em formato on-line. Além disso, foi incentivada ainda a participação dos conselheiros em seminários, fóruns e afins, inclusive de outras políticas para o fortalecimento da intersetorialidade.  |  |   |     |     |

|   |  |  |  |      |     |
|---|--|--|--|------|-----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Após as eleições dos CLS iniciaremos o processo de capacitação de seus membros para a manutenção da organização administrativa e fortalecimento das ações dos mesmos.  |  |  |      |     |
| 18.5 ENVOLVER OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NO MOVIMENTO DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO CONTROLE SOCIAL NO SUS | FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O CONTROLE SOCIAL NO SUS   | PERCENTUAL DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO CONTROLE SOCIAL NO SUS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS GERENTES DA APS PARA PARCERIA COM OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA EXECUÇÃO DE CAMPANHAS, BUSCA ATIVAS, DATAS COMEMORATIVAS, ENTRE OUTRAS AÇÕES;</li> <li>• APOIO TÉCNICO AOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA APS.</li> </ul> | 100% | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Mediante a participação na reunião de gerentes e abordagem individual dos mesmos, a equipe técnica da Gestão Participativa tem ressaltado a importância dessa articulação da UBS com os Conselhos Locais para disseminação de informações importantes e divulgação das campanhas, entre outras ações para fortalecimento da APS. |  |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |  |  |  |      |     |

|  |  |   |   |           |          |
|--|--|---|---|-----------|----------|
| <p>18.6 IMPLANTAR INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO QUE POSSIBILITEM A DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO SUS</p> | <p>IMPLANTAR INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO COM INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO SUS</p> | <p>NÚMERO DE INICIATIVAS DE COMUNICAÇÃO IMPLANTADAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSESSORIA NA ELABORAÇÃO E CONFECÇÃO DOS BOLETINS INFORMATIVOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE PARA SOCIALIZAÇÃO DE SUAS AÇÕES POR QUADRIMESTRE;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DA COMISSÃO DE INFORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO DA REDE SOCIAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (INSTAGRAM) E DO CANAL NO YOUTUBE;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM A COORDENAÇÃO GERAL DE COMUNICAÇÃO PARA ALIMENTAÇÃO DA ABA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO SITE OFICIAL DA PREFEITURA;</li> <li>• SOCIALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES PERTINENTES ÀS AÇÕES DO CONTROLE SOCIAL NO GRUPO DE COMUNICAÇÃO DOS PRESIDENTES DOS</li> </ul> | <p>03</p> | <p>0</p> |
|--|--|---|---|-----------|----------|

|  |  |  |  |      |     |
|--|--|--|--|------|-----|
|  |  |  | CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE.   |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | A elaboração do Boletim Informativo do CMS referente ao 1º trimestre/23 não foi priorizada devido a organização da IX COMUSA e do processo de sensibilização para as eleições dos CLS. O instagran do CMS continua sendo alimentado com postagem das ações e divulgação das reuniões, além da socialização periódica de informações pertinentes ao controle social no grupo de whatsapp dos Presidentes dos CLS. |  |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Assessorar a Comissão de Informação e Divulgação do CMS para a elaboração do Boletim Informativo com as ações realizadas no 1º e 2º trimestre de 2023, além de manter a socialização de informações nas redes sociais do CMS e no grupo de whatsapp dos Presidentes dos CLS.   |  |  |      |     |
| 18.7 GARANTIR AO CMS A ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA-EXECUTIVA COM INFRAESTRUTURA E QUADRO DE PESSOAL PARA APOIO TÉCNICO CONFORME PRECONIZADO NAS NORMATIVAS VIGENTES DOS CMS (RESOLUÇÃO Nº453/2012, LEI MUNICIPAL | GARANTIR AO CMS A ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA-EXECUTIVA COM INFRAESTRUTURA E QUADRO DE PESSOAL   | PERCENTUAL DE QUADRO TÉCNICO EM EFETIVO EXERCÍCIO, CONFORME PRECONIZADO NAS NORMATIVAS VIGENTES DO CMS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MANUTENÇÃO DA EQUIPE TÉCNICO –ADMINISTRATIVA PARA O CUMPRIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO CMS;</li> <li>• MONITORAMENTO DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE EXPEDIENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.</li> </ul> | 100% | 33% |

|  |  |   |  |    |   |
|--|--|---|--|----|---|
| Nº2.766/2011,<br>REGIMENTO INTERNO)                    |  |   |  |    |   |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                       | A estrutura organizacional técnico-administrativa do CMS foi mantida durante o 1º quadrimestre, inclusive com a chegada de uma Assistente Social para o suporte técnico.     |   |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                       |  |   |  |    |   |
| 18.8 PROMOVER AÇÕES PARA REVISÃO DAS NORMATIVAS DO CMS | PROMOVER AÇÕES PARA REVISÃO DAS NORMATIVAS DO CMS  | NÚMERO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS DO CMS QUE NECESSITAM DE REVISÃO: LEI DE CRIAÇÃO E REGIMENTO INTERNO DO CMS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO DO PROJETO DE ALTERAÇÃO DA LEI 3.530/2022, QUE DISPÕE SOBRE A REESTRUTURAÇÃO DA LEI;</li> <li>• ASSESSORIA PARA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE;</li> <li>• APROVAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SEU REGIMENTO INTERNO REVISADO E ATUALIZADO CONFORME AS NORMATIVAS VIGENTES.</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                       | Os estudos para elaboração do Regimento Interno do CMS foram retomados no 1º quadrimestre/23, porém, não foi finalizado ainda devido à complexidade da análise do documento. |   |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                       | Finalizar os estudos do Regimento Interno do CMS para devida apreciação da Plenária no 2º quadrimestre de 2023.  |   |  |    |   |

|  |  |   |   |             |            |
|--|--|---|---|-------------|------------|
| <b>S</b>   |  |   |   |             |            |
| <p>REALIZAR AÇÕES DE INCENTIVO E MOBILIZAÇÃO PARA RENOVAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE. (ÁREA TÉCNICA)</p>   | <p>COORDENAR O PROCESSO DE ELEIÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE (CLS E CMS)</p>   | <p>PERCENTUAL DE CONSELHOS DE SAÚDE RENOVADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO DE ARTICULAÇÃO PARA DE DIFINIÇÃO DA METODOLOGIA A SER ADOTADA PARA ELEIÇÃO DOS CLS;</li> <li>• ELABORAÇÃO DO CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DAS ELEIÇÕES DOS CLS;</li> <li>• MOBILIZAÇÃO/DIVULGAÇÃO DAS ELEIÇÕES DOS CLS JUNTO ÀS UBS E CMS</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>33%</p> |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | <p>Neste primeiro quadrimestre, as ações da superintendência foram voltadas para a organização da Conferência Municipal de Saúde, porém em abril a equipe se voltou para definir a metodologia para eleição dos conselhos locais, construir e apresentar aos gerentes e ao CMS a Nota Técnica nº 01/2023 com orientações, bem como o cronograma de eleições nas UBS com o apoio da equipe técnica de planejamento e gestão participativa da SMS.</p> |   |   |             |            |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   |  |   |   |             |            |
| <p><b>DIRETRIZ IX:</b> Manutenção e otimização dos processos de gestão do SUS municipal</p> <p><b>OBJETIVO 20:</b> Requalificar a infraestrutura das unidades de saúde do SUS Arapiraca para proporcionar condições adequadas para melhoria do atendimento à população</p> <p><b>SUBFUNÇÕES:</b> Administração Geral</p> |  |   |   |             |            |

| AÇÃO PRIORITÁRIA   | DESCRIÇÃO DA META  | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META                                       | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|--|--|--|---|--------------------|----------------|
| 20.1 REALIZAR MANUTENÇÃO REGULAR E REFORMA NA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE | REALIZAR REGULARMENTE A MANUTENÇÃO E REFORMA DA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE   | PERCENTUAL DE UNIDADES E ACADEMIAS DE SAÚDE COM ESTRUTURA FÍSICA MANTIDAS E REFORMADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SEMINFRA PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE MANUTENÇÃO PREDIAL/REFORMA NAS UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE;</li> <li>• ATUALIZAÇÃO DA PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS;</li> <li>• CAPTAR/MONITORAR RECURSOS PARA CUSTEAR A MANUTENÇÃO PREDIAL/REFORMA DAS UNIDADES DE SAÚDE</li> </ul> | 25%                | 8%             |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Durante o 1ª quadrimestre de 2023, 2 (duas) Unidades de Saúde foram contempladas com a manutenção predial através do Contrato nº 14021/2021. Sendo elas a UBS Pau Ferro e UBS Poção. Neste quadrimestre também foram inauguradas as novas sedes do CEFAP e do CTA/SAE. |  |   |                    |                |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Continuar o controle junto aos órgãos responsáveis para captação de recursos que custeiem a manutenção predial destas Unidades, juntamente ao acompanhamento da execução desses serviços em parceria com a SEMINFRA.   |  |   |                    |                |

|   |  |  |   |           |          |
|---|--|--|---|-----------|----------|
| <p>20.2 CONSTRUIR E AMPLIAR UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE DE ACORDO COM ESTUDO TERRITORIAL, POPULACIONAL E EPIDEMIOLÓGICO</p> | <p>CONSTRUIR E AMPLIAR UNIDADES E ACADEMIAS DA SAÚDE</p>   | <p>NÚMERO DE UNIDADES E ACADEMIAS DE SAÚDE CONSTRUÍDAS E AMPLIADAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SEMINFRA PARA ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS DAS OBRAS: CONSTRUÇÃO UBS TEOTÔNIO VILELA; AMPLIAÇÃO DO II CENTRO DE SAÚDE E CONCLUSÃO DA UBS PLANALTO;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DE OBRAS – SISMOB EM PARCERIA COM A EQUIPE DE ENGENHARIA DA SEMINFRA;</li> <li>• ENCAMINHAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO QUANDO SOLICITADA;</li> <li>• CAPTAR/MONITORAR RECURSOS PARA CUSTEAR A MANUTENÇÃO PREDIAL/REFORMA DAS UNIDADES DE SAÚDE</li> </ul> | <p>02</p> | <p>0</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Durante este 1º quadrimestre estão sendo continuados os serviços relacionados a construção da UBS Senador Teotônio Vilela. Ao mesmo tempo que, o processo que objetiva a Ampliação do II Centro está em fase de finalização de seu procedimento licitatório, e em breve teremos a emissão de sua OIS.</p> <p>Estamos mantendo continuamente as ações necessárias em conjunto com a SEMINFRA para o acompanhamento destes objetos.</p> |  |   |           |          |

|   |   |   |   |           |          |
|---|---|---|---|-----------|----------|
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                     | <p>Continuar a articulação com os setores responsáveis para acompanhamento destas propostas. Controle e alimentação do Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB em parceria com os responsáveis técnicos da SEMINFRA. Acompanhamento periódico para captação de recursos que custeiem a construção e ampliação das Unidades e Academias de Saúde.</p> |   |   |           |          |
| <p>20.4 DAR FUNCIONALIDADE ÀS 3 UNIDADES DE ACOLHIMENTO</p> | <p>COLOCAR EM FUNCIONAMENTO AS 03 UA'S</p>  | <p>NÚMERO DE UNIDADES DE ACOLHIMENTO EM FUNCIONAMENTO</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SEMINFRA PARA ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS DE RECUPERAÇÃO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DE OBRAS – SISMOB EM PARCERIA COM A EQUIPE DE ENGENHARIA DA SEMINFRA, INFORMANDO SOBRE A ENTRADA EM FUNCIONAMENTO DAS UA'S.</li> </ul> | <p>03</p> | <p>0</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                                     | <p>As 03 (três) Unidades de Acolhimento passaram por reestruturação de suas instalações que haviam sido danificadas, estando concluídas e em planejamento para seu funcionamento.</p>   |   |   |           |          |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                     | <p>Manter o acompanhamento junto a equipe técnica de Saúde Mental para que estes serviços sejam entregues a população o quanto antes em seu pleno funcionamento.</p>  |   |   |           |          |

|                                     |  |                       |   |    |   |
|-------------------------------------|--|-----------------------|---|----|---|
| 20.5 CONCLUIR A OBRA DO CAPS AD III | CONCLUIR A OBRA DO CAPS AD III   | CAPS AD CONCLUÍDO III | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SEMINFRA PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONCLUSÃO DO CAPS AD;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DE OBRAS – SISMOB EM PARCERIA COM A EQUIPE DE ENGENHARIA DA SEMINFRA;</li> <li>• ENCAMINHAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO QUANDO SOLICITADA.</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                    | O processo que objetiva a continuidade e finalização desta obra encontra-se em fase de finalização documental para início do seu procedimento licitatório. |                       |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>    | Continuar a articulação com os setores responsáveis para acompanhamento desta proposta.  |                       |   |    |   |
| 20.6 CONSTRUIR O CAPS III           | CONSTRUIR CAPS III   | CAPS CONSTRUÍDO III   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SEMINFRA PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CAPS III;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DE OBRAS – SISMOB EM PARCERIA COM A EQUIPE DE ENGENHARIA DA SEMINFRA;</li> </ul>  | 01 | 0 |

|                                  |  |  |   |  |  |
|----------------------------------|--|--|---|--|--|
|                                  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ENCAMINHAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO QUANDO SOLICITADA.</li> </ul> |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 | Durante este quadrimestre estão sendo continuados os serviços relacionados a construção do CAPS III – Nise da Silveira. Estamos mantendo continuamente as ações necessárias em conjunto com a SEMINFRA para o acompanhamento deste objeto. |  |   |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> | Continuar a articulação com os setores responsáveis para acompanhamento destas propostas. Controle e alimentação do Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB em parceria com os responsáveis técnicos da SEMINFRA.                       |  |   |  |  |

**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO – SG**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE - 1º QUADRIMESTRE ANO 2023**

**DIRETRIZ IX:** Manutenção e Otimização dos Processos de Gestão do SUS municipal.

**OBJETIVO 19:** Qualificar, otimizar e manter a gestão dos processos de forma a garantir serviços, insumos, medicamentos e outros, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde da população.

**SUBFUNÇÃO:** Administração Geral

| AÇÃO PRIORITÁRIA                                   | DESCRIÇÃO DA META   | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META    | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|--|---|---|---|--------------------|----------------|
| 19.1 EFETIVAR A CENTRAL DE AMBULÂNCIA NO MUNICÍPIO | EFETIVAR A CENTRAL DE AMBULÂNCIA NO MUNICÍPIO   | NÚMERO DE CENTRAL DE AMBULÂNCIA EFETIVADA E MANTIDA | <ul style="list-style-type: none"> <li>REESTRUTURAÇÃO DA CENTRAL DE AMBULÂNCIAS;</li> <li>ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS.</li> </ul> | 01                 | 01             |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                   | Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde dispõe de 7 ambulâncias que são demandadas pelo NIR- Núcleo Interno de Regulação, que recepciona e controla os pedidos de cada Unidade de Saúde, dando mais segurança aos pacientes e celeridade ao serviço. |   |   |                    |                |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>                    | Concluir o estacionamento exclusivo para as ambulâncias, o alojamento para o descanso dos motoristas no complexo e o processo para que possamos realizar a plotagem das ambulâncias.  |   |   |                    |                |

|   |  |   |   |           |           |
|---|--|---|---|-----------|-----------|
| <p>19.2 AMPLIAR A DISPONIBILIDADE DE VEÍCULOS PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES NOS TERRITÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE</p> | <p>AMPLIAR A DISPONIBILIDADE DE VEÍCULOS PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES NOS TERRITÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE</p>   | <p>NÚMERO DE VEÍCULOS DISPONIBILIZADOS</p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO;</li> <li>• APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO COM DEMONSTRATIVO DA DEMANDA REPRIMIDA ELABORADO JUNTO DA SAS;</li> <li>• ARTICULAÇÃO JUNTO A SMGP PARA AMPLIAÇÃO.</li> </ul> | <p>23</p> | <p>15</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>O contrato está sendo acompanhado rotineiramente junto a coordenação de transporte, e a Superintendência de Gestão (SG) está em articulação junto a Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) quanto a necessidade de ampliação da quantidade de veículos</p> |   |   |           |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b></p>  | <p>Manter a interação e acompanhamento da demanda.</p>   |   |   |           |           |
| <p>19.3 GARANTIR A MANUTENÇÃO DO TRANSPORTE PARA OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS</p>                                    | <p>GARANTIR A MANUTENÇÃO DO TRANSPORTE PARA OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS</p>  | <p>NÚMERO DE VEÍCULOS DISPONIBILIZADOS E MANTIDOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMALIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DE CONTRATO COM EMPRESA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA PARA OS VEÍCULOS;</li> <li>• FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO.</li> </ul>  | <p>06</p> | <p>06</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>A Superintendência de Gestão (SG) através da Coordenação de Transportes recebe as demandas de manutenções e encaminha às vencedoras do licitatório.</p>   |   |   |           |           |

|   |  |  |  |    |    |
|---|--|--|--|----|----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>   | Manter a interação e acompanhamento da demanda.  |  |  |    |    |
| 19.4 GARANTIR O ADIANTAMENTO FINANCEIRO PARA AS NECESSIDADES DAS UNIDADES DE SAÚDE, DE ACORDO COM SEU PORTE | GARANTIR O ADIANTAMENTO PARA UNIDADES DE SAÚDE   | NÚMERO DE UNIDADES COM ADIANTAMENTO FINANCEIRO                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS DE ADIANTAMENTO DAS UNIDADES;</li> <li>• ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS.</li> </ul> | 57 | 57 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Desde a implantação do sistema de adiantamento financeiro para as Unidades de Saúde, a Superintendência de Gestão (SG) vem sendo responsável por todo o processo que envolve esse recurso, com a reserva do valor de cada gerente até o posterior envio da prestação de contas a Secretaria Municipal da Fazenda (SMFAZ). Já para o controle e acompanhamento está sendo atualizada uma planilha com todas as informações pertinentes, que será disponibilizada para acompanhamento da Secretária. |  |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>   | Processo encaminhado bimestralmente para o repasse do adiantamento e prestação de contas, e continuar com o andamento da reformulação do anexo do decreto, que possibilitará um incremento nos valores repassados.   |  |  |    |    |
| 19.5 GARANTIR A SEGURANÇA DIUTURNAMENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE   | GARANTIR EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA NAS UNIDADES DE SAÚDE   | NÚMERO DE UNIDADES COM EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA INSTALADOS E MANTIDOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DE TERMO ADITIVO DE PRAZO E DE QUANTIDADE;</li> <li>• MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO JUNTO AO FISCAL.</li> </ul>            | 55 | 51 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Atualmente 51 Unidades de Saúde estão com sistema de monitoramento 24 horas, e as que ainda não possuem é devido a necessidade de ajustes estruturais ou reformas.   |  |  |    |    |

|   |  |  |  |            |            |
|---|--|--|--|------------|------------|
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b></p>  | <p>Manter o acompanhamento da execução contratual e encaminhar os pagamentos dos serviços prestados.</p>   |  |  |            |            |
| <p>19.6 GARANTIR O ABASTECIMENTO REGULAR DE INSUMOS, MEDICAÇÕES, EPI'S, MATERIAL GRÁFICO E DE EXPEDIENTE, DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE</p> | <p>ELABORAR PROCESSO PARA O ABASTECIMENTO REGULAR DE INSUMOS, MEDICAÇÕES, EPI'S, MATERIAL GRÁFICO E DE EXPEDIENTE, DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE.</p>  | <p>PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS E ACOMPANHADOS PARA AQUISIÇÃO DAS DEMANDAS RECEBIDAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO E/OU CONTRATAÇÃO CORRESPONDENTES AS DEMANDAS DAS SUPERINTENDÊNCIAS;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS LICITATÓRIOS JUNTO A CGL;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS.</li> </ul> | <p>70%</p> | <p>33%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>No início do primeiro quadrimestre a Superintendência de Gestão (SG) encaminhou todos os processos de rotina para o funcionamento dos serviços. O adiantamento financeiro das Unidades de Saúde também possibilita que alguns insumos sejam adquiridos para a continuidade dos serviços prestados pelas unidades.</p> |  |  |            |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b></p>  | <p>Manter o encaminhamento das demandas das Superintendências e acompanhamento junto a CGL dos processos em tramitação. Implementação de planilha de controle das atas de registro de preços, possibilitando o acompanhamento dos prazos de vigência e o compartilhamento com os demais setores interessados.</p>        |  |  |            |            |

|   |  |  |  |            |            |
|---|--|--|--|------------|------------|
| <p>19.7 ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE</p> | <p>ELABORAR PROCESSOS PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS UNIDADES</p>  | <p>PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS E ACOMPANHADOS PARA AQUISIÇÃO DAS DEMANDAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO E/OU CONTRATAÇÃO CORRESPONDENTES AS DEMANDAS DAS SUPERINTENDÊNCIAS;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS LICITATÓRIOS JUNTO A CGL;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS.</li> </ul> | <p>70%</p> | <p>33%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Os processos encaminhados para a SMGP, para licitação, onde atualmente aguardamos a conclusão dos mesmos para que possamos prosseguir com a aquisição dos equipamentos. Em breve receberemos ventiladores de teto, ventiladores de parede e ventiladores de mesa, microfones, freezers, bebedouros, caixa de som, frigobar e transformadores de voltagem, além de cadeiras odontológicas e impressoras.</p> |  |  |            |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b></p>  | <p>Manter acompanhamento junto à CGL acerca da conclusão dos processos, acompanhar a entrega dos itens solicitados e buscar atas de registro de preços para, com a adesão, atender às demais pendências.</p>   |  |  |            |            |
| <p>19.8 REALIZAR MANUTENÇÃO PREVENTIVA E REGULAR DOS EQUIPAMENTOS</p>                                       | <p>REALIZAR MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS</p>   | <p>PERCENTUAL DE UNIDADES COM MANUTENÇÃO REGULAR DE EQUIPAMENTOS</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DAS RESOLUÇÕES DAS DEMANDAS</li> </ul>   | <p>40%</p> | <p>30%</p> |

|   |  |  |   |     |     |
|---|--|--|---|-----|-----|
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | A Superintendência de Gestão (SG) dispõe de duas equipes de manutenção: a primeira equipe atua em manutenções diversas, como pequenas reformas, reparos de telhado, instalação de tomadas e lâmpadas; já a segunda atua na manutenção dos condicionadores de ar e atualmente não acumula serviços sem resolubilidade, salvo nos casos em que o ar-condicionado não é mais passivo de conserto. |  |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>                               | Contratação de empresa especializada para a manutenção dos equipamentos de odontologia.  |  |   |     |     |
| 19.9 GARANTIR INTERNET DE BOA QUALIDADE NAS UNIDADES DE SAÚDE | GARANTIR INTERNET DE BOA QUALIDADE NAS UNIDADES  | PERCENTUAL DE UNIDADES COM LOGÍSTICA DA REDE DE INTERNET REESTRUTURADA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SEMINFRA E GERENTES PARA AQUISIÇÃO DO MATERIAL NECESSÁRIO ATRAVÉS DO ADIANTAMENTO;</li> <li>• EXECUÇÃO DA REESTRUTURAÇÃO DA REDE, CONFORME CRONOGRAMA PRÉ-ESTABELECIDO;</li> </ul> | 20% | 30% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Durante o ano de 2023 foi realizada a reestruturação da rede de dados em 27 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 35 Unidades reestruturadas.   |  |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>                               | Manter o acompanhamento e atendimento das demandas, de acordo com a disponibilidade de cabos, conectores e demais itens, que são adquiridos através de adiantamento por parte dos Gerentes.  |  |   |     |     |

|  |   |  |  |             |            |
|--|---|--|--|-------------|------------|
| <p>19.10 GARANTIR O TRANSPORTE DOS PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER E HEMODIÁLISE DENTRO DO MUNICÍPIO</p>             | <p>GARANTIR O TRANSPORTE DOS PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER E DE HEMODIÁLISE DENTRO DO MUNICÍPIO</p>   | <p>PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACORDO COM A DEMANDA</p>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DAS SOLICITAÇÕES ADVINDAS DO PLANTÃO SOCIAL E SEUS RESPECTIVOS AGENDAMENTOS.</li> </ul>  | <p>100%</p> | <p>20%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>A Superintendência de Gestão (SG) iniciou a implementação de controles em relação aos serviços de transporte para tratamentos diversos, mapeando todos os pacientes atendidos e os que ainda estão em fila de espera.</p>                  |  |  |             |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b></p>   | <p>Finalizar o levantamento e transferir o controle das demandas dos veículos de hemodiálise para a equipe do Plantão Social, ficando eles em alinhamento com a Coordenação de Transportes para atender a todos os pacientes demandantes.</p> |  |  |             |            |
| <p>19.11 ADQUIRIR FUNDAMENTO E CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ACS, ACE E ADMINISTRATIVOS)</p> | <p>ADQUIRIR FUNDAMENTO E CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ACS, ACE E ADMINISTRATIVOS).</p>   | <p>PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS E ACOMPANHADOS PARA AQUISIÇÃO DAS DEMANDAS RECEBIDAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO E/OU CONTRATAÇÃO;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS LICITATÓRIOS JUNTO A CGL.</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS.</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>33%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Houve por parte da Superintendência de Gestão (SG) solicitação de demandas às Superintendências, porém até o momento não houve resposta.</p>   |  |  |             |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b></p>   | <p>Reiterar o ofício que foi encaminhado para as Superintendências.</p>   |  |  |             |            |

|   |  |  |  |      |     |
|---|--|--|--|------|-----|
| 19.12 IMPLEMENTAR SISTEMA DE CONTROLE DE ESTOQUE ALMOXARIFADO INTERNO | IMPLEMENTAR SISTEMA DE CONTROLE DE ESTOQUE ALMOXARIFADO INTERNO                | SISTEMA DESENVOLVIDO E MANTIDO PARA CONTROLE INTERNO DO ALMOXARIFADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA JADE.</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DO USO DO SISTEMA JUNTO AO SETOR.</li> </ul>                   | 01   | 01  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Houve a implantação do Sistema JADE para controle e acompanhamento do estoque. |  |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>                                       | Manter acompanhamento da utilização do sistema.                                |  |  |      |     |
| 19.13 MONITORAR A DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DOS BENS PATRIMONIAIS       | MONITORAR A DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DOS BENS PATRIMONIAIS                      | PERCENTUAL BENS PATRIMONIAIS MONITORADOS                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA JADE.</li> <li>• ATUALIZAÇÃO DO USO DO SISTEMA PARA DISPONIBILIZAÇÃO DO INVENTÁRIO.</li> </ul> | 100% | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Houve a implantação do Sistema JADE para controle e acompanhamento do estoque. |  |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>                                       | Manter acompanhamento da utilização do sistema.                                |  |  |      |     |

|                                     |   |  |  |      |     |
|-------------------------------------|---|--|--|------|-----|
| 19.14 MONITORAR A FROTA DE VEÍCULOS | MONITORAR A FROTA DE VEÍCULOS   | PERCENTUAL DA FROTA DE VEÍCULOS MONITORADA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DA DEMANDA;</li> <li>• FISCALIZAÇÃO DO CONSUMO DE COMBUSTÍVEL E RESPECTIVA QUILOMETRAGEM;</li> <li>• EXECUÇÃO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS VEÍCULOS DE ACORDO COM O CONTRATO.</li> </ul> | 100% | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                    | O setor de transporte acompanha, executa as demandas, fiscaliza, reajusta o consumo de combustível e encaminha os veículos para a manutenção de acordo com a necessidade. |  |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b>     | Manter a execução do cronograma de acompanhamento.  |  |  |      |     |

|   |  |  |   |            |            |
|---|--|--|---|------------|------------|
| <p>19.15 ELABORAR E MONITORAR OS PROCESSOS DE AQUISIÇÕES DE BENS E SERVIÇOS</p> | <p>ELABORAR E MONITORAR OS PROCESSOS DE AQUISIÇÕES DE BENS E SERVIÇOS</p>  | <p>PERCENTUAL DE PROCESSOS ENCAMINHADOS</p>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO E/OU CONTRATAÇÃO CORRESPONDENTES AS DEMANDAS DAS SUPERINTENDÊNCIAS;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS LICITATÓRIOS JUNTO A CGL.</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS QUINZENALMENTE, MEDIANTE PLANILHA</li> </ul> | <p>80%</p> | <p>33%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Processos encaminhados para a SMGP, para licitação, atualmente aguardamos a conclusão dos mesmos para que possamos prosseguir com a aquisição dos equipamentos.</p> |  |   |            |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b></p>  | <p>Manter acompanhamento junto à acerca da conclusão dos processos, acompanhar a entrega dos itens solicitados e buscar atas de registro de preços para adesão.</p>    |  |   |            |            |
| <p>19.16 DISPONIBILIZAR LINHA TELEFÔNICA PARA AS UNIDADES DE SAÚDE</p>          | <p>DISPONIBILIZAR LINHA TELEFÔNICA PARA AS UNIDADES DE SAÚDE.</p>  | <p>PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE COM LINHAS TELEFÔNICAS DISPONIBILIZADAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• LEVANTAMENTO JUNTO A SAS DO QUANTITATIVO DE UNIDADES DE SAÚDE COM A NECESSIDADE;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM A GESTORA DA SMS E SMGP ACERCA DA VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DE NOVAS LINHAS TELEFÔNICAS.</li> </ul>   | <p>50%</p> | <p>0%</p>  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>AVALIAÇÃO</b>                | Com o implemento da telefonia móvel este tipo de meio de comunicação fixo se torna economicamente inviável. |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIA</b> | Revisão da ação prioritária 19.16.  |

**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE- SGTES**

| AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE - 1º QUADRIMESTRE  |   |  |   | ANO 2023           |                |
|---|---|--|---|--------------------|----------------|
| <b>DIRETRIZ VII:</b> Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde  |   |  |   |                    |                |
| <b>OBJETIVO 15:</b> Fortalecer os processos de trabalho e a valorização do trabalhador, refletindo no atendimento aos usuários do SUS.      |   |  |   |                    |                |
| <b>SUBFUNÇÃO:</b> Administração Geral   |   |  |   |                    |                |
| AÇÃO PRIORITÁRIA  | DESCRIÇÃO DA META   | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META           | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
| 15.1 CONTRATAR PROFISSIONAIS, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO, PSS E OUTROS. | DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO, PSS E OUTROS. | NÚMERO DE NOVOS PROFISSIONAIS ATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DE LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE RH, CONFORME AS ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS;</li> <li>ELABORAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA PARA O PROCESSO SELETIVO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE;</li> <li>ENCAMINHAMENTO DOS TRAMITES</li> </ul> | 100                | 19             |

|   |   |   |   |      |     |
|---|---|---|---|------|-----|
|   |   |   | <p>PROCESSUAIS PARA O PSS;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ENCAMINHAMENTO DOS PROCESSOS PARA PRORROGAÇÃO DOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME OS PRAZOS DE VIGÊNCIA;</li> </ul> |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                      | <p>Foram renovadas <b>887</b> contratações referente aos profissionais provenientes dos anos anteriores e 19 referente ao período: jan / 2023.<br/>Devido ao atraso da Aprovação da Lei Orçamentária ano: 2023, somente foram autorizadas as despesas com folha de pessoal mensalmente acarretando atraso nos Processos de contratação.</p>                 |   |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                      | <p>Encaminhamento da prorrogação dos contratos através dos termos aditivos dos profissionais que estão com vínculo de contrato por Excepcional Interesse Público, conforme a vigência do contrato.<br/>Encaminhamento do Processo de Contratação mediante autorização do Chefe do Executivo, parecer da PGM e inclusão em Folha de Pagamento pela SMGP.</p> |   |   |      |     |
| 15.3 GARANTIR A APLICAÇÃO DOS DIREITOS DOS SERVIDORES | CUMPRIR COM CELERIDADE OS DIREITOS DOS SERVIDORES   | PERCENTUAL DOS TRABALHADORES COM OS DIREITOS GARANTIDOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DE LEVANTAMENTO DOS SERVIDORES QUE NÃO ESTÃO COM OS DIREITOS GARANTIDOS;</li> <li>ESCLARECER</li> </ul>   | 100% | 33% |

|  |   |   |  |  |    |  |
|--|---|---|--|--|----|--|
|  |   |   |  | SOBRE OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS PARA REQUERIMENTO VIA PROCESSO ELETRÔNICO; |    |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foram tramitados no 1º Quad <b>52</b> processos no departamento, devido à descontinuidade da plataforma 1Doc para o e-cidade, principais assuntos: Piso Salarial, Adicional de Insalubridade e Licenças. Além da atualização conforme o Índice de Reajuste Anual do salário mínimo de <b>R\$ 1.302,00</b> . Os grupos ocupacionais: A, B, C e D. Reajuste do Piso Salarial ACS/ACE retroativo a janeiro/23. |   |  |  |    |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Promover a adaptação dos Sistemas de RH na Plataforma E-Cidade (Processo Eletrônico).   |   |  |  |    |  |
| 15.5 INSERIR PSICOLOGOS, ASSISTENTES SOCIAIS E FARMACÊUTICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE | DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO DAS UBS (PSICOLOGOS, ASSISTENTES SOCIAIS E FARMACÊUTICOS)   | NÚMERO DE PROFISSIONAIS INSERIDOS NAS UBS (1º, 2º, 3º, 4º, 5º CENTRO) | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DO LEVANTAMENTO DESTAS CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS CONFORME CRITÉRIOS DE NECESSIDADE DO SERVIÇO E ÁREAS MAIS VULNERÁVEIS;</li> </ul> | 05   | 02 |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Levantamento Realizado: 38 Assistentes Sociais; 13 Nutricionistas; 32 Psicólogos e 16 Farmacêuticos. Tem-se: Assistente Social no 2º Centro de Saúde e 5º Centro de Saúde e Nutricionista no 5º Centro de Saúde. Os demais estão lotados nos serviços de Média Complexidade e SMS.  |   |  |  |    |  |

|  |   |   |   |      |     |
|--|---|---|---|------|-----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Após a conclusão do DFT (Dimensionamento da Força de Trabalho) propor os remanejamentos que se fizerem necessários ou inclusão no Planejamento de contratação conforme a necessidade. |   |   |      |     |
| 15.6 CONTRATAR O PROFISSIONAL GERIATRA PARA ASSISTÊNCIA DA POPULAÇÃO IDOSA | DIMENSIONAR PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS (GERIATRA)  | NÚMERO DE PROFISSIONAL GERIATRA CONTRATADO E MANTIDO          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• INCLUSÃO NA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO DESTE PROFISSIONAL;</li> <li>• PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL COM VINCULO FORMALIZADO;</li> </ul>                  | 01   | 0   |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Em Trâmite processo de contratação 01 Profissional Geriatra.  |   |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Finalizar a contratação.  |   |   |      |     |
| 15.7 GARANTIR AGENTES DE PORTARIA NAS UBS                                  | GARANTIR AGENTES DE PORTARIA NAS UBS  | PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE COM ATIVIDADE DO PROFISSIONAL | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAL CONFORME CRITÉRIOS A SER ESTABELECIDOS;</li> <li>• INCLUSÃO NA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO DESTE PROFISSIONAL;</li> </ul> | 100% | 33% |

|  |   |  |   |  |    |  |
|--|---|--|---|--|----|--|
|  |   |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL COM VINCULO FORMALIZADO.</li> </ul> |    |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Tem-se <b>16</b> profissionais contratados na função de Agente de Portaria atuando nos serviços de saúde. |  |   |  |    |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Realizar o levantamento das unidades que ainda faltam e que ainda não possuem o monitoramento por câmera. |  |   |  |    |  |
| 15.8 AUMENTAR O QUADRO DE PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA AOS AUTISTAS DO TRATE | DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO DO CENTRO ESPECIALIZADO - TRATE   | NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS E MANTIDOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO CONFORME AS PORTARIAS E DEMANDA DOS SERVIÇOS;</li> <li>INCLUSÃO NA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO DESTE PROFISSIONAL;</li> <li>PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL COM VINCULO FORMALIZADO;</li> </ul> | 06   | 11 |  |

|   |   |   |   |      |     |
|---|---|---|---|------|-----|
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Atualmente tem-se: 04 Psicólogos; 02 Assistentes Sociais; 03 Fonoaudiólogos; 02 Terapeutas Ocupacionais; 01 Nutricionista e 01 Fisioterapeuta.<br>Utilizar o DFT como ferramenta de Diagnóstico para identificar a quantidade adequada de pessoas para a execução do trabalho considerando as especificidades do serviço e Realizar o Planejamento de Contratação conforme a necessidade. |   |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Concluir o DFT e fazer a Adaptabilidade dos Sistemas de RH.   |   |   |      |     |
| 15.10 CONTRATAR PROFISSIONAIS FERISTAS PARA TÉCNICO DE ENFERMAGEM, ASSISTENTE ADM., ENFERMEIRO E MÉDICO | DIMENSIONAR O Nº DE PROFISSIONAIS AFASTADOS POR FÉRIAS  | PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS REPOSTOS NO LOCAL DE TRABALHO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFINIÇÃO COM A GESTÃO SMS REFERENTE AOS CRITÉRIOS DE REPOSIÇÃO DE FORÇA DE TRABALHO LOCAL;</li> <li>• REALIZAR LEVANTAMENTO DOS PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS PARA REPOSIÇÃO;</li> <li>• PROMOVER OS REMANEJAMENTOS NECESSÁRIOS PARA FINS DE REPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO.</li> </ul> | 100% | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Afastamento, pois, foram encaminhados para a SMGP: <b>512</b> , formulários de Férias. (Jan- 247; Fev- 60, Mar- 118 e Abr- 87).   |   |   |      |     |

|   |   |  |  |      |    |
|---|---|--|--|------|----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Realizar adaptação do Sistema de RH referente ao indicador de Férias.   |  |  |      |    |
| 15.11 CRIAR PROGRAMA DE GRATIFICAÇÃO DE DESEMPENHO POR EQUIPES QUE ATINGIREM METAS DE INDICADORES | CRIAR ESTRUTURA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA AS EQUIPES  | PERCENTUAL DE ATINGIMENTO DAS METAS PACTUADAS      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO, DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS E DEMAIS ETAPAS DO PROGRAMA.</li> </ul>   | 100% | 0  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Ação não contemplada no 1º Quadrimestre.  |  |  |      |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Realizar adaptação do Sistema de RH para a formulação de Indicadores que espelhem o processo de trabalho das equipes. |  |  |      |    |
| 15.12 DESCENTRALIZAR SISTEMA DE RH PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE                                      | PROMOVER A ATUALIZAÇÃO FUNCIONAL DOS SERVIDORES, ATRAVÉS DE 01 SISTEMA DE RH DESCENTRALIZADO                          | SISTEMA DESCENTRALIZADO DE RH IMPLANTADO E MANTIDO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATUALIZAÇÃO E CADASTRAMENTO DOS PERFIS DE ACESSO DOS GERENTES NO SISTEMA DE RH;</li> <li>• MONITORAMENTO DO SISTEMA DE RH;</li> <li>• ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO RH.</li> </ul> | 01   | 01 |

|  |   |   |  |      |     |
|--|---|---|--|------|-----|
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Descontinuidade da Plataforma 1Doc e atualização dos perfis de acesso na Plataforma e-cidade. Em andamento as adaptações nos Sistema de RH a Homologação das Frequências e Informe de Férias. |   |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Há necessidade de investimentos nos sistemas de Ponto Eletrônico e melhoria na Adaptabilidade dos Sistema de RH em uso.   |   |  |      |     |
| 15.13 PROMOVER A INTEGRAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E MELHORIA DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO À POPULAÇÃO                    | REALIZAR A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E PROMOVER MELHORIAS NA RELAÇÃO INTERPESSOAL  | PERCENTUAL DE TRABALHADORES CAPACITADOS       | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DO DIAGNOSTICO SITUACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</li> </ul>  | 100% | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Ação realizada no contexto do projeto do CEREST “Bem-estar e longevidade na UBS”.   |   |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Dar continuidade ao projeto já iniciado na UBS Verdes Campos.   |   |  |      |     |
| 15.14 CRIAR ESTRATÉGIAS DE MELHORIA E FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO ENTRE A GESTÃO E OS TRABALHADORES DA SAÚDE | GARANTIR ESTRATÉGIAS DE MELHORIA E FORTALECIMENTO DAS RELACÕES DE TRABALHO  | NÚMERO DE ESTRATÉGIAS CRIADAS E IMPLEMENTADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>APOIO NA REALIZAÇÃO DE 01 FÓRUM PARA OS TRABALHADORES EM PARCERIA COM O CEREST (PROJETO: BEM ESTAR E LONGEVIDADE</li> </ul> | 01   | 01  |

|   |  |  |   |    |    |
|---|--|--|---|----|----|
|   |  |  | NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE); <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DOS PROJETOS QUE VISEM O FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO;</li> </ul> |    |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Em reunião realizada dia 19/01 com a coordenação do CEREST, reafirmamos nosso apoio ao projeto “Bem estar e longevidade na Unidade Básica de Saúde, que foi iniciado com o gerente e trabalhadores das UBS “piloto”. |  |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Seguimos aguardando as tarefas que nos serão confiadas para colaborarmos com o projeto.  |  |   |    |    |
| 15.15 PROMOVER INVESTIMENTOS NA VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NA DESPRECARIZAÇÃO DOS VINCULOS E A DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO | CRIAR ESTRUTURAS DE VINCULOS FORTALECIDOS  | NÚMERO DE AÇÕES DE VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES | <ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMALIZAÇÃO DOS CONTRATOS DE TRABALHO E PRORROGAÇÕES VIGENTES.</li> </ul>   | 01 | 01 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Estamos realizando encaminhamento da prorrogação dos contratos através dos termos aditivos dos profissionais que estão com vínculo de contrato por Excepcional Interesse Público, conforme                           |  |   |    |    |

|  |   |                                   |  |    |    |
|--|---|-----------------------------------|--|----|----|
|  | a vigência do contrato. Além, do encaminhamento do Processo de contratação mediante autorização do Chefe do Executivo, parecer da PGM e posterior inclusão em Folha de Pagamento pela SMGP. |                                   |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Manter a ação.  |                                   |  |    |    |
| <b>15.17</b> AMPLIAR CUIDADOS DA SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES, POR MEIO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DO ESTRESSE PARA OS SERVIDORES | REALIZAR TREINAMENTO EM GERENCIAMENTO DO STRESS E PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS MENTAIS PARA OS TRABALHADORES DAS UBS  | NÚMERO DE TREINAMENTOS REALIZADOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAR LEVANTAMENTO JUNTO A SAS DAS UNIDADES QUE SERÃO TRABALHADAS;</li> <li>REALIZAR AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA MÍNIMA PARA REALIZAÇÃO DOS ENCONTROS;</li> <li>REALIZAR VISITA ÀS UNIDADES PARA APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO;</li> <li>SOLICITAR APOIO DA EQUIPE PARA AQUISIÇÃO DE INSUMOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES COMORELAXAMENTO E OUTROS.</li> </ul> | 10 | 02 |

|   |  |  |  |    |    |
|---|--|--|--|----|----|
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | NO 1º quadrimestre/2023, REALIZAMOS OFICINAS EM 2 UBS's: UBS JOÃO PAULO II (08 PARTICIPANTES) E UBS CANAFÍSTULA (09 PARTICIPANTES).  |  |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | A meta de 10 oficinas só é factível com a reabertura do auditório do cria. Em 2022, só atingimos 6 ubs por falta de espaço físico adequado. Porém, seguiremos buscando alternativas e nos dedicando da melhor maneira possível.  |  |  |    |    |
| 15.18 QUALIFICAR AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, ATRAVÉS DA OFERTA DE ESPECIALIZAÇÕES, CAPACITAÇÕES E OUTROS CURSOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE | REALIZAR AÇÕES DE ED. PERMANENTE ATRAVÉS DE CURSOS, CAPACITAÇÕES, OFICINAS, SEMINÁRIOS VOLTADOS PARA OS SERVIDORES DA SAÚDE  | NÚMERO DE AÇÕES DE EDUC. PERMANENTE REALIZADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• COLABORAR NAS CAPACITAÇÕES OFERTADAS PELAS ÁREAS TÉCNICAS;</li> <li>• PRIORIZAR AS TEMÁTICAS RELACIONADAS ÀS NECESSIDADES EPIDEMIOLÓGICAS E ÀS METAS A SEREM ALCANÇADAS;</li> <li>• ATENTAR PARA AS OPORTUNIDADES DE OFERTA DE ESPECIALIZAÇÃO E OUTROS CURSOS OFERTADOS PELAS UBS's.</li> </ul> | 12 | 04 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | As ações desenvolvidas pela Equipe de Educação Permanente, no 1º quadrimestre dizem respeito a manter a CIE II macro ativa através das reuniões em âmbito Estadual e orientações aos municípios além de colaborar com as áreas técnicas nas ações de educação permanente. Realizar os tramites legais para realização do estágio curricular a partir das pactuações com as instituições de ensino além de estimular os profissionais para a preceptoria de alunos em nível técnico e superior. Além das ações permanentes as equipes de saúde bucal das UBS. |  |  |    |    |

|   |   |   |  |    |    |
|---|---|---|--|----|----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Seguiremos com as ações de educação permanente aos profissionais, além das atribuições na integração ensino-serviço, principalmente, mantendo ativa a CIES II macro, acolhendo e direcionando as escolas e alunos, assim como organizando os estágios curriculares. |   |  |    |    |
| 15.19 DESENVOLVER AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE INCLUINDO AS TEMÁTICAS DE: IST/AIDS; SAÚDE DA POP.NEGRA; SAÚDE DA POP. LGBTQIA+; VIG.EM SAÚDE; INTERVENÇÃO PRECOCE | REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E COM A REDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE  | NÚMERO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PRESENCIAIS REALIZADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>COLABORAR COM A COORDENAÇÃO IST/AIDS E CTA NA CONSTRUÇÃO DE ATUALIZAÇÃO NA TEMÁTICA IST/AIDS/LGBT;</li> <li>CONSTRUIR LINK DE INSCRIÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DO CURSO;</li> </ul> | 06 | 02 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Realizamos a 2ª reunião preparatória com a equipe do CTA para “atualização em assistência à população LGBTQIA+ para as ESF’s”.  |   |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manutenção da ação está prevista para o 2º quadrimestre, pois dependemos da agenda dos palestrantes.  |   |  |    |    |
| 15.21 OFERTAR QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL VOLTADA AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS   | REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ACS E ACE   | NÚMERO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE REALIZADAS             | <ul style="list-style-type: none"> <li>SEGUIR COM AS TURMAS DE ATUALIZAÇÃO EM PNAB/PNH PARA ACS;</li> <li>REALIZAR ATUALIZAÇÃO EM LEISHMNIOSE PARA ACS;</li> </ul>   | 12 | 04 |

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| <p>ENDEMIAS, DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS), REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).</p> |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEGUIR COM AS TURMAS DE ATUALIZAÇÃO NOS TEMAS SUGERIDOS PELA COORDENAÇÃO DS ZONOSSES PARA OS ACE, MEDIANTE DISPONIBILIDADE DE AUDITÓRIO.</li> </ul> |  |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Em março/2023 realizamos a “apresentação do projeto Busca Ativa Vacinal (BAV) para ACS’s”, no auditório do planetário. Participaram 04 turmas de ACS, com o total de 357 pessoas e programamos, em conjunto com gerente do CCZ que sugeriu o tema, uma “atualização em acidentes com animais peçonhentos para ACE”. E a PNAB/PNH perpassa por todos os encontros de educação permanente.</p> |  |  |  |  |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Realizar “atualização em acidentes com animais peçonhentos para ACE” no 2º quadrimestre, de acordo com a agenda da palestrante (Dra Adriana- UBS 2ºcentro/HEDH).</p>   |  |  |  |  |

**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS**

| AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE - 1º QUADRIMESTRE                                   |   |   |  |                    | ANO 2023       |
|--|---|---|--|--------------------|----------------|
| <b>DIRETRIZ I:</b> Ampliação e qualificação da Atenção Primária                  |   |   |  |                    |                |
| <b>OBJETIVO 1:</b> Ampliar e qualificar o acesso das pessoas à Atenção Primária. |   |   |  |                    |                |
| <b>SUBFUNÇÕES:</b> Atenção Básica/ Alimentação e Nutrição                        |   |   |  |                    |                |
| AÇÃO PRIORITÁRIA   | DESCRIÇÃO DA META   | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META        | ATIVIDADES   | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
| 1.1 AMPLIAR E QUALIFICAR A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF                     | AMPLIAR E QUALIFICAR A COBERTURA DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF   | PERCENTUAL DE COBERTURA DA ESF AMPLIADAS E QUALIFICADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONCLUIR REMAPEAMENTO;</li> <li>• APRESENTAR PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO MUNICIPAL AOS GESTORES;</li> <li>• EXECUTAR REORGANIZAÇÃO TERRITORIAL PARA COBERTURA DE 100% PELA APS</li> </ul> | 99,78%             | 100%           |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Realizado o remapeamento do município e ampliação da cobertura pela APS para todos os municípios. |   |  |                    |                |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   |   |   |  |                    |                |

|   |   |   |  |            |             |
|---|---|---|--|------------|-------------|
| <p>1.2 AMPLIAR AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL</p>                      | <p>AMPLIAR COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL</p>   | <p>PERCENTUAL DE COBERTURA DA</p>           | <p>• ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS PARA HABILITAÇÃO, DE NOVAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, QUE JÁ FORAM ENCAMINHADOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM 2022</p>  | <p>82%</p> | <p>25%</p>  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Credenciado pelo Ministério da Saúde mais 04 equipes de Saúde Bucal, segundo a portaria N° 432, de 05 de abril de 2023. Duas já estavam implantadas sendo custeadas com recursos próprios, porém ainda não foram implantadas 02 dessas equipes por falta de equipamentos (compressor, canetas de baixa rotação e fotopolimerizador) e questões estruturais. Já solicitamos à Superintendência de Gestão os equipamentos e a execução de modificações estruturais necessárias para instalação dos mesmos.</p> |   |  |            |             |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                           | <p>Sensibilizar a gestão para dar celeridade ao processo para que os atendimentos sejam iniciados, uma vez que temos prazo a cumprir (90 dias) após a data da publicação da portaria</p>  |   |  |            |             |
| <p>1.3 REMAPEAR AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE</p> | <p>PROMOVER O REMAPEAMENTO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UBS</p>   | <p>PERCENTUAL DE TERRITÓRIOS REMAPEADOS</p> | <p>• CONCLUIR REMAPEAMENTO;<br/>• APRESENTAR PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO MUNICIPAL AOS GESTORES;<br/>• EXECUTAR REORGANIZAÇÃO TERRITORIAL PARA COBERTURA DE 100% PELA APS.</p> | <p>60%</p> | <p>100%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Realizado remapeamento do município, apresentado a gestores e Conselho de Saúde e executado</p>  |   |  |            |             |

|  |  |  |   |    |    |
|--|--|--|---|----|----|
|  | com ampliação para 100% de cobertura pela APS.   |  |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                   | Organizar os cadastros dos indivíduos.   |  |   |    |    |
| 1.4 EXPANDIR O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE | AMPLIAR A IMPLANTAÇÃO DO PEC NAS UBS   | NÚMERO DE UBS COM E-SUS AB - PEC IMPLANTADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ANÁLISE DAS NECESSIDADES PARA MONTAR PARQUE TECNOLÓGICO NAS UBSS QUE AINDA FAZEM USO DO MÓDULO CDS DO SISTEMA E-SUS APS.</li> <li>• SOLICITAÇÃO DE APOIO DA EQUIPE DE T.I. PARA VIABILIZAR ESTRUTURA ADEQUADA AO USO DO E-SUS PEC APS.</li> <li>• TREINAMENTO COM EQUIPE DA UBS QUE SERÁ IMPLANTADO O E-SUS PEC APS.</li> <li>• MONITORAMENTO DAS UBSS NA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA.</li> </ul> | 34 | 33 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Dificuldade em avançar devido às reformas nas Unidades Básicas e falta de equipamentos tecnológicos e infraestrutura.  |  |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                   | Equipe de TI juntamente com a gerência das UBS acionadas para montar estrutura de cabeamento de internet nas mesmas e equipe de TI acompanhando as reformas das unidades junto a equipe de obras para entrega das Unidades com parque tecnológico montado. |  |   |    |    |

|  |   |  |   |            |            |
|--|---|--|---|------------|------------|
| <p>1.5 ADQUIRIR SOFTWARE PARA OS ACS REALIZAREM OS CADASTROS INDIVIDUAIS NOS TERRITÓRIOS DAS UBS</p>                   | <p>UTILIZAR APP ESUS TERRITÓRIO DISPONIBILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>  | <p>NÚMERO DE ACS FAZENDO USO DE APP OU SOFTWARE</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE TREINAMENTO COM OS NOVOS ACS QUE RECEBEREM O TABLET</li> <li>• MONITORAMENTO DOS RELATÓRIOS DE CADASTROS PARA CORRIGIR E NÃO GERAR NOVAS INCONSISTÊNCIAS NO BANCO DE DADOS LOCAL.</li> </ul>   | <p>528</p> | <p>530</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Realizado compra e entrega de tablets de todos os ACS do município.</p>  |  |   |            |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Planejar a compra por processo licitatório ou a manutenção dos tablets que se encontram com defeito. Manter ativo o monitoramento dos ACS através de um ACS facilitador por equipe de saúde.</p> |  |   |            |            |
| <p>1.6 IMPLEMENTAR A INFORMATIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO E-SUS AB</p> | <p>OTIMIZAR EQUIPAMENTOS E REDE DE CONEXÃO À INTERNET ATENDENDO AS NECESSIDADES DE CADA UBS</p>   | <p>PERCENTUAL DE UBS COM E-SUS AB OPERACIONALIZADO</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIABILIZAÇÃO DA REDE DE CONEXÃO A INTERNET ESTÁVEL PARA UBSS</li> <li>• OTIMIZAÇÃO DO RECURSO DO INFORMATIZADOR PARA TERCEIRIZAÇÃO DE IMPRESSORAS PARA RECEPÇÃO E/OU CONSULTÓRIOS MÉDICOS</li> <li>• MONITORAMENTO DE PLANO/ESTRATÉGIA PARA TER</li> </ul> | <p>89%</p> | <p>84%</p> |

|   |   |   |   |     |     |
|---|---|---|---|-----|-----|
|   |   |   | EQUIPAMENTOS RESERVAS PARA SUBSTITUIÇÃO EM CASO DE ROUBO OU INOPERÂNCIA DE MÁQUINAS.  |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Avanço no cabeamento e equipamentos nas UBS juntamente com a intensificação do treinamento aos profissionais para a implantação do PEC. |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Acompanhar o avanço das reformas das UBS e solicitar a infraestrutura tecnológica juntamente a equipe de TI.                            |   |   |     |     |
| 1.7 INCENTIVAR A REALIZAÇÃO DE COLETA DE CITOLOGIA EM MULHERES USUÁRIAS DO SUS, NAS UNIDADES DE SAÚDE, FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS | ALCANÇAR NO MÍNIMO 40% DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS, CONFORME META DO PREVINE BRASIL         | COBERTURA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS.<br><br>CÁLCULO<br><br><u>NUMERADOR:</u> Nº DE MULHERES DE 25 A 64 ANOS QUE REALIZARAM CITOLOGIA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS<br><br><u>DENOMINADOR:</u> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ABASTECIMENTO MENSALMENTE DAS UBS COM OS INSUMOS DE ACORDO COM AS DEMANDAS DE COLETA DE CITOLOGIA;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE LEVANTAMENTO DAS UBS QUE NÃO ESTÃO REALIZANDO COLETA DE CITOLOGIA;</li> <li>• DISCUSSÃO LOCAL COM AS EQUIPES QUAIS AS DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DA COLETA DE CITOLOGIA;</li> <li>• SOLICITAÇÃO</li> </ul> | 40% | 22% |

|   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
|   |  | <p>POPULAÇÃO FEMININA NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 CADASTRADA.</p> <p>FONTE: PREVINE BRASIL</p> | <p>JUNTO AO PRESTADOR DE UM PRAZO MENOR NA ENTREGA DOS RESULTADOS DE CITOLOGIA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PROMOÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM A COLETA;</li> <li>PARTICIPAR JUNTO AO MONITORAMENTO DO INDICADOR 4 DO PREVINE BRASIL.</li> </ul> |  |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                 | <p>A meta não foi atingida, mas vem apresentando crescimento, os problemas que têm dificultado o aumento do indicador são as inconsistências de cadastro de usuários, resistência de algumas mulheres em fazer este procedimento na UBS e a realização da citologia em outros locais não credenciados ao SUS (particular, convênios e Hospital de Amor). Todas as Unidades estão abastecidas com insumos para realização da coleta de citologias, foram realizados mutirões em algumas UBS e as 02 enfermeiras continuam dando suporte às UBS que apresentam indicador baixo, além disso foi realizada capacitação pela SESAU para coleta de citologia (30/03/23) para todos os Enfermeiros da APS, com excelente adesão, 75 enfermeiros, e capacitação para os ACS (03/07/22) sobre busca ativa de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, os resultados de citologias chegando entre 30 e 40 dias e realizadas visitas e educação continuada para as equipes com baixo indicador com sugestão de estratégias para o alcance da meta.</p> |   |  |  |  |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p> | <p>Realizar sala de espera sobre a importância da realização da citologia nas UBS nos mutirões do Cadastro Único e analisar estratégia de contabilizar as citologias realizados nos serviços não conveniados ao SUS.</p>   |   |  |  |  |

|   |   |  |   |            |            |
|---|---|--|---|------------|------------|
| <p>1.8 GARANTIR AS AÇÕES DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE</p> | <p>REALIZAR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ÀS GESTANTES DURANTE O PRÉ-NATAL</p> | <p>PERCENTUAL DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO</p> <p>FONTE: PREVINE BRASIL</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO</li> <li>• MONITORAMENTO DOS PROFISSIONAIS, QUANTO A PERIODICIDADE DE VISITAS DOMICILIARES; PARA AS GESTANTES RESISTENTES A ADESÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DA UBS</li> <li>• ESTIMULAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, QUANTO A NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE PALESTRAS EM SALAS DE ESPERA E/OU GRUPOS, JUNTO COM A EQUIPE, PARA A SENSIBILIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO</li> </ul> | <p>60%</p> | <p>77%</p> |
|---|---|--|---|------------|------------|

|  |   |  |  |      |       |
|--|---|--|--|------|-------|
|  |   |  | ODONTOLÓGICO.  |      |       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Com todo o empenho dos profissionais, insumos garantidos, equipamentos em pleno e regular funcionamento e monitoramento da Coordenação a meta continua sendo atingida, mantendo a porcentagem do quadrimestre anterior.         |  |  |      |       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Continuar estimulando os profissionais a avançar no indicador, estimular a busca ativa, através das visitas domiciliares, às gestantes resistentes ao tratamento odontológico e realizar o monitoramento através da plataforma. |  |  |      |       |
| 1.9 INCENTIVAR A CAPTAÇÃO DE MULHERES USUÁRIAS DO SUS, PARA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA DE RASTREIO NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 ANOS | AUMENTAR EM 0,25 AO ANO, A RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS   | RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS.                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• INCENTIVAR OS PROFISSIONAIS A REALIZAR RASTREAMENTO OPORTUNISTA DURANTES AS CONSULTAS DOS GRUPOS PRIORITÁRIOS NAS UBS;</li> <li>• MELHORAR O ACESSO AO EXAMES DE MAMOGRAFIAS DE ACORDO COM A QUANTIDADE DE MULHERES COBERTAS POR CADA EQUIPE;</li> <li>• ARTICULAÇÃO</li> </ul> | 0,45 | 0,071 |
|  |   | <p><b>CÁLCULO</b></p> <p><u>NUMERADOR:</u> Nº DE MAMOGRAFIAS REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NO ANO</p> |  |      |       |

|  |   |   |   |     |     |
|--|---|---|---|-----|-----|
|  |   | EM QUESTÃO<br><br><u>DENOMINADOR:</u><br>POPULAÇÃO FEMININA NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 DIVIDIDO POR 2       | DA CAPACITAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS ACERCA DE NOVAS CONDUTAS DE RASTREAMENTO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA;<br>• INCENTIVO ÀS CONSULTAS DAS MULHERES NA FAIXA PRECONIZADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Não temos dificuldade na marcação deste exame, porém as vagas disponibilizadas mensalmente não são preenchidas em sua totalidade, a SESAU realizou (2022) capacitação para os ACS sobre a captação dessas mulheres. O cálculo foi baseado apenas nos dados dos meses de janeiro a março, visto que abril não foi fechado até o momento. |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Incentivar os profissionais a acolher a mulher quando a mesma vai à UBS por qualquer motivo, aproveitar a oportunidade e se necessário solicitar a mamografia e continuar estimulando a busca ativa pelos ACS.  |   |   |     |     |
| 1.10 ASSEGURAR O ACESSO DAS GESTANTES NO MÍNIMO 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL CONFORME PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE | ATINGIR EM NO MÍNIMO 60% A COBERTURA PRÉ-NATAL COM REALIZAÇÃO DE 6 OU MAIS CONSULTAS (AUMENTAR 2% AO ANO)   | PERCENTUAL DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS, SENDO A PRIMEIRA ATÉ 20 | • INCENTIVO AOS PROFISSIONAIS À CAPTAÇÃO PRECOCE DAS GESTANTES E O ACOLHIMENTOS REFERENTE A AGENDA AVANÇADA;<br>• INCENTIVO À CONSULTA COMPARTILHADA;   | 60% | 63% |

|   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
|   |   | <p>SEMANAS DE GESTAÇÃO</p> <p>FONTE: PREVINE BRASIL</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA DE OFERTA DO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ NAS UBS;</li> <li>• ARTICULAR A CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM ATUALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL;</li> <li>• PARTICIPAÇÃO JUNTO AO MONITORAMENTO DO INDICADOR 1 DO PREVINE BRASIL.</li> </ul> |  |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                 | <p>Realizado momento com coordenação do E-sus para conhecimento do acesso a plataforma de Monitoramento dos indicadores voltados ao pré-natal no Previne Brasil, e o levantamento via SINASC 2022 dos nascidos vivos com número de consultas no pré-natal.</p>  |   |  |  |  |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p> | <p>Sensibilizar as Equipes de Atenção Básica quanto a importância do acolhimento efetivo e responsável para com às gestantes, bem como acerca da captação precoce até a 12ª semana gestacional; realizar levantamentos nas UBS acerca da situação de demanda reprimida de exames laboratoriais e de imagem bem como a oferta, realização e registro dos testes rápidos de gravidez, HIV, Sífilis, Hepatite B e C; sensibilizar a retomada dos grupos de gestantes sistemáticos em todas as UBS; fortalecer a referência e contrarreferência do pré-natal de alto risco (Espaço Nascer); implementar ações para efetivação da vinculação da gestante à unidade maternal de referência; acompanhamento sistemático dos indicadores na plataforma visando aumentar a cobertura dos mesmos e realizar demais ações já programadas para o segundo e terceiro quadrimestre.</p> |   |  |  |  |

|   |  |  |  |           |           |
|---|--|--|--|-----------|-----------|
| <p>1.11 CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA COM O RECONHECIMENTO DOS SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS, SOBRETUDO NA FAIXA ETÁRIA &lt;50 ANOS GARANTINDO ACESSO RÁPIDO E FACILITADO AOS SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA A INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA</p> | <p>REALIZAR CAPACITAÇÕES ANUAIS SOBRE O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA</p>  | <p>NÚMERO DE CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAR CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA REFERENTE AO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA</li> </ul> | <p>01</p> | <p>0</p>  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Capacitação não realizada.</p>  |  |  |           |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Reprogramada para o segundo quadrimestre.</p>                                   |  |  |           |           |
| <p>1.12 AMPLIAR A CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM, COM INSERÇÃO DO DIU</p>  | <p>IMPLANTAR NAS UBS A CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA COM INSERÇÃO DO DIU</p> | <p>NÚMERO DE UBS COM CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA COM INSERÇÃO DO DIU</p>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE COMPRA DOS INSUMOS NECESSÁRIOS PARA INSERÇÃO DO DIU;</li> </ul>             | <p>12</p> | <p>13</p> |

|  |  |  |   |    |   |
|--|--|--|---|----|---|
|  |  | IMPLANTADA   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AVALIAÇÃO BIMESTRAL DA QUANTIDADE DE MULHERES QUE REALIZARAM A INSERÇÃO DO DIU.</li> </ul>   |    |   |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | A consulta ginecológica para enfermeiros com inserção do DIU está implantada em 13 UBS.  |  |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                       | Sensibilizar os enfermeiros que foram capacitados para continuar fazendo consultas ginecológicas e inserção do DIU e fortalecer o instrumento de monitoramento das mulheres usuárias do DIU.   |  |   |    |   |
| 1.13 FORTALECER A REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA | DESENVOLVER AÇÕES SOBRE A TEMÁTICA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PARA AS EQUIPES DE SAÚDE   | NÚMERO DE CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE SOBRE A TEMÁTICA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PARTICIPAÇÃO DAS REUNIÕES COM O ESTADO JUNTO COM A REDE DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL (RAVVS);</li> <li>• REALIZAÇÃO DE OFICINAS LOCAIS INTERSETORIAIS EM TODAS AS UBS.</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Participamos de reunião promovida pelo estado sobre a temática e houveram algumas visitas do Juizado da Mulher nas UBS's com realização de palestras para profissionais e comunidade, além de ações envolvendo a Secretaria de Saúde e Assistência Social para profissionais e comunidade. |  |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                       | Reprogramado para o segundo e terceiro quadrimestre.   |  |   |    |   |
| 1.14 IMPLEMENTAR AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À                                | QUALIFICAR AS EQUIPES DA ESF PARA ASSISTÊNCIA À  | NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• OPORTUNIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA MULHER NO CLIMATÉRIO.</li> </ul>   | 06 | 0 |

|  |  |    |  |   |     |    |
|--|--|----|--|---|-----|----|
| SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA  | MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA   | NO | QUALIFICADAS PARA ASSISTÊNCIA À MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA               |   |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Ação não realizada.  |    |  |   |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Reprogramada para o segundo e terceiro quadrimestre.   |    |  |   |     |    |
| 1.15 IMPLANTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | IMPLANTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE  | A  | PERCENTUAL DE UBS COM SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM IMPLANTADA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAR A GESTÃO QUANTO A IMPORTÂNCIA DA MANUTENÇÃO DA COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM, VISANDO O FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA CATEGORIA.</li> </ul> | 50% | 0% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | No período de janeiro a início de abril o Município permaneceu sem Coordenação de Enfermagem, houve sensibilização da gestão para manter a coordenação e a partir de abril contamos com a Coordenadora de Enfermagem que dará início aos trabalhos para implementar a SAE. |    |  |   |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Realizar reunião com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, sensibilizar os profissionais e designar comissão para iniciar os trabalhos no segundo quadrimestre para implantar a SAE na APS no terceiro quadrimestre (50%).   |    |  |   |     |    |

|   |  |   |  |     |     |
|---|--|---|--|-----|-----|
| 1.16 IMPLEMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS SERVIDORES DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA | IMPLEMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE OS SERVIDORES DA SAÚDE DAS UBSS E COMUNIDADE  | PERCENTUAL DE UBS COM PROTOCOLOS DE SEGURANÇA IMPLANTADOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>REUNIÕES COM AS EQUIPES PARA PROVOCAR A DISCUSSÃO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA.</li> </ul>  | 20% | 30% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Avançamos lentamente neste ponto, devido às mudanças frequentes dos componentes das equipes de ESF que acabam tendo dificuldade em dar continuidade às propostas do programa de segurança do paciente. |   |  |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Fortalecer a cultura de segurança do paciente na nossa secretaria e nas unidades de saúde do nosso município.  |   |  |     |     |
| 1.17 AMPLIAR O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE                                  | AMPLIAR A QUANTIDADE DE MÉDICOS RESIDENTES NAS UBS   | NÚMERO DE MÉDICOS RESIDENTES NAS UBS                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>PUBLICIZAR A RESIDÊNCIA ENTRE OS ALUNOS DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA;</li> <li>PROMOVER ENCONTROS ENTRE OS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA PARA QUALIFICAR A RESIDÊNCIA</li> </ul> | 15  | 13  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Houve ampliação das residências nas Unidades e hoje contamos com 13 residentes de Medicina da Família e Comunidade distribuídos em 07 UBS.   |   |  |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |  |   |  |     |     |
| 1.19 IMPLEMENTAR AÇÕES NAS  | GARANTIR O FUNCIONAMENTO DAS   | NÚMERO DE ACADEMIAS DA                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ELABORAÇÃO DE PLANO ANUAL DE TRABALHO BASEADO</li> </ul>  | 03  | 03  |

|  |  |  |  |     |    |
|--|--|--|--|-----|----|
| ACADEMIAS DE SAÚDE                       | ACADEMIAS DA SAÚDE SEGUINDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS PRECONIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE  | SAÚDE EM FUNCIONAMENTO                                 | NAS ORIENTAÇÕES MINISTERIAIS;<br>• MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS.  |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                         | Realizada a construção do plano junto à equipe eo monitoramento segue sendo realizado por meio de relatório mensal, visitas e reuniões com o corpo técnico.  |  |  |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>         |  |  |  |     |    |
| 1.20 IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM | QUALIFICAR AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM BASEADA NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM  | PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PLANEJAMENTO PARA ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO;</li> <li>• SELEÇÃO DE EAP'S PARA QUALIFICAÇÃO;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA APS VOLTADAS À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.</li> </ul> | 20% | 0% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                         | Devido a demandas não programadas de outras redes, não foi possível a realização da educação permanente.   |  |  |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>         | Para que esta ação não deixe de acontecer, buscará a inserção das educações permanentes dentro dos encontros periódicos das categorias profissionais como médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. |  |  |     |    |

|   |  |   |   |            |           |
|---|--|---|---|------------|-----------|
| <p>1.21 INTENSIFICAR AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS A POPULAÇÃO NEGRA</p>          | <p>QUALIFICAR AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA BASEADA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA</p>                 | <p>PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS</p> | <p>• PROPOR JUNTO A EQUIPE DO PLANEJAMENTO O REDIRECIONAMENTO DESTA AÇÃO PARA A SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.</p> | <p>10%</p> | <p>0%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Ação não priorizada, devido a outras demandas mais urgentes, mas a ação será reprogramada para o próximo quadrimestre.</p>  |   |   |            |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                                     | <p>Superintendente da SAS e Diretora da Atenção Básica direcionar as coordenações responsáveis pelo desenvolvimento desta ação.</p>  |   |   |            |           |
| <p>1.22 IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA E ALBINA</p> | <p>QUALIFICAR AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA E ALBINA BASEADA NAS SUAS RESPECTIVAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.</p> | <p>PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADA</p>  | <p>• PROPOR JUNTO A EQUIPE DO PLANEJAMENTO O REDIRECIONAMENTO DESTA AÇÃO PARA A SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.</p> | <p>10%</p> | <p>0%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Ação não priorizada neste quadrimestre, devido a outras demandas mais urgentes, mas a ação será reprogramada para o próximo quadrimestre.</p>                               |   |   |            |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                                     | <p>Superintendente da SAS e Diretora da atenção Básica direcionar as coordenações responsáveis pelo desenvolvimento desta ação.</p>  |   |   |            |           |

|   |  |  |   |            |               |
|---|--|--|---|------------|---------------|
| <b>IAS</b>  |  |  |   |            |               |
| <p>1.23 IMPLANTAR POLÍTICAS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p> | <p>QUALIFICAR PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA EXECUÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p>   | <p>NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS</p> <p>*18 UBS DE REFERÊNCIA (2/UBS)</p> <p>*03 UNIDADES ESPECIALIZADAS DE REFERÊNCIA (2/UE)</p> | <p>• PROPOR JUNTO A EQUIPE DO PLANEJAMENTO O REDIRECIONAMENTO DESTA AÇÃO PARA A SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.</p> | <p>10</p>  | <p>0</p>      |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | <p>Devido à ausência de coordenação específica para esta área, não foi possível o alcance das metas.</p>   |  |   |            |               |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | <p>Verificar junto aos gestores a necessidade de contratação de coordenação para implementação da política de práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde, bem com a aquisição dos insumos mínimos para o desenvolvimento das mesmas.</p>                           |  |   |            |               |
| <p>1.24 REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA</p>  | <p>ACOMPANHAR E MONITORAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.</p>   | <p>PERCENTUAL DA COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA</p>                                | <p>• REALIZAÇÃO DE CHAMADAS NUTRICIONAIS JUNTO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.</p>            | <p>72%</p> | <p>59,12%</p> |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | <p>O resultado referido é parcial, uma vez que nos encontramos em processo de digitação das informações enviadas pelas unidades de saúde. A avaliação desse indicador é semestral, sendo a 1º vigência concluída após o meio do ano e alguns problemas devem ser elencados nesse</p> |  |   |            |               |

|   |  |  |   |        |       |  |
|---|--|--|---|--------|-------|--|
|   | processo, a exemplo do preenchimento incompleto do mapa pelos ACS uma vez que já foi realizado capacitação com eles, alguns beneficiários são de áreas descobertas o que inviabiliza a busca ativa e a resistência de alguns usuários em cumprir com a condicionalidade. |  |   |        |       |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                      | Sensibilizar as equipes quanto ao preenchimento correto do mapa, além de sensibilizar à população que procura o serviço de saúde para o acompanhamento da condicionalidade e quanto a sua importância, através da parceria com as equipes do CRAS.                       |  |   |        |       |  |
| 1.25 APOIAR O PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A | MONITORAR E ACOMPANHAR O PROGRAMA DE VITAMINA A ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E-GESTOR  | NÚMERO DE DOSES ADMINISTRADAS. (CRIANÇAS COM DOSES DE 100.000UI; CRIANÇAS COM 1ª DOSE DE 200.000UI; CRIANÇAS COM 2ª DOSE DE 200.000UI).  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ORIENTAR OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEIS PELA SALA DE VACINA SOBRE O NOVO FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA;</li> <li>• MONITORAR E AVALIAR TRIMESTRALMENTE O PROGRAMA ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO.</li> <li>• FAZER PARCERIA COM A COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO DO MUNICÍPIO, PARA INTENSIFICAR A ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A DURANTE AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO;</li> <li>• MONITORAR</li> </ul> | 17.000 | 4.919 |  |
|   |  | <p><b>Obs.: A partir de 08/03/2022 o MS através do sistema e-Gestor alterou o cálculo da meta para: Crianças com doses de 100.000UI- 1.132; Crianças com 1ª e 2ª dose de 200.000UI-9.567</b></p> |   |        |       |  |

|  |   |   |   |       |       |
|--|---|---|---|-------|-------|
|  |   | doses.  | JUNTO A CAF O PEDIDO DA SUPLEMENTAÇÃO AO ESTADO E A DISTRIBUIÇÃO NAS UBS.   |       |       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | As Metas das doses de 100.000 UI e 1ª dose de 200.000 UI, contabilizadas são referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril. Foram administradas 1.509 doses de 100.000UI e 3.410 doses de 200.000UI. Recebemos 1.150 doses de 100.000UI e 2.000 doses de 200.000UI no mês de abril. Ressalto que a suplementação de vitamina A é disponibilizada pelo MS e distribuída pelo Estado. |   |   |       |       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                           |   |   |   |       |       |
| 1.26 APOIAR O PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO DE Sulfato FERROSO | MONITORAR E ACOMPANHAR O PROGRAMA DE Sulfato FERROSO ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E-GESTOR  | NÚMERO DE CRIANÇAS E GESTANTES. (3892 CRIANÇAS. 1835 GESTANTES) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPACITAR OS RESPONSÁVEIS PELAS FARMÁCIAS DAS UBS SOBRE O FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA E PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS</li> <li>• ACOMPANHAR E AVALIAR TRIMESTRALMENTE O PROGRAMA ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO</li> <li>• MONITORAR JUNTO A CAF A COMPRA DOS</li> </ul> | 5.164 | 4.079 |

|   |   |  |  |   |      |        |
|---|---|--|--|---|------|--------|
|   |   |  |  | SUPLEMENTOS E ABASTECIMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.  |      |        |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | As metas das doses de criança e gestante contabilizadas são referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril. Foram administradas 393 doses de sulfato ferroso em crianças, 2.428 doses de sulfato ferroso em gestantes e 1.258 doses de ácido fólico em gestantes. O município possui todas as apresentações da suplementação de sulfato ferroso: xarope, gotas e comprimido, que são compradas pelo consorcio CONISUL. |  |  |   |      |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |   |  |  |   |      |        |
| 1.27 ACOMPANHAR E APOIAR A ESTRATÉGIA NUTRISUS NAS CRECHES MUNICIPAIS EM PARCERIA COM A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) | ACOMPANHAR AS CRECHES COM A ESTRATÉGIA NUTRISUS   | PERCENTUAL DA COBERTURA DA ESTRATÉGIA NUTRISUS |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>O PROGRAMA ESTÁ PASSANDO POR UMA ATUALIZAÇÃO E EM PROCESSO DE EXPERIÊNCIA COM ALGUNS MUNICÍPIOS E ARAPIRACA NÃO FOI INCLUÍDO.</li> </ul> | 100% | 0%     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | O programa Micronutrientes passou por uma atualização, e o Município de Arapiraca não foi contemplado para fazer adesão.  |  |  |   |      |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |   |  |  |   |      |        |
| 1.28 AMPLIAR A VIGILÂNCIA   | MONITORAR COBERTURA DE  | PERCENTUAL DA COBERTURA DE                     |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>MONITORAMENTO DA COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO</li> </ul>  | 26%  | 11.31% |

|  |  |   |  |             |            |
|--|--|---|--|-------------|------------|
| <p>ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO ATRAVÉS DO SISVAN E E-SUS</p> | <p>ACOMPANHAMENTO ATRAVÉS DOS RELATÓRIOS DO SISVAN</p>   | <p>ACOMPANHAMENTO PELO SISVAN</p>                             | <p>ATRAVÉS DOS RELATÓRIOS DO SISVAN;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A COORDENAÇÃO DO E-SUS AB PARA INSERÇÃO DOS DADOS DE ANTROPOMETRIA E MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SISTEMAS DE ATENDIMENTO.</li> </ul> |             |            |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>O resultado é referente ao mês de janeiro, fevereiro, março e abril. Os dados coletados pelos profissionais de saúde nas UBS muitas vezes não são inseridos no e-SUS, dificultando, portanto, a migração para o SISVAN que é o sistema fonte para o indicador citado.</p> |   |  |             |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  |  |   |  |             |            |
| <p>1.29 DESENVOLVER E QUALIFICAR AÇÕES DE PUERICULTURA (CRIANÇAS ATÉ 12 MESES)</p> | <p>QUALIFICAR E FORTALECER AS AÇÕES VOLTADAS A PUERICULTURA</p>  | <p>PERCENTUAL DA EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E REDES DE ATENÇÃO;</li> <li>• MONITORAMENTO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO</li> </ul>   | <p>100%</p> | <p>17%</p> |

|   |   |   |   |     |        |
|---|---|---|---|-----|--------|
|   |   |   | DE RECÉM-NASCIDO DE RISCO, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.   |     |        |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Realizado mensalmente levantamento pela gerência, enfermeira pediátrica e neonatologista do Espaço Nascer para melhor qualificação e compartilhamento do cuidado com a especializada e Unidade Hospitalar, assim como reuniões de interação entre a rede especializada, atenção básica e rede hospitalar. Com a mudança do quadro profissional do Espaço Nascer, foram realizadas novas reuniões com a Atenção Hospitalar com a participação dos profissionais envolvidos nos cuidados às crianças. Integração da Atenção Especializada com a Universidade, através dos recebimentos de estudantes da Liga de Saúde da Criança para qualificação dos profissionais da Rede, contribuição na vida acadêmica dos estudantes, como também contribuição na educação continuada à população. |   |   |     |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Programada conclusão da capacitação das turmas do AIDPI, capacitação aos ACS na área Materno Infantil voltado ao cuidado ao recém-nascido e a visita oportuna no 5º dia de Saúde Integral.  |   |   |     |        |
| 1.31 GARANTIR A REALIZAÇÃO DA COLETA DE TESTE DO PEZINHO DOS RECÉM-NASCIDOS | GARANTIR REALIZAÇÃO DE COLETA DE TESTE DO PEZINHO EM 95% DOS RECÉM-NASCIDOS APÓS O NASCIMENTO   | PERCENTUAL DE COBERTURA DE COLETA DO TESTE DO APÓS O NASCIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA DA OFERTA DE INSUMOS PARA COLETA DO TESTE DO PEZINHO;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES TESTE DO PEZINHO (TP);</li> <li>• MONITORAMENTO DA BUSCA ATIVA DAS CRIANÇAS QUE NÃO REALIZARAM O TP;</li> </ul> | 95% | 104,5% |

|   |  |  |   |      |     |
|---|--|--|---|------|-----|
|   |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO DAS CRIANÇAS COM RESULTADO TP ALTERADO.</li> </ul>   |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Ao longo do 1º quadrimestre a realização do Teste do Pezinho ultrapassou a meta pactuada, de acordo com o nº de Nascidos vivos de janeiro a abril. A área técnica realizou as atividades na íntegra durante todo ano, com ações para qualificação e cumprimento pela área técnica    |  |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                | Programado para o próximo quadrimestre capacitação com Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Médicos, com o laboratório responsável pela realização da triagem neonatal   |  |   |      |     |
| 1.32 INTENSIFICAR E DESENVOLVER AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES | QUALIFICAR E INTENSIFICAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES  | PERCENTUAL DA EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO TERRITÓRIO;</li> <li>• REUNIÃO INTERSETORIAL COM ESCOLA, CRAS, CONSELHO TUTELAR, ESFE PSE;</li> <li>• CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS PROFISSIONAIS DA APS;</li> </ul> | 100% | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Incentivado a integração intersetorial entre Escola e UBS, assim com o incentivo a implantação ou continuidade dos grupos de adolescentes. Participação das reuniões com o Selo Unicef e Prefeito Amigo da Criança com a participação da Rede no cuidado a criança e ao adolescente. |  |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                | Programado para os próximos quadrimestres a educação permanente e integração intersetorial com os envolvidos, contribuindo assim para o alcance da meta, como também implantação de projeto para ser aplicado ao público.  |  |   |      |     |
| 1.34 IMPLANTAR CONSULTÓRIO NA                                   | IMPLANTAR CONSULTÓRIO NA RUA   | NÚMERO DE EQUIPE DE                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAR PROJETO.</li> </ul>   | 01   | 00  |

|  |  |   |  |      |     |
|--|--|---|--|------|-----|
| RUA NO MUNICÍPIO   |  | CONSULTÓRIO NA RUA IMPLANTADA EM ATUAÇÃO  |  |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Ação não priorizada neste quadrimestre, devido a outras demandas mais urgentes, ação será reprogramada para o próximo quadrimestre   |   |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Elaborar projeto no 2º quadrimestre.   |   |  |      |     |
| 1.35 INTENSIFICAR AÇÕES VOLTADAS À REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA  | INTENSIFICAR AÇÕES NA REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA   | PERCENTUAL DE AÇÕES VOLTADAS A REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA | REUNIÕES INTERSETORIAIS PARA APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E ASSISTÊNCIA, VOLTADAS ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA; | 100% | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Participação das reuniões com o Selo Unicef e Prefeito Amigo da Criança com a participação da Rede no cuidado a criança e ao adolescente, iniciando a construção do Plano Municipal de Enfrentamento às Crianças vítimas de violência. |   |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Programado a conclusão do plano.   |   |  |      |     |
| <b>DIRETRIZ II:</b> Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.  |  |   |  |      |     |
| <b>OBJETIVO 2:</b> Promover a integração de ações e serviços da atenção à saúde materna e à saúde infantil, visando a efetividade da Rede Materno-Infantil (RAMI). |  |   |  |      |     |
| <b>SUBFUNÇÕES:</b> Atenção Básica/ Assistência Hospitalar e Ambulatorial   |  |   |  |      |     |

| AÇÃO PRIORITÁRIA                               | DESCRIÇÃO DA META                     | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | ATIVIDADES   | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|--|---------------------------------------|--|--|--------------------|----------------|
| 1.1 AMPLIAR AÇÕES DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL | AUMENTAR O PERCENTUAL DE PARTO NORMAL | PERCENTUAL DE PARTO NORMAL                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● INCENTIVO OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA A ENFATIZAR ESTE TEMAS DURANTE O PRÉ NATAL COM MAIS INTENSIDADE;</li> <li>● EFETIVAÇÃO DO INSTRUMENTO PADRONIZADO CRIADO PARA OS RELATÓRIOS MENSIS DA REDE CEGONHA ENVIADOS PELAS MATERNIDADES;</li> <li>● DISCUSSÃO COM A GESTÃO DAS MATERNIDADES OS INDICADORES DE PARTO NORMAL MENSAL;</li> <li>● FORTALECIMENT O DOS GRUPOS DE GESTANTES NAS UBS E IMPLANTAR NAS UBS QUE NÃO ESTÃO REALIZANDO O</li> </ul> | 36%                | 5%             |

|                         |   |  |   |  |  |
|-------------------------|---|--|---|--|--|
|                         |   |  | <p>GRUPO;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● FORTALECIMENTO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA</li> </ul> <p>;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● REUNIÕES MENSIS COM O COLEGIADO GESTOR DAS MATERNIDADES;</li> <li>● EFETIVAÇÃO DO INSTRUMENTO CRIADO PARA SUPERVISÃO TRIMESTRAL DAS MATERNIDADES HABILITADAS NA REDE CEGONHA;</li> <li>● REALIZAÇÃO DE SUPERVISÃO TRIMESTRAL NAS MATERNIDADES HABILITADAS NA REDE CEGONHA;</li> <li>● IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE PARTO NA APS.</li> </ul> |  |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p> | <p>Realizado diagnóstico situacional sobre todos os indicadores e situação da rede com um todo, visando a sistematização do processo de trabalho da mesma, focando inicialmente nos indicadores mais fragilizados; realizado ainda visitas as maternidades de referências para acompanhamento do processo de trabalho das mesmas; conhecer a realidade das mesmas enfatizando a importância do fortalecimento da rede; realizado levantamento via SINASC 2022, sobre tipos de partos, idade gestacional, município de residência, peso ao nascer, data de nascimento, número de consultas no pré-natal dados esses essenciais para efetivar e implementar as ações da rede materno infantil e</p> |  |   |  |  |

|  |   |   |   |    |    |
|--|---|---|---|----|----|
|  | realizado levantamento via AIH sobre o percentual de partos normais e cesáreas por maternidade no ano de 2022. A Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima: realizou 2010 partos sendo desses,59% cesáreo e 41% normal; a Maternidade Mãe Rainha-Hospital CHAMA:realizou 2.046 partos sendo desses 55% cesáreo e 45% normal e a Maternidade Hospital Regional:realizou 2.343 partos sendo desses 60% cesáreo e 40% normal.  |   |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Implementar ações para sensibilizar as ESF, sobre a importância educação em saúde para a comunidade a respeito da identificação precoce da gestação; implementar ações de garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade da gestante; sensibilizar as equipes quanto a importância do acolhimento às gestantes, tendo como base a Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003; articular juntos aos profissionais do Espaço Nascer uma atualização para os profissionais das ESF (médicos e enfermeiros) acerca do pré-natal, classificação e encaminhamentos para o ambulatório de referência; sensibilizar as equipes quanto a importância da realização de visitas de busca ativa das gestantes faltosas pelos ACS e pela equipe, se necessário;implementar ações de garantia das boas práticas obstétricas e segurança na atenção ao parto e nascimento; articular atualização em boas práticas de atenção ao parto e nascimento para os profissionais da rede; implementar ações do Programa Prefeito Amigo da Criança, Selo Unicef e Previne Brasil e realizar demais ações já programadas para o segundo e terceiro quadrimestre. |   |   |    |    |
| 2.2 QUALIFICAR O ACESSO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO NO ESPAÇO NASCER (APRIMORANDO O FLUXO DE RETORNO E EFETIVANDO A CONTRA REFERÊNCIA) | APRIMORAR O FLUXO DE RETORNO E EFETIVAR A CONTRA REFERÊNCIA NO ESPAÇO NASCER  | SISTEMA DE CONTRARREFERÊNCIA IMPLANTADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>FORTALECIMENTO A REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA</li> </ul> | 01 | 00 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Realizada reunião com Direção do Espaço Nascer para conhecimento do serviço, maiores entraves e dificuldades para desenvolvimento das ações do serviço.   |   |   |    |    |

|  |   |  |  |           |          |  |
|--|---|--|--|-----------|----------|--|
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Fazer levantamento junto ao Espaço Nascer sobre situação do número de gestante atual, classificação das mesmas, dificuldades encontrados acerca dos encaminhamentos das unidades, quais os maiores entraves encontrados pela equipe; realizar rodas de conversa com as equipes da Atenção básicas sobre a importância da classificação e devidos encaminhamentos a referência ambulatorial e hospitalar; trabalhar junto ao Espaço Nascer e as ESF estratégias para efetivar vinculação da gestante à unidade maternal de referência; articular atualização para os profissionais da Atenção Básica sobre estratificação de risco para as gestantes e realizar demais ações já programadas para o segundo e terceiro quadrimestre.</p> |  |  |           |          |  |
| <p>2.3 PROMOVER O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS 6 MESES E COMPLEMENTADO ATÉ OS DOIS ANOS OU MAIS</p> | <p>IMPLANTAR A ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL NO MUNICÍPIO</p>   | <p>NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM A ESTRATÉGIA IMPLANTADA</p> | <p>• REALIZAR OFICINAS DE TRABALHO E OFICINAS DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.</p> | <p>10</p> | <p>5</p> |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Realizado reunião técnica com o Banco de Leite Humano acerca da importância do estreitamento dos laços com as maternidades e ESF, elaboração de ações sensibilizando as equipes sobre a importância do aleitamento materno e doação de leite, além de realizado visita técnica a Maternidade Mãe Rainha com levantamento da situação para implantação da sala de coleta de leite humano na instituição, acordado junto ao banco de leite reunião com equipe da Maternidade Mãe Rainha para orientações e a implantação da sala, acordado com as maternidade inserir a temática na programação da XIII Semana 100% Mamãe e Bebe.</p>  |  |  |           |          |  |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Articular junto ao Banco de Leite oficinas com os profissionais das maternidades e AB sobre a temática, com atualização e rodas de conversas; implantação e implementação das salas de coleta nas maternidades de referência; sensibilizar as maternidades quanto a importância do incentivo à amamentação nas maternidades; implementar as ações da Estratégia Amamenta e Alimenta junto às coordenações afins; realizar ações do Agosto dourado em todas as Unidades Básicas e maternidades da rede; implementar ações do Programa Prefeito Amigo da Criança e Selo Unicef e realizar demais ações já programadas para o segundo e terceiro quadrimestre.</p>  |  |  |           |          |  |

|   |  |   |  |               |              |
|---|--|---|--|---------------|--------------|
| <p>2.4 GARANTIR O TESTE DO REFLEXO VERMELHO AO NASCER, ANTES DA ALTA HOSPITALAR, OU ATÉ 30 DIAS DO NASCIMENTO, GARANTINDO E ACOMPANHAMENTO DOS TESTES ALTERADOS</p> | <p>GARANTIR O TESTE DO REFLEXO VERMELHO AO NASCER E ACOMPANHAMENTO DOS TESTES ALTERADOS</p>  | <p>PERCENTUAL DE CRIANÇAS QUE REALIZAM TESTE DO REFLEXO VERMELHO AO NASCER</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REALIZAR MONITORAMENTO DE RECÉM-NASCIDOS TRIADOS.</li> </ul>  | <p>100%</p>   | <p>0</p>     |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Enfermeira do Espaço Nascer realizou curso e implantou fluxo de realizar Teste do Reflexo vermelho em todos os recém-nascidos em atendimento.</p>   |   |  |               |              |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Ação reprogramada para o próximo quadrimestre.</p>  |   |  |               |              |
| <p>2.5 REALIZAR AÇÕES DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA</p>  | <p>REDUZIR PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (FAIXA ETÁRIA DE 10 A 19 ANOS)</p>  | <p>PERCENTUAL DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 19 ANOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• COLABORAÇÃO COM A IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE ADOLESCENTES, COM ÊNFASE AQUELAS UNIDADES EM VULNERABILIDADE;</li> <li>• REUNIÕES INTERSETORIAIS COM CRAS, CONSELHO TUTELAR, ESF, PSE</li> </ul> | <p>14,94%</p> | <p>12,2%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Incentivado a integração intersetorial entre Escola e UBS, assim com o incentivo à implantação ou continuidade dos grupos de adolescentes, participação das reuniões com o Selo Unicef e Prefeito</p> |   |  |               |              |

|  |   |   |   |      |      |
|--|---|---|---|------|------|
|  | Amigo da Criança com a participação da Rede no cuidado à criança e ao adolescente.  |   |   |      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Programada reunião com Viver Melhor para prática integrativa intersetorial em busca de ações voltada às adolescentes do programa.   |   |   |      |      |
| 2.6 QUALIFICAR AS AÇÕES VOLTADAS AO SEGMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO NO ESPAÇO NASCER | QUALIFICAR E FORTALECER O ACOMPANHAMENTO DE SEGMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO  | PERCENTUAL DE AÇÕES VOLTADAS AOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO ACOMPANHADOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO;</li> <li>• FORTALECIMENTO DO VÍNCULO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIZADA E UNIDADE HOSPITALAR.</li> </ul> | 100% | 100% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Realizado mensalmente levantamento pela gerência, enfermeira pediátrica e neonatologista do Espaço Nascer para melhor qualificação e compartilhamento do cuidado com a especializada e Unidade Hospitalar, assim como reuniões de interação entre a rede especializada, atenção básica e rede hospitalar. Com a mudança do quadro profissional do Espaço Nascer, foram realizadas novas reuniões com a Atenção Hospitalar com a participação dos profissionais envolvidos nos cuidados às crianças. Integração da Atenção Especializada com a Universidade, através dos recebimentos de estudantes da Liga de Saúde da Criança para qualificação dos profissionais da Rede, contribuição na vida acadêmica dos estudantes, como também contribuição na educação continuada à população. |   |   |      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Programada conclusão da capacitação das turmas do AIDPI, capacitação aos ACS na área Materno Infantil voltado ao cuidado ao recém-nascido e a visita oportuna no 5º dia de Saúde Integral.  |   |   |      |      |
| 2.7 REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA  | INTENSIFICAR AÇÕES DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA  | RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO PARA PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COM GRUPO TÉCNICO (COORD. SAÚDE DA CRIANÇA, DA MULHER, REDE CEGONHA,</li> </ul>  | 30   | 5    |

|  |   |  |   |                |              |
|--|---|--|---|----------------|--------------|
|  |   | CÁLCULO: Nº DE ÓBITOS MATERNOS/ Nº DE NASCIDOS VIVOS DURANTE O ANO X 100 MIL   | VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, DE ÓBITO E DE ANÁLISE DE INDICADORES);   |                |              |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                           | Realizada reunião com equipe de vigilância e coordenação da saúde da criança e adolescência buscando efetivar ações para reativação do Comitê de Prevenção a mortalidade materna, infantil e fetal.   |  |   |                |              |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>           | Implementar ações para aumentar a efetividade dos indicadores de mortalidade e morbidade da Rede Cegonha; reativação do Comitê de Prevenção a Mortalidade, infantil e fetal; instituir reuniões mensais do comitê; articular com equipe de referência do vigi óbito reuniões sistemáticas para discussão dos óbitos junto às equipes de referência; realizar levantamento via SIM, acerca dos percentuais de óbitos (fetais, neonatais, < de ano, materno) tendo como referência o ano de 2022 para que os mesmos sejam referência nas discussões iniciais em rede e realizar demais ações já programadas no segundo e terceiro quadrimestre. |  |   |                |              |
| 2.8 REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL | INTENSIFICAR AÇÕES DE REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL   | TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL<br><br>CÁLCULO:<br>NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO DE IDADE NO PERÍODO /NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NO PERÍODO X 1000 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMPLANTAÇÃO EM 100% DAS UNIDADES O PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS MATERNIDADES PARA GARANTIA DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO;</li> <li>• MONITORAMENTO DO SEGUIMENTO DE</li> </ul> | 13,21 /1000 NV | 15,3 /1000NV |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DE ALTO RISCO;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● REALIZAÇÃO DE 100% DAS INVESTIGAÇÕES DE ÓBITO INFANTIL E NEONATAL</li> <li>● MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO COMPONENTES DE ÓBITO INFANTIL SEPARADAMENTE: PRIMEIRAS 24 HORAS, NEONATAL PRECOCE (0 A 6 DIAS), NEONATAL TARDIO (7 A 27 DIAS), PÓS-NEONATAL (28 A 364 DIAS), MENOR DE 1 ANO;</li> <li>● REATIVAÇÃO DO COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL;</li> <li>● REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS/ CAPACITAÇÕES DE ALEITAMENTO MATERNO E</li> </ul> |  |
|--|--|--|--|--|

|                                  |  |  |   |  |  |
|----------------------------------|--|--|---|--|--|
|                                  |  |  | <p>ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL (DIA MUNDIAL DE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO; SEMANA 100% MAMÃE BEBE; AGOSTO DOURADO; NOVEMBRO ROXO);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MANUTENÇÃO DO PROGRAMA PALIVIZUMABE;</li> <li>• ATUALIZAÇÃO CONSTANTE DOS PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM A CRIANÇA MENOR DE 1 ANO NAS DOENÇAS DE MAIOR IMPACTO NA TMI;</li> <li>• LEVANTAMENTO DA TAXA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO;</li> </ul> |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 | Iniciado campanha da Palivizumabe para 2ª Macro com busca ativa do público alvo, com melhoria e qualificação do atendimento e acompanhamento dos Recém-Nascido de risco, foram realizadas reuniões com a Vigilância em saúde para reativação do Comitê de Mortalidade Materno Infantil, com instituição da portaria. |  |   |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> | Portaria em finalização, com convocação dos representantes, para programar a primeira reunião do Comitê de Mortalidade.  |  |   |  |  |

**DIRETRIZ II:** Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.

**OBJETIVO 3:** Qualificar e fortalecer o acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com ênfase na integralidade da assistência, com definição de fluxos e as referências adequadas.

**SUBFUNÇÕES:** Atenção Básica/ Assistência Hospitalar e Ambulatorial

| AÇÃO PRIORITÁRIA  | DESCRIÇÃO DA META   | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|---|---|--|---|--------------------|----------------|
| 3.1 IMPLEMENTAR/QUALIFICAR O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE SAÚDE | QUALIFICAR O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UBS | PERCENTUAL DE ESF QUALIFICADAS                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MANUTENÇÃO DAS VISITAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA RUE NAS 15 USF PREVIAMENTE DEFINIDAS;</li> <li>• APRESENTAR PARA O SAS/SMS RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS SOBRE AS VISITAS REALIZADAS EM 2022 /2023.</li> <li>• QUALIFICAR AS 23 ESF QUE FORAM VISITADAS EM 2022/2023, DANDO OS SUPORTES NECESSÁRIOS FRENTE AOS EQUIPAMENTOS,</li> </ul> | 15%                | 60%            |

|   |   |    |   |  |   |   |      |      |
|---|---|----|---|--|---|---|------|------|
|   |   |    |   | INSUMOS<br>ATUALIZAÇÕES<br>EDUCACIONAIS<br>NECESSÁRIOS;<br>• PROMOVER<br>RODA DE CONVERSA<br>COM AS USF/ ESF QUE<br>JÁ FORAM VISITADOS,<br>CONFORME<br>RELATÓRIOS COM<br>FOCO AO<br>ATENDIMENTO DE<br>URGÊNCIA E<br>EMERGÊNCIA NA APS. | E |   |      |      |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Das 15 ESF programadas foram realizados 09 no período estimado, onde atingimos os 60%, apresentamos os relatórios das visitas à equipe de apoio SAS e realizamos o levantamento das necessidades de insumos para a implantação e qualificação das urgências clínicas nos centros. |    |   |  |   |   |      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Ações que não foram contempladas em sua totalidade serão reprogramadas para o próximo quadrimestre.   |    |   |  |   |   |      |      |
| 3.2 MONITORAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO CENTRAL DE REGULAÇÃO E MONITORAMENTO HOSPITALAR | MONITORAR AS REGULAÇÕES GERADAS PELO COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL CONFRONTANDO AS SOLICITAÇÕES E EFETIVAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA, TEMPO DE PERMANÊNCIA   | AS | PERCENTUAL DE REGULAÇÕES SOLICITADAS EXECUTADAS MONITORADAS | DE   | / | • ACOMPANHAR AS AÇÕES E OS RELATÓRIO DESENVOLVIDOS PELA EQUIPE DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO HOSPITALAR;<br>• REALIZAR REUNIÃO BIMESTRALMENTE COM AS EQUIPES DE AVALIAÇÃO, | 100% | 100% |

|  |   |  |   |     |    |
|--|---|--|---|-----|----|
|  | INTERNAMENTO E DIFICULDADES ENFRENTADAS ENTRE OS SERVIÇOS.  |  | REGULAÇÃO E ADM;<br>• ACOMPANHAR A CRIAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO HOSPITALAR;<br>• APRESENTAR PARA TODA A REDE O PROTÓTIPO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO HOSPITALAR.             |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Programação realizada conforme programada.  |  |   |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Analisar as informações geradas pelos relatórios do sistema de regulação e equipe, promover reuniões com equipe de regulação, supervisão e auditoria, ampliar o mapa de leitos no Chama para os que ainda não foram implantados e implantar mapa de leitos no Hospital Regional de Arapiraca. |  |   |     |    |
| IMPLANTAR TRANSPORTE SEGURO NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA.<br><br>(Área Técnica) | ESTABELEÇER AS BOAS PRÁTICAS PARA O TRANSPORTE SANITÁRIO ASSEGURANDO A PROTEÇÃO E A SEGURANÇA DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.   | PERCENTUAL DE SOLICITAÇÕES DE TRANSPORTE SANITÁRIO COM PROTOCOLO DE TRANSPORTE SEGURO IMPLANTADO | • REALIZAR LEVANTAMENTO DOS INSUMOS, EQUIPAMENTOS E EQUIPE NECESSÁRIOS PARA GARANTIA DO TRANSPORTE SANITÁRIO NO MUNICÍPIO;<br>• ELABORAR CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS PROFISSIONAIS | 50% | 0% |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>ENVOLVIDOS COM O TRANSPORTE;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● INSTITUIR PROTOCOLO DO TRANSPORTE SEGURO NO MUNICÍPIO;</li> <li>● ELABORAR SISTEMA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SEGURO;</li> <li>● APRESENTAR PARA A REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO O PROTOCOLO;</li> <li>● PROMOVER RODA DE CONVERSAS COM OS SERVIÇOS QUE POSSUEM AMBULÂNCIAS BÁSICAS/ SANITÁRIAS PARA QUALIFICAR E OTIMIZAR OS FLUXOS EXISTENTES;</li> <li>● MONITORAR TODO O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA;</li> <li>● FORTALECER FLUXOS EXISTENTES COM O SAMU DE</li> </ul> |  |
|--|--|--|--|--|

|   |   |   |   |     |    |
|---|---|---|---|-----|----|
|   |   |   | <p>REFERÊNCIA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FORTALECER A INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS PARA EDUCAÇÃO PREVENTIVA PARA REDUÇÃO DE TROTES E ACIONAMENTOS DESNECESSÁRIOS DO SAMU.</li> <li>• DIVULGAR NAS MÍDIAS LOCAIS OS FLUXOS E PROTOCOLOS FRENTE AO TRANSPORTE SEGURO.</li> </ul> |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Realizada programação das atividades e levantamento dos insumos necessários para o seguimento das ações, acionado equipe de transporte/gestor para avaliação e manutenção de frota. Adquiridos insumos básicos como tensiômetro, estetoscópio, glicosímetro e oxímetro. |   |   |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Apresentação e implantação do fluxo para maio 2023, articular junto a equipe de gestão os equipamentos e manutenção dos serviços e fortalecer discussão em rede sobre as responsabilidades do transporte seguro.  |   |   |     |    |
| <p>QUALIFICAR A REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE HOSPITALAR NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CLÍNICA E CIRURGICA</p> <p><b>(Área Técnica)</b></p> | <p>AMPLIAR A LINHA DE CUIDADO A PACIENTES VÍTIMAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS NO MUNICÍPIO ARAPIRACA</p>  | <p>PERCENTUAL DE SERVIÇOS QUALIFICADOS E MONITORADOS PELA REDE DE URGÊNCIA MUNICIPAL.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AMPLIAR AS VISITAS DA EQUIPE DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO HOSPITALAR NOS DEMAIS SERVIÇOS COMO ITA E UEDH;</li> <li>• SOLICITAR APOIO DO COSEMS E SESAU NO QUE SE</li> </ul>  | 25% | 0% |

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
|   |   |  | <p>REFERE AS RESPONSABILIDADES DOS MUNICIPIOS DA REGIÃO FRENTE ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS E O TRANSPORTE SEGURO DOS PACIENTES;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FORTALECER NO MUNICÍPIO E REGIÕES DE REFERÊNCIA A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA GARANTIA DA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA;</li> <li>• ESTIMULAR JUNTO AOS SERVIÇOS A ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS LOCAIS;</li> </ul> |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Devido à complexidade da rede a coordenação não conseguiu avançar para a ação proposta. |  |  |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Ações mantidas para os próximos quadrimestre.   |  |  |  |  |
| <p><b>DIRETRIZ II:</b> Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.</p> <p><b>OBJETIVO 4:</b> Promover o acesso e a qualidade do atendimento na rede de atenção psicossocial do município.</p> |   |  |  |  |  |

| SUBFUNÇÕES: Atenção Básica/ Assistência Hospitalar e Ambulatorial             |  |   |   |                    |                |
|---|--|---|---|--------------------|----------------|
| AÇÃO PRIORITÁRIA  | DESCRIÇÃO DA META  | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META              | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
| 4.1 QUALIFICAR AS AÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE | IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE  | NÚMERO DE UBS COM AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA RAPS IMPLEMENTADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DE CRONOGRAMA COM AS AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO E SEUS RESPONSÁVEIS, DEFINIDAS JUNTO A EQUIPE DE MATRICIADORES, DIRETORA E APOIADORAS DA ATENÇÃO BÁSICA E COORDENADOR MÉDICO;</li> <li>• IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES;</li> <li>• AVALIAÇÃO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS.</li> </ul> | 39                 | 38             |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | As ações de qualificação da Rede de Atenção Psicosocial estão sendo implementadas em todas as unidades básicas do município, através de reuniões, matriciamento, campanhas e demais atividades desenvolvidas. No momento da elaboração das metas eram 39, mas, atualmente, são 38, devido uma das unidades (Riacho Seco) ter sido integrada a uma outra unidade. |   |   |                    |                |
| <b>AÇÃO</b>   |  |   |   |                    |                |

| PROPOSTA/ESTRATÉGIAS  |   |  |  |           |          |
|---|---|--|--|-----------|----------|
| <p>4.2 FORTALECER O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE SAÚDE</p> | <p>EFETUAR AÇÕES DE FORTALECIMENTO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE</p>   | <p>NÚMERO DE AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EFETUADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.</p> <p>MÍNIMO 12/ANO (INDICADOR DO MS)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DE CRONOGRAMA JUNTO ÀS EQUIPES DOS CAPS'S E COMPARTILHAMENTO DO MESMO COM A DIRETORA DA ATENÇÃO BÁSICA PARA APROVAÇÃO;</li> <li>• EXECUÇÃO DO CRONOGRAMA INSTITUÍDO;</li> <li>• AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE MATRICIAMENTO DURANTE TODO PROCESSO.</li> </ul> | <p>12</p> | <p>0</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Nesse primeiro quadrimestre houve a elaboração e compartilhamento do cronograma das ações de matriciamento em saúde mental, assim como reuniões para definir as temáticas, abordagem e divisão dos profissionais por UBS, no entanto, não foi realizado o matriciamento na Unidade Básica de Saúde, entre outros motivos pela redução do quantitativo de combustível e priorização de outras demandas.</p> |  |  |           |          |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                                     | <p>Dar início às ações de matriciamento, em saúde mental, nas UBS conforme cronograma elaborado.</p>  |  |  |           |          |

|  |   |  |  |           |           |
|--|---|--|--|-----------|-----------|
| <p>4.3 IMPLANTAR OS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL</p>                                   | <p>ARTICULAR IMPLANTAÇÃO DE 10 LEITOS DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL CHAMA</p>   | <p>NÚMERO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL IMPLANTADOS E MANTIDOS NO HOSPITAL CHAMA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITAÇÃO, JUNTO AO MS, DA HABILITAÇÃO DOS LEITOS, NO CENTRO HOSPITALAR MANOEL ANDRÉ – CHAMA, TÃO LOGO O SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE - SAIPS, ESTEJA LIBERADO PARA ESTA INSERÇÃO;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS LEITOS</li> </ul> | <p>10</p> | <p>0</p>  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Está sendo realizada articulação e acompanhamento, no entanto, os leitos de Saúde Mental no Hospital Geral, CHAMA, ainda não foram implantados devido o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde, no qual são inseridas as propostas de implantação, habilitação ou credenciamento de unidades e serviços de saúde, ainda está fechado para a Rede de Atenção Psicossocial.</p> |  |  |           |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Continuar monitorando o SAIPS para a inserção da proposta, quando o mesmo estiver aberto e continuar com as discussões junto ao Hospital e ao Estado.</p>  |  |  |           |           |
| <p>4.4 DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS E PROFISSIONALIZANTES VOLTADAS AOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE</p> | <p>REALIZAR AÇÕES EDUCATIVAS E PROFISSIONALIZANTES VOLTADAS AOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO</p>   | <p>NÚMERO DE CAPS AÇÕES EDUCATIVAS E PROFISSIONALIZANTES DESENVOLVIDAS</p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DOS CAPS'S PARA PLANEJAMENTO E ELABORAÇÃO DE CRONOGRAMA DE</li> </ul>  | <p>02</p> | <p>02</p> |

|  |  |  |   |           |          |
|--|--|--|---|-----------|----------|
| <p>ATENÇÃO<br/>PSICOSSOCIAL<br/>CAPS</p>                 | <p>PSICOSSOCIAL<br/>CAPS'S</p>   |  | <p>AÇÕES EDUCATIVAS E DE PROJETOS DE REINserÇÃO SOCIAL E GERAÇÃO DE RENDA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO E ACOMPANHAMENTO, JUNTO AO SETOR COMPETENTE, PARA AQUISIÇÃO DOS INSUMOS NECESSÁRIOS SOLICITADOS PARA EFETIVAÇÃO DOS PROJETOS PROPOSTOS;</li> <li>• AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PROJETOS IMPLANTADOS.</li> </ul> |           |          |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                                  | <p>Estas ações estão sendo realizadas, através de salas de espera, reuniões, grupos, projetos e oficinas, fazem parte do processo de trabalho e rotina dos CAPS.</p> |  |   |           |          |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                  |  |  |   |           |          |
| <p>4.5 MELHORAR O ACESSO DA POPULAÇÃO À PSICOTERAPIA</p> | <p>AMPLIAR EQUIPE DE PSICÓLOGOS EM MAIS 10 PROFISSIONAIS PARA MELHORAR ACESSO À POPULAÇÃO À PSICOTERAPIA</p>   | <p>NÚMERO DE PSICÓLOGOS CONTRATADOS PARA AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DE PSICÓLOGOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO JUNTO À GESTORA PARA A CONTRATAÇÃO DOS 10 PSICÓLOGOS NECESSÁRIOS PARA SUPRIR A DEMANDA REPRIMIDA, COM BASE</li> </ul>  | <p>03</p> | <p>0</p> |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>NO LEVANTAMENTO REALIZADO;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL APÓS A LIBERAÇÃO DESTAS, PELO MS, NO SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE - SAIPS;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS DE CONTRATAÇÕES E DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL, OTIMIZANDO A PRÁTICA DESSES PROFISSIONAIS PARA A MELHORIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO À PSICOTERAPIA.</li> </ul> |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|   |  |   |   |              |              |
|---|--|---|---|--------------|--------------|
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Nesse quadrimestre não houve contratação de novos psicólogos, continua sendo articulado junto à gestão a contratação desses profissionais, no entanto, já houve a conclusão da reforma do CRIA e já estão sendo equipadas as salas de psicologia para o retorno desses atendimentos nesse espaço, o que facilitará o processo de trabalho dos profissionais que já estão atuando, bem como o monitoramento das vagas disponíveis para otimizar e ampliar os agendamentos, também haverá um melhor acompanhamento desses atendimentos através do preenchimento e envio de um formulário, pelo google forms, que está sendo criado para esses profissionais. Em relação a implantação de equipes multiprofissionais da atenção especializada em saúde mental, o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde, continua indisponível para essa habilitação.</p> |   |   |              |              |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                             | <p>Continuar sensibilizando a gestão sobre a necessidade de contratação de mais profissionais da psicologia, realizar as devidas articulações para efetivar essas contratações, quando autorizadas, acompanhar a adequação das salas, efetivar a implantação o formulário e manter o monitoramento do SAIPS, para quando estiver liberado o acesso inserir a proposta de implantação das Equipes Multiprofissionais da Atenção Especializada em Saúde Mental.</p>  |   |   |              |              |
| <p>4.6 MONITORAR AS TAXAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO DO MUNICÍPIO</p> | <p>REALIZAR O MONITORAMENTO DA TAXA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO PARA SUBSIDIAR AS AÇÕES DESENVOLVIDAS</p>   | <p>TAXA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO (NÚMERO DE TENTATIVAS / PELA POPULAÇÃO X 100.000 HABITANTES)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITAÇÃO DOS DADOS, PARA O CÁLCULO DAS TAXAS, À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA;</li> <li>• REALIZAÇÃO DOS CÁLCULOS DAS TAXAS E ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO POR MEIO DOS PARÂMETROS NACIONAL E ESTADUAL;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE REUNIÕES COM PROFISSIONAIS DA</li> </ul> | <p>314,5</p> | <p>106,7</p> |

|   |  |  |  |    |   |
|---|--|--|--|----|---|
|   |  |  | RAPS E PARCEIROS, A FIM DE TRAÇAR ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A TAXA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO;<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PROPOSTAS</li> </ul>                           |    |   |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | As taxas de tentativa de suicídio estão sendo monitoradas e as ações desenvolvidas, foi observado que houve uma considerável redução comparado ao mesmo período no ano anterior. |  |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                |  |  |  |    |   |
| 4.7 QUALIFICAR O CAPS NISE DA SILVEIRA II EM CAPS III -24 HORAS | PROMOVER QUALIFICAÇÃO DO CAPS NISE DA SILVEIRA II EM CAPS III -24 HORAS  | 01 CAPS III (24H) HABILITADO E MANTIDO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CAPS III;</li> <li>• SOLICITAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS, MOBILIÁRIOS E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO DO CAPS III.</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | O acompanhamento está sendo realizado, já foi iniciada a construção da obra, aguardando a conclusão para solicitação da qualificação do CAPS II para CAPS III.                   |  |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                | Realizar o levantamento dos equipamentos, mobiliários e insumos necessários para o funcionamento, para formalizar a solicitação destes.  |  |  |    |   |

|   |   |  |   |    |   |
|---|---|--|---|----|---|
| 4.8 QUALIFICAR O CAPS AD II EM CAPS AD III - 24 HORAS                           | PROMOVER A QUALIFICAÇÃO DO CAPS AD II EM CAPS AD III -24 HORAS  | 01 CAPS AD III (24H) HABILITADO E MANTIDO  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DA FINALIZAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO CAPS AD III;</li> <li>• SOLICITAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS, MOBILIÁRIOS E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO.</li> </ul>  | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | O acompanhamento está sendo realizado, porém ainda não houve a qualificação do CAPS AD II em CAPS AD III (24 horas), encontra-se em tramitação processual na Secretaria de Infraestrutura para dar seguimento na finalização da construção da obra, devido a empresa anterior ter abandonado antes de finalizar e a mesma ter sido depredada. |  |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |   |  |   |    |   |
| 4.9 IMPLANTAR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL | PROMOVER IMPLANTAÇÃO DE 04 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL  | Nº DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL IMPLANTADAS E MANTIDAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS GESTORES QUANTO A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DESTAS EQUIPES NO MUNICÍPIO;</li> <li>• INSERÇÃO DO PROJETO NO SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE - SAIPS SOLICITANDO A IMPLANTAÇÃO DESTAS EQUIPES NO</li> </ul> | 04 | 0 |

|   |  |   | MUNICÍPIO DE ARAPIRACA, APÓS A LIBERAÇÃO DESTE SISTEMA PARA A RAPS.  |                           |                       |
|---|--|---|--|---------------------------|-----------------------|
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Não houve a implantação das Equipes Multiprofissionais da Atenção Especializada em Saúde Mental devido a indisponibilidade do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde, para os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. |   |  |                           |                       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter o monitoramento do SAIPS, para quando estiver liberado o acesso inserir a proposta de implantação dessas Equipes.   |   |  |                           |                       |
| <b>DIRETRIZ II:</b> Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.   |  |   |  |                           |                       |
| <b>OBJETIVO 5:</b> Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiências nas suas diversas faces, considerando os diversos pontos de atenção. |  |   |  |                           |                       |
| <b>SUBFUNÇÕES:</b> Atenção Básica/ Assistência Hospitalar e Ambulatorial  |  |   |  |                           |                       |
| <b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b>   | <b>DESCRIÇÃO DA META</b>   | <b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b> | <b>ATIVIDADES</b>  | <b>META PREVISTA 2023</b> | <b>META EXECUTADA</b> |
| 5.1 AMPLIAR O ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUALIFICANDO  | PROPORCIONAR QUALIFICAÇÃO NA ESCUTA E ACOLHIMENTO, BEM COMO AMPLIAR O ACESSO PARA AS PESSOAS COM   | PERCENTUAL DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADAS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES DE CONSELHO LOCAL DE SAÚDE</li> <li>SELEÇÃO DE SAÚDE PARA QUALIFICAÇÃO;</li> </ul> | 15%                       | 0%                    |

|   |   |   |   |      |      |
|---|---|---|---|------|------|
| ESCUTA E ACOLHIMENTO  | DEFICIÊNCIA   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA OS PROFISSIONAIS COM TEMAS LIGADOS À ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA</li> </ul>                               |      |      |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Esta é uma ação que não conseguimos efetivar na íntegra, porém a discussão acerca dos direitos da pessoa com deficiência tem sido uma constante em espaços coletivos como reunião de gerentes de unidades de saúde, conselho local de saúde e educação permanente com profissionais. No mês de conscientização do autismo foram realizadas atividades condizentes com a proposta de ampliação do acesso; com médicos da APS, professores da rede pública de ensino, gerentes de unidades de saúde, conselheiros de saúde e estudantes de medicina e estágio de saúde coletiva na APS. |   |   |      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                    | Redesenhar as atividades propostas, com estabelecimento de cronograma para participação nas reuniões de conselho local, com apoio do CMDDPcd, a fim de alcançar a ação planejada. Considerando as discussões em torno da Lei Brasileira da Inclusão com conselheiros, população em geral e gerentes, a fim de fortalecer o entendimento e legitimar os direitos da população alvo tornando estes multiplicadores.   |   |   |      |      |
| 5.2 MONITORAR O PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIA CONGÊNITA | MONITORAR O PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIA CONGÊNITA   | PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIA CONGÊNITA | <ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO MENSAL DE NASCIDOS VIVOS COM AC</li> <li>APOIO NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE QUANTO AO REGISTRO E NOTIFICAÇÕES NAS UNIDADES HOSPITALARES.</li> </ul> | 100% | 100% |

|   |   |   |   |           |           |
|---|---|---|---|-----------|-----------|
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>As informações acerca do preenchimento adequado da DNV e campo referente às anomalias congênitas foram repassadas à coordenação da RAMI, assim como a necessidade de ampla discussão. Após envio de dados pela vigilância epidemiológica, observou-se que no período que compreende os meses de janeiro à abril houve o registro de 12 notificações de anomalia congênita em um total de 1.241 nascidos vivos. Seguindo uma realidade nacional de subnotificação há uma tendência de que este cenário seja uma realidade no município de Arapiraca</p> |   |   |           |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Efetivar o rastreamento retroativo em casos de anomalia congênita, bem como manter a discussão acerca do preenchimento adequado da DNV com apoio da RAMI e Área Técnica de Saúde da Criança na articulação com profissionais das maternidades, em reuniões do colegiado gestor de maternidades.</p>  |   |   |           |           |
| <p>5.3 MONITORAR OS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO HABILITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</p> | <p>MONITORAR OS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO HABILITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE QUADRIMESTRALMENTE</p>  | <p>NÚMERO DE VISITAS DE MONITORAMENTO</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DO RELATÓRIO DE PRODUÇÃO ENVIADO PELA SURCAA</li> <li>• MONITORAMENTO DOS PLANOS DE TRABALHO RELACIONADOS ÀS EMENDAS PARLAMENTARES</li> <li>• MONITORAMENTO DAS METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS PRESENTES NA CONTRATUALIZAÇÃO.</li> <li>• INSERÇÃO DE PROPOSTAS DE HABILITAÇÃO E/OU REQUALIFICAÇÃO NO</li> </ul> | <p>15</p> | <p>05</p> |

|  |   |   | SAIPS<br>HOVER  | QUANDO |   |  |
|--|---|---|---|--------|---|--|
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | <p>As visitas de monitoramento foram realizadas com abordagem do cumprimento de regras gerais do CER como para avaliação do cumprimento do plano de trabalho referente às emendas parlamentares, para aqueles contemplados. Importante destacar que neste início de ano importantes movimentos de ajustes no processo de trabalho de oferta de opm ocorreram, o que demandou as auditorias nos CER, que segue em curso. Quanto à contratualização, por questões orçamentárias, não foi possível avaliar diretamente as metas, porém, as visitas possibilitam a análise in loco de questões acerca de composição de equipe, utilização de prontuário único, produção ambulatorial e outros aspectos inerentes a RCPD. Entretanto os contratos estão com previsão de efetivação ainda este semestre. Quanto às propostas inseridas no SAIPS estamos na 3ª diligência p/ requalificação do CEMFRA para CER IV e encerramos a proposta de habilitação da APAE em oficina ortopédica por opção da presidente da instituição.</p> |   |   |        |   |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | <p>Acompanhar processo de contratualização junto a SURCAA para poder realizar avaliações de metas. Contudo mantém-se como rotina as visitas de monitoramento com técnicos da RCPD e Supervisão da Reabilitação da SURCAA. Considerando os CERs como serviços que compõem a atenção especializada, foi lançada a proposta de inclusão destes no cronograma de visita da equipe de monitoramento da AE. Em tempo este novo processo já foi efetivado, dando início em maio de 2023, com isso aumentando a frequência de visitas.</p>  |   |   |        |   |  |
| 5.4 COORDENAR E APRIMORAR AÇÕES DE CUIDADOS ÀS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E SUAS FAMÍLIAS ATRAVÉS | APRIMORAR AÇÕES DE CUIDADOS ÀS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E SUAS FAMÍLIAS  | NÚMERO DE ENCONTROS INTERSETORIAIS REALIZADOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATUALIZAÇÃO NA RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA APS REFERÊNCIA DOS CASOS;</li> <li>• COMPARTILHAM ENTO DOS CASOS COM ÁREAS</li> </ul> | 12     | 0 |  |

|   |  |   |  |      |    |
|---|--|---|--|------|----|
| DA EQUIPE DEDICADA MUNICIPAL  |  |   | TÉCNICAS;<br>• PLANEJAMENTO PERIÓDICO COM LEVANTAMENTO DE DEMANDAS ESPECÍFICAS   |      |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Em atendimento à solicitação da Supervisão Estadual da Pessoa com Deficiência foi encaminhado relatório com atualização de dados e referências de cuidado das crianças com SCZ, com articulação com UBS, CER e Secretarias de Desenvolvimento Social e Educação. Percebeu-se grande fragilidade na coordenação do cuidado na APS e efetivação da proposta de atividades no Centro Dia, assim como nas referências de serviço no Estado. Não foram realizadas reuniões intersetoriais e nem com as famílias.                        |   |  |      |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter a rotina de encontros com mães/responsáveis, no entanto fortalecer as atividades de planejamento com as áreas técnicas envolvidas no cuidado às crianças com SCZ e suas famílias, a partir das demandas e fragilidades já identificadas em momentos de escuta. Discutir no Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CMDDPcD) estratégias de fortalecimento dos cuidados ofertados a esse público. Sugerir a retomada das discussões a nível estadual, a fim de fortalecer as equipes dedicadas. |   |  |      |    |
| 5.5 FOMENTAR O ACESSO ÀS OPMS PARA USUÁRIO ACAMADO OU DOMICILIADO QUE NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA | ATENDER AS DEMANDAS DE OPM SOLICITADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA   | PERCENTUAL DE SOLICITAÇÕES ATENDIDAS FRENTE ÀS DEMANDAS | • MONITORAMENTO DAS SOLICITAÇÕES JUNTO À COORDENAÇÃO NO CEMFRA;<br>• SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE MEDIANTE CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PARA MEDIÇÃO. | 100% | 0% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Após reunião entre direção da atenção especializada e integrantes do CEMFRA ficou definido que   |   |  |      |    |

|   | as atividades referentes à oferta de opm aos usuários acamados/domiciliados ficariam incorporadas ao processo de trabalho deste CER. Com planejamento prévio de visitas domiciliares mediante solicitações das UBSs e para agendamento de carro junto a superintendência de gestão. Vale destacar que estavam suspensas a oferta de opm até que fossem finalizadas as novas diretrizes, em razão de notificação do MS. Apenas seguem disponíveis para solicitações equipamentos elencados no recurso MAC. |   |  |                             |                       |
|---|---|---|--|-----------------------------|-----------------------|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Finalizadas as auditorias e definidos fluxos e normativas de acesso a opm pelos CER as demandas pendentes serão resolvidas. Entretanto as demandas de usuários acamados/domiciliados com necessidade de equipamentos elencados no recurso MAC devem ser atendidas pela equipe do CEMFRA. Será encaminhado um memorando reforçando o que já havia sido pactuado sobre a utilização do link e seguimento deste fluxo junto às equipes de saúde.   |   |  |                             |                       |
| <b>DIRETRIZ II:</b> Ampliação e aprimoramento das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.   |   |   |  |                             |                       |
| <b>OBJETIVO 6:</b> Qualificar a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e ampliar as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. |   |   |  |                             |                       |
| <b>SUBFUNÇÕES:</b> Atenção Básica/ Assistência Hospitalar e Ambulatorial  |   |   |  |                             |                       |
| <b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b>   | <b>DESCRIÇÃO DA META</b>  | <b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b>                     | <b>ATIVIDADES</b>  | <b>META PREVISTA A 2023</b> | <b>META EXECUTADA</b> |
| 6.1 AMPLIAR A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS   | REORGANIZAR A ATENÇÃO ÀS PESSOAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS   | % DE PESSOAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS CADASTRADAS NO ESUS AB E ACOMPANHADAS | ACOMPANHAMENTO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E CONSISTÊNCIA DOS DADOS INFORMADOS PELAS EQUIPES DAS | 50%                         | 40%                   |

|                         |  |                                  |   |  |  |
|-------------------------|--|----------------------------------|---|--|--|
|                         |  | POR SUAS RESPECTIVAS EQUIPES ESF | UBS;<br>MONITORAMENTO MENSAL POR UBS ATRAVÉS DO SISTEMA DE MONITORAMENTO PARA O PREVINE BRASIL;<br>ANÁLISE DOS NÓS CRÍTICOS PARA O ALCANCE DO INDICADOR;<br>GARANTIR OFERTA DE INSUMOS A ESTE PÚBLICO;<br>• SENSIBILIZAÇÃO DAS EQUIPES PARA ALCANCE DO INDICADOR. |  |  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p> | <p>O número de cadastros de hipertensos (35%) e diabéticos (45%) se manteve semelhante ao quadrimestre anterior, com diferença de um ponto percentual para menos. Pode-se considerar uma estabilidade e isso se deve às estratégias adotadas pelas coordenações envolvidas. Dentre as ações desenvolvidas, destacam-se a instituição no ano anterior dos indicadores de enfermagem pela Coordenação de Enfermagem, sendo possível observar um aumento significativo nos atendimentos aos pacientes com hipertensão e diabetes por esta categoria, bem como o trabalho executado pela equipe do ESUS na sala de monitoramento criada no 3º centro que tem contribuído para melhorar a qualidade dos cadastros e dos registros de informação. Dentre os desafios para o alcance do indicador, destacam-se a dificuldade de adesão destes pacientes à continuidade do acompanhamento e tratamento e a qualidade da informação, uma vez que os dados são obtidos através da Plataforma de Monitoramento do Previne Brasil e não são totalmente fidedignos, uma vez que foram identificadas inconsistências nos cadastros individuais dos pacientes com hipertensão e diabetes a exemplo da duplicidade de cadastros e erro de registro em relação ao diagnóstico. Além disso, o cálculo do indicador 06 ainda está sendo realizado com o denominador</p> |                                  |   |  |  |

|   |   |  |           |   |    |    |
|---|---|--|-----------|---|----|----|
|   | estimado da população com hipertensão, tornando o resultado de avaliação do Previne Brasil menor que o realizado e registrado pelos profissionais. No mais, as pessoas com hipertensão e diabetes continuam sendo acompanhadas pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde e recebendo os insumos necessários. |  |           |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                  | A coordenação buscará o fortalecimento do monitoramento dos indicadores específicos do Previne Brasil e do suporte às equipes de saúde, de modo a melhorar a adesão dos usuários ao acompanhamento na APS.  |  |           |   |    |    |
| 6.2 INSTITUIR LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL EM SOBREPESO E OBESIDADE | INSTITUIR LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL EM SOBREPESO E OBESIDADE   | LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL EM SOBREPESO E OBESIDADE IMPLANTADA MANTIDA | DE EM E E | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATUALIZAÇÃO DO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO SOBREPESO E OBESIDADE NO MUNICÍPIO;</li> <li>• QUALIFICAÇÃO DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS INSERIDOS NO ESUS;</li> <li>• CRIAÇÃO DE GRUPO TÉCNICO VISANDO A DISCUSSÃO E ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL PARA ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL EM SOBREPESO E OBESIDADE;</li> </ul> | 01 | 00 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | As Coordenações da Rede de Doenças Crônicas, Academias da saúde e Vigilância Alimentar e Nutricional conduziram o processo de construção desta Linha. Houve a identificação do perfil epidemiológico do sobrepeso e obesidade no município, bem como da demanda assistencial e                                    |  |           |   |    |    |

|  |   |   |   |     |     |
|--|---|---|---|-----|-----|
|  | capacidade instalada dos serviços voltados para este público. Ademais, o fluxo operativo de sobrepeso e obesidade no adulto foi construído e está em processo de discussão, bem como a estruturação de ambulatório multiprofissional especializado no CRIA. A última ação realizada neste ano foi a Capacitação com os profissionais da RAS em parceria com SESAU e equipe Hospital Alemão Oswaldo Cruz - Projeto Obesidade na APS PROADI SUS Ministério da Saúde / CGAN. Foi realizada reunião de articulação com o curso de Educação Física da UFAL para articular curso de medidas antropométricas para técnicos e auxiliares de enfermagem. |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                 | -Reprogramado para o próximo quadrimestre a implantação do CENTRO DE REFERÊNCIA EM CONDIÇÕES CRÔNICAS DE ARAPIRACA como uma das estratégias da Linha de cuidado municipal em sobrepeso e obesidade, bem como construção do Plano de enfrentamento de Sobrepeso e Obesidade (PESO). Reprogramada também a oferta do curso de medidas antropométricas para fortalecimento da qualidade da informação; apresentação e instituição da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade.  |   |   |     |     |
| 6.3 MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS HIPERTENSAS | MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS HIPERTENSAS COM PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA   | PERCENTUAL DE PESSOAS HIPERTENSAS COM PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA E AVALIAÇÃO EM CADA SEMESTRE.<br><br>FONTE: PREVINE BRASIL | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E CONSISTÊNCIA DOS DADOS INFORMADOS PELAS EQUIPES DAS UBS;</li> <li>• INCENTIVO AO RASTREAMENTO REGULAR DE PESSOAS COM FATORES DE RISCO PARA ESSAS DOENÇAS NA COMUNIDADE;</li> <li>• ANÁLISE DOS NÓS CRÍTICOS PARA O</li> </ul> | 50% | 35% |

|   |  |  |  |     |     |
|---|--|--|--|-----|-----|
|   |  |  | ALCANCE DO INDICADOR.  |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                | <p>Ressalta-se mais uma vez que as inconsistências nos cadastros individuais incidem diretamente nos cálculos, de modo que o percentual avaliado ainda não pode ser considerado um número real se comparado com o número de atendimentos. Para o indicador 06, o cálculo realizado pelo Ministério da Saúde considera a população estimada como denominador e neste caso, consideramos a população cadastrada para realizar o cálculo por se aproximar mais da realidade. O monitoramento é realizado por meio da plataforma do Previne Brasil, sendo o único instrumento que nos permite acompanhar esses dados diariamente. As estratégias de captação dos usuários e de melhoria nos registros estão sendo discutidas continuamente com os profissionais.</p> |  |  |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                |  |  |  |     |     |
| 6.4 MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS DIABÉTICAS | MONITORAR O INDICADOR DE PESSOAS DIABÉTICAS COM SOLICITAÇÃO DO EXAME DE HEMOGLOBINA GLICADA  | PERCENTUAL DE PESSOAS DIABÉTICAS COM SOLICITAÇÃO DO EXAME DE HEMOGLOBINA GLICADA NO ANO. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E CONSISTÊNCIA DOS DADOS INFORMADOS PELAS EQUIPES DAS UBS;</li> <li>• INCENTIVO AO RASTREAMENTO REGULAR DE PESSOAS COM FATORES DE RISCO</li> </ul> | 50% | 45% |
|   |  | FONTE: PREVINE BRASIL  |  |     |     |

|   |   |   |  |     |       |
|---|---|---|--|-----|-------|
|   |   |   | PARA ESSAS DOENÇAS NA COMUNIDADE;<br>• AVALIAÇÃO MENSAL DA MARCAÇÃO DA HEMOGLOBINA GLICADA EM PACIENTES DIABÉTICOS POR UBS;<br>• ANÁLISE DOS NÓS CRÍTICOS PARA O ALCANCE DO INDICADOR. |     |       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Em relação ao quadrimestre anterior, percebemos uma melhora no indicador. Para o indicador 07, passou-se a considerar o denominador informado (e não mais o estimado). As estratégias de captação e acompanhamento dos usuários e de melhoria nos registros serão retomadas. A estratégia da aba específica no SISREG para realização de hemoglobina glicada pelos pacientes com Diabetes continua possibilitando a realização do exame com mais agilidade, uma vez que o exame deve ser avaliado a cada 6 meses conforme solicitação para o indicador. |   |  |     |       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  |   |   |  |     |       |
| 6.5 MONITORAR A TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO | MONITORAR A TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) DCNTS (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS  | TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (DE 30 A 69 ANOS) PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. | • MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO AOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS REALIZADAS NAS UBS E ESCOLAS DO PSE;<br>• APOIO NAS   | 294 | 101,2 |

|                                  |  |  |   |  |  |
|----------------------------------|--|--|---|--|--|
| TRANSMISSÍVEIS                   | RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS).   |  | <p>AÇÕES ESPECÍFICAS DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE DCNT;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO DE INTERNAÇÕES PELAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT AO CONTROLE E AVALIAÇÃO;</li> <li>• MONITORAMENTO JUNTO A RUE À ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES INTERNADOS;</li> <li>• SOLICITAÇÃO PARA EPIDEMIOLOGIA DE RELATÓRIO MENSAL DOS ÓBITOS PELAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT.</li> </ul> |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 | Esta atividade não foi priorizada no primeiro quadrimestre devido ao surgimento de demandas não programadas.   |  |   |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> | Reprogramado para o próximo quadrimestre o fortalecimento do monitoramento dos serviços de Cardiologia do Hospital CHAMA junto à equipe de monitoramento da RUE e junto à equipe da Unidade Canafístula e ainda buscar multiplicar a referida estratégia para outras Unidades, de modo a melhorar a adesão dos usuários ao acompanhamento na APS. Programa-se ainda o fortalecimento do monitoramento dos indicadores específicos do Previne Brasil e a retomada do acompanhamento da classificação de risco cardiovascular nas UBS. |  |   |  |  |

|   |   |                                    |   |             |             |
|---|---|------------------------------------|---|-------------|-------------|
| <p>REALIZAR MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DA REDE DE ONCOLOGIA</p> <p>(ÁREA TÉCNICA)</p> | <p>MONITORAR OS SERVIÇOS DA REDE DE ONCOLOGIA</p>   | <p>MONITORAR 100% DOS SERVIÇOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● REDISCUTIR METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DOS SERVIÇOS JUNTO COM A SURCA;</li> <li>● REALIZAÇÃO DE NO MÍNIMO 01 VISITAS TÉCNICAS NO SERVIÇO DE UNACON MENSALMENTE;</li> <li>● ELABORAÇÃO BIMESTRAL DE RELATÓRIO DE ANÁLISE SITUACIONAL E DE PRODUÇÃO;</li> <li>● REALIZAÇÃO DE RELATÓRIO ANUAL PARA AVALIAÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS DE UNACON.</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>22%</p>  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Houve rediscussão junto a SURCAA sobre repactuação de metas, especialmente devido ao quadro observado no início do ano com diminuição de atendimentos devido ao atraso de repasse de recursos do estado, porém não houve elaboração de nova proposta para pactuação. As visitas foram realizadas pela coordenação bem como há semanalmente a visita da equipe de avaliação e monitoramento no serviço de oncologia ambulatorial e hospitalar. Apesar de avaliação mensal de relatórios de produção devido a demandas não programadas, não houve elaboração de relatório.</p> |                                    |   |             |             |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>É necessário avanço na repactuação de metas para uma melhor execução de serviços. Após reavaliação sugiro a retirada da última atividade do 1º e 2º quadrimestre, visto que esta é uma atividade anual.</p>  |                                    |   |             |             |
| <p>REALIZAR MONITORAMENTO</p>   | <p>MONITORAR 100% DOS ÓBITOS</p>  | <p>PERCENTUAL DOS ÓBITOS</p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● REALIZAÇÃO DE</li> </ul>   | <p>100%</p> | <p>100%</p> |

|   |   |   |  |                             |                       |
|---|---|---|--|-----------------------------|-----------------------|
| DOS ÓBITOS DOS 05 TIPOS DE CÂNCER DE MAIOR INCIDÊNCIA (ÁREA TÉCNICA)  | CAUSADOS PELOS 05 TIPOS DE CÂNCER DE MAIOR INCIDÊNCIA EM ARAPIRACA  | CAUSADOS PELOS 5 TIPOS DE CÂNCER DE MAIOR INCIDÊNCIA EM ARAPIRACA | MONITORAMENTO QUADRIMESTRAL DE ÓBITOS CAUSADOS PELOS 5 TIPOS DE CÂNCER DE MAIOR INCIDÊNCIA EM ARAPIRACA APRESENTADOS EM RELATÓRIO DE PRODUÇÃO. |                             |                       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Realizado monitoramento, através dos dados fornecidos mensalmente pelo Hospital CHAMA. Observa-se uma média mensal de aproximadamente 5 óbitos/mês, representando uma incidência média de aproximadamente 4,53% sob as internações. Avaliando os 05 tipos de câncer de maior incidência em Arapiraca é observado uma incidência de óbito de aproximadamente 42% sob os óbitos totais.                               |   |  |                             |                       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Diante de tais dados é necessário traçar estratégias para redução de óbitos, para além da avaliação dos óbitos hospitalares de pacientes que já adentraram o serviço é de extrema importância avaliar a possibilidade de monitoramento dos óbitos que ocorrem em ambiente extra-hospitalar e que ocorreram em portas hospitalares de urgência clínica que não tiveram seu acesso ao serviço de oncologia garantido. |   |  |                             |                       |
| <p><b>DIRETRIZ III:</b> Ampliação do Acesso e Aperfeiçoamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada</p> <p><b>OBJETIVO 7:</b> Qualificar, aperfeiçoar e ampliar o acesso dos usuários à Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, no território do município.</p> <p><b>SUBFUNÇÕES:</b> Atenção Básica/ Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p> |   |   |  |                             |                       |
| <b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b>   | <b>DESCRIÇÃO DA META</b>  | <b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b>           | <b>ATIVIDADES</b>  | <b>META PREVISTA A 2023</b> | <b>META EXECUTADA</b> |

|                                     |  |                                |   |     |     |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|---|-----|-----|
|                                     |  |                                |   |     |     |
| 7.1 QUALIFICAR O ATENDIMENTO DO SAD | QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DO SAD   | NÚMERO DE EQUIPES QUALIFICADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>● REALIZAR REUNIÕES COM A EQUIPE QUADRIMESTRALMENTE PARA LEVANTAR AS FORTALEZAS E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS NO SERVIÇO;</li> <li>● APRESENTAR PARA IMPLANTAÇÃO DO NOVO SISTEMA DE ATENDIMENTO DO SAD;</li> <li>● ESTIMULAR A REALIZAÇÃO MATRICIAMENTO DE 01 USF MENSAL;</li> <li>● INSERIR EQUIPE SAD NAS RODAS DE CONVERSAS COM A REDE MUNICIPAL</li> </ul> | 03  | 02  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                    | Realizada reunião com toda equipe de referência do serviço onde foi apresentada todas as fortalezas e fragilidades. A equipe não conseguiu avançar com a programação do matriciamento. Sistema de produção aguardando liberação da coordenação para implantação. |                                |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>    | Reprogramada implantação do sistema de produção para 2º quadrimestre, solicitado a equipe programação do matriciamento.  |                                |   |     |     |
| 7.2 QUALIFICAR A                    | IMPLANTAR UM   | PERCENTUAL DE                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ELABORAR O PROJETO DE</li> </ul>   | 40% | 40% |

|   |   |  |   |    |    |
|---|---|--|---|----|----|
| REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE              | PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE GESTÃO MUNICIPAL  | UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS COM O PROJETO DE INTERVENÇÃO IMPLANTADO                       | INTERVENÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE GESTÃO MUNICIPAL;<br>• APRESENTAR PROTÓTIPO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA SUPERINTENDÊNCIA E SECRETARIA DE SAÚDE. |    |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Foi elaborado o projeto “QUALIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS DA GESTÃO MUNICIPAL, ATRAVÉS DA INFORMATIZAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EFETIVA”, este foi encaminhado para a superintendência e secretaria de saúde. |  |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                  | Apresentar projeto para superintendência e secretaria para discutirmos aplicabilidade do projeto.   |  |   |    |    |
| 7.3 IMPLANTAR O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS UNIDADES ESPECIALIZADAS | INFORMATIZAR 10 UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.  | NÚMERO DE UNIDADES ESPECIALIZADAS INFORMATIZADAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO | • ATUALIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE EQUIPAMENTOS E INFRAESTRUTURA TECNOLÓGICA E RH DAS UNIDADES ESPECIALIZADAS DO MUNICÍPIO.  | 03 | 01 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | O Centro de Especialidades Odontológica foi informatizado e o projeto “QUALIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS DA GESTÃO MUNICIPAL, ATRAVÉS DA INFORMATIZAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REFERÊNCIA E   |  |   |    |    |

|   |   |   |  |    |   |
|---|---|---|--|----|---|
|   | CONTRARREFERÊNCIA EFETIVA”.Apresento às necessidades de equipamentos e infraestrutura tecnológica para informatizamos o CRIA e o Espaço Nascer.                   |   |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Apresentar projeto para superintendente e secretaria para discutirmos aplicabilidade do projeto.  |   |  |    |   |
| 7.4 PROMOVER AÇÕES DESCENTRALIZADAS PARA AS UBS, DE FORMA REGULAR, DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (OFERTA DE EXAMES E CONSULTAS) | REALIZAR AÇÕES DESCENTRALIZADAS PARA AS UBS, DE FORMA REGULAR, DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS CONFORME DEMANDAS REPRIMIDAS E PRIORIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | NÚMERO DE UBS CONTEMPLADAS COM AÇÕES DESCENTRALIZADAS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATUALIZAÇÃO DAS DEMANDAS REPRIMIDAS DE EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS DAS UBS;</li> <li>• DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES JUNTO A SUPERINTENDENTE DA SAS E DIRETORIA DA ATENÇÃO BÁSICA CONFORME DEMANDA REPRIMIDA;</li> <li>• ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE TRABALHO COM AS ESTRATÉGIAS E DEFINIÇÃO DE CRONOGRAMA PARA DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES;</li> <li>• APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO A SECRETARIA DE SAÚDE E PREFEITO.</li> </ul> | 15 | 0 |

|  |   |   |  |      |      |
|--|---|---|--|------|------|
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foi realizada atualização da demanda reprimida de consultas e exames das UBS, ainda é necessário selecionarmos as Unidades que serão contempladas no decorrer deste ano, além de identificarmos as especialidades que necessitarão de seguimento. |   |  |      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Articular reunião técnica com superintendente e diretora da atenção primária para definirmos as unidades que serão contempladas este ano, conforme levantamento da demanda deprimida.   |   |  |      |      |
| 7.5 GARANTIR ACESSO AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO CTA/SAE      | GARANTIR ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO CTA/SAE QUE NECESSITEM DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA   | PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO CTA/SAE QUE NECESSITEM DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA | <ul style="list-style-type: none"> <li>ACOMPANHAMENTO DOS ATENDIMENTOS NAS UBS DE REFERÊNCIA DOS PACIENTES.</li> </ul>                           | 100% | 100% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Com a inauguração do novo prédio do CTA/SAE foi possível a instalação de um consultório Odontológico no próprio serviço, implantação de uma equipe de Saúde Bucal, garantindo assim o acesso ao atendimento odontológico de todos os pacientes.   |   |  |      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Realizar o monitoramento das ações da equipe de Saúde Bucal.  |   |  |      |      |
| 7.6 AMPLIAR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO | AMPLIAR A EQUIPE DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO  | NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS PARA AMPLIAR OS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NO CEO                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ACOMPANHAMENTO DAS DEMANDAS E NECESSIDADES DAS ESPECIALIDADES APÓS AS CONTRATAÇÕES REALIZADAS.</li> </ul> | 01   | 0    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Com as contratações realizadas anteriormente (04 especialistas) as demandas foram diminuídas  |   |  |      |      |
| <b>AÇÃO</b>  | Continuar com o monitoramento para contratar a especialidade necessária para maior demanda  |   |  |      |      |

|  |  |  |  |    |   |
|--|--|--|--|----|---|
| <b>PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | identificada.  |  |  |    |   |
| 7.7 GARANTIR O SERVIÇO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, NÃO TRAUMÁTICAS, INCLUINDO FINS DE SEMANA E FERIADOS | PROMOVER IMPLANTAÇÃO DE 01 SERVIÇO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, NÃO TRAUMÁTICAS, INCLUINDO FINS DE SEMANA E FERIADOS | NÚMERO DE SERVIÇO PARA ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA IMPLANTADO E MANTIDO NO MUNICÍPIO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• APRESENTAÇÃO A GESTÃO DE UMA PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO MUNICIPAL, UMA VEZ QUE JÁ EXISTE PARCIALMENTE ESSE SERVIÇO ESTADUAL.</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM A RUE, DE UMA VISITA AO HOSPITAL, QUE SERIA A REFERÊNCIA PARA AS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Meta não atingida, a proposta ainda não foi apresentada  |  |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Sensibilizar a gestão sobre a necessidade de implantação do serviço Municipal.   |  |  |    |   |

**DIRETRIZ V:** Qualificação da Assistência Farmacêutica, Gestão da Logística de Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Insumos para a Saúde

**OBJETIVO 9:** Qualificar a Assistência Farmacêutica desenvolvendo ações para o uso racional dos medicamentos e ampliação do acesso à população.

**SUBFUNÇÕES:** Suporte Profilático e Terapêutico

| AÇÃO PRIORITÁRIA                                    | DESCRIÇÃO DA META   | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|---|---|--|---|--------------------|----------------|
| 9.1 IMPLANTAR O SISTEMA HÓRUS NAS UNIDADES DE SAÚDE | INFORMATIZAR AS FARMÁCIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA HÓRUS | PERCENTUAL DE UBS COM SISTEMA HÓRUS INSTALADO    | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DE UM PROJETO PILOTO NAS UNIDADES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA, NO SEGUNDO QUADRIMESTRE EXPANDIR PARA AS UBS</li> <li>AQUISIÇÃO DE INSUMOS DE INFORMÁTICA (COMPUTADORES E IMPRESSORAS), BEM COMO PROVEDOR DE INTERNET PARA AS UNIDADES REFERENTES A IMPLANTAÇÃO DO</li> </ul> | 50%                | 2%             |

|  |   |   |  |      |    |
|--|---|---|--|------|----|
|  |   |   | SISTEMA;   |      |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Iniciamos o piloto do hórus no Complexo Multiprofissional e já estamos iniciando no CRIA. A implantação do sistema tem trazido um grande avanço tanto na parte da gestão, como na dispensação para os usuários. |   |  |      |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Terminar a implantação da especializada com o CAPS e continuar com o processo de implantação nas UBS.Os farmacêuticos da CAF, Complexo, CRIA e CAPS serão os multiplicadores na implantação e treinamento       |   |  |      |    |
| 9.2 DESCENTRALIZAR OS MEDICAMENTOS CONTROLADOS NOS PRINCIPAIS CENTROS DE SAÚDE | GARANTIR PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS NAS UNIDADES DE SAÚDE PARA DESCENTRALIZAÇÃO DE CONTROLADOS (PORTARIA 344/98)   | NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM PROFISSIONAL FARMACÊUTICO (1º, 2º, 3º, 4º E 5º CENTRO)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAR OS GESTORES PARA A CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS PARA POSSÍVEL EXECUÇÃO DA AÇÃO.</li> </ul>                     | 01   | 0  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Ação proposta não realizada devido à ausência de farmacêutico nos centros de saúde.   |   |  |      |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Necessidade de contratação de farmacêuticos para dispensação de medicamentos controlados como orienta a portaria 344/98.  |   |  |      |    |
| 9.3 PROMOVER O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E FACILITAÇÃO DO ACESSO AOS MESMOS | DESENVOLVER AÇÕES NAS UNIDADES DE SAÚDE SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS  | PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE DESENVOLVENDO AÇÕES DE PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO DOS USUÁRIOS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUANTO AOS PROBLEMAS QUE ESTÃO EXPOSTOS QUANTO AO USO IRRACIONAL DE</li> </ul> | 100% | 0% |

|  |   |   |   |      |       |
|--|---|---|---|------|-------|
|  |   |   | MEDICAMENTOS.   |      |       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Não executada devido à ausência de farmacêuticos nas unidades de saúde  |   |   |      |       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                             | Combinar parcerias com os profissionais de saúde das UBS e reprogramar meta para o segundo quadrimestre.                            |   |   |      |       |
| 9.4 AMPLIAR A OFERTA DE MEDICAMENTOS                         | PROMOVER AÇÕES PARA REVISÃO DA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - REMUME  | PERCENTUAL DO ELENCO DE MEDICAMENTOS CONTIDO NA REMUME REVISADO   | <ul style="list-style-type: none"> <li>REVISÃO E ADEQUAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS, AJUSTANDO-A ÀS NECESSIDADES LOCAIS A UM CUSTO RACIONAL.</li> </ul> | 100% | 100%  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Conseguimos revisar e incluir vários medicamentos na REMUME no primeiro quadrimestre tanto na atenção básica como na especializada. |   |   |      |       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                             | Manter meta.  |   |   |      |       |
| 9.5 GARANTIR OFERTA REGULAR DE MEDICAÇÕES DA FARMÁCIA BÁSICA | GARANTIR O ACESSO REGULAR AOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PELA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME)                             | PERCENTUAL DE DISPONIBILIDADE OPORTUNA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS | <ul style="list-style-type: none"> <li>AQUISIÇÃO DE TODO O ELENCO MUNICIPAL ATRAVÉS DO CONSORCIO(CONISUL)</li> </ul>  | 100% | 84,2% |

| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Todo o elenco municipal foi licitado, porém houve muito cancelamento pelos fornecedores, como também falta de matéria prima |   |   |                           |                       |
|---|---|---|---|---------------------------|-----------------------|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter meta.  |   |   |                           |                       |
| <p><b>DIRETRIZ X:</b> Integração das ações e serviços de Saúde para o enfrentamento à COVID-19<br/>Estabelecimento de ações e serviços de saúde voltados ao enfrentamento do novo coronavírus no município, primando pela assistência qualificada, resposta oportuna, avaliação de risco e adoção de medidas pertinentes.</p> <p><b>OBJETIVO 21:</b> Garantir Assistência à Saúde da população, voltada ao enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus, no território do município.</p> <p><b>SUBFUNÇÕES:</b> Atenção Básica/ Assistência Hospitalar e Ambulatorial</p> |   |   |   |                           |                       |
| <b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b>   | <b>DESCRIÇÃO DA META</b>  | <b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b> | <b>ATIVIDADES</b>   | <b>META PREVISTA 2023</b> | <b>META EXECUTADA</b> |
| 21.1 QUALIFICAR A REDE DE REFERÊNCIA NO ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS  | QUALIFICAR A REDE DE REFERÊNCIA NO ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS   | PERCENTUAL DE AÇÕES VOLTADAS AO ENFRENTAMENTO COVID-19  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• GARANTIA DA EQUIPE MÍNIMA E INSUMOS EM SUFICIÊNCIA PARA PROMOVER UMA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA E RESOLUTIVA;</li> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DAS ESF SOBRE A IMPORTÂNCIA DE</li> </ul> | 100%                      | 100%                  |

|                                  |  |  |   |  |  |
|----------------------------------|--|--|---|--|--|
|                                  |  |  | ACOLHER E ATENDER OS PACIENTES COM SRAG EM SUAS UNIDADES DE REFERÊNCIA E O ENCAMINHAR DE FORMA RESPONSÁVEL E REGULADA PARA A REDE HOSPITALAR OS PACIENTES CRÍTICOS. |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 | Ao longo do 1º quadrimestre foi executada as atividades com garantia da equipe mínima e insumos em suficiência para promover uma assistência qualificada e resolutiva; sensibilização das ESF sobre a importância de acolher e atender os pacientes com SRAG em suas unidades de referência e o encaminhar de forma responsável e regulada para a rede hospitalar os pacientes críticos. Além disso, o serviço vem sendo ampliado para o atendimento de Síndromes Gripais e Influenza. |  |   |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> |  |  |   |  |  |

**SUPERINTEDÊNCIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA - SURCAA**

**AVALIAÇÃO AÇÕES DE SAÚDE - 1º QUADRIMESTRE ANO 2023**

**DIRETRIZ IV:** Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do Acesso aos usuários, dos Serviços e sobre o Sistema de Saúde.

**OBJETIVO 8:** Garantir a adequada prestação de serviços à população com organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, exercendo o monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos Sistemas de Saúde no município.

**SUBFUNÇÃO:** Assistência Hospitalar e Ambulatorial

| AÇÃO PRIORITÁRIA   | DESCRIÇÃO DA META  | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | ATIVIDADES  | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|--|--|--|---|--------------------|----------------|
| 8.1 MELHORAR O ACESSO DOS USUÁRIOS AS CIRURGIAS ELETIVAS | AUMENTAR A OFERTA DE CIRURGIAS ELETIVAS (Nº CIR.ELETI. 2019 – (3675) + 5%/ANO) | PERCENTUAL DE CIRURGIAS OFERTADAS                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• LEVANTAMENTO DA QUANTIDADE DE CIRURGIAS OFERTADAS, NO ANO ANTERIOR AO VIGENTE;</li> <li>• LEVANTAMENTO DAS DEMANDAS REPRIMIDAS POR UNIDADE DE SAÚDE;</li> <li>• ESTUDO PARA DISPONIBILIDADE DE RECURSOS VOLTADOS PARA CUSTEIO DAS CIRURGIAS;</li> <li>• APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE</li> </ul> | 5%                 | 0              |

|  |  |   |   |      |     |
|--|--|---|---|------|-----|
|  |  |   | <p>AUMENTO AO GESTOR NA TOMADA DE DECISÕES;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TRABALHAR A PORTARIA DE CIRURGIAS ELETIVAS QUANDO EDITADA E PUBLICADO;</li> <li>• IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS E FLUXO DE ACESSO AS CIRURGIAS.</li> </ul> |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                           | <p>Fizemos o comparativo nos períodos de janeiro a março de 2022 foram feitas 906 cirurgias, no mesmo período de 2023 foram realizadas 679. Tabulamos as cirurgias realizadas por: município de residência, município de realização, caráter de atendimento eletivo, financiamento MAC, grupo 04 e excluimos da seleção os partos cesáreos. A tabulação é realizada no ambulatório e hospitalar, sendo no ambulatório destaque para as cirurgias de cataratas. De acordo com o comparativo do 1 quadrimestre de 2022 (906) houve um decréscimo de 25%, tal baixa se deu devido as paralizações do Programa Mais Saúde Especialidade e fechamento do Hospital Nossa Senhora de Fátima (HNSF).</p> |   |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>           | <p>Aumentar a disponibilidade das cirurgias eletivas nas Unidades hospitalares conveniadas ao SUS</p>  |   |   |      |     |
| 8.2 MELHORAR A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG | APRIMORAR A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG  | PERCENTUAL DA MELHORIA DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR | <ul style="list-style-type: none"> <li>• LEVANTAMENTO/ SOLICITAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS PARA OS MARCADORES E QUALIDADE TÉCNICA DA INTERNET;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÃO COM OS OPERADORES DO</li> </ul>                        | 100% | 25% |

|   |   |  |  |    |    |
|---|---|--|--|----|----|
|   |   |  | SISREG;<br><br>• MONITORAMENTO DOS PROBLEMAS APRESENTADOS PELOS SOLICITANTES/EXECUTORES DO SISTEMA, MENSALMENTE.   |    |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | No 1º quadrimestre de 2023 foi dada continuidade as reuniões com os marcadores das UBS para alinhar processo de trabalho e discutir melhorias para o serviço  |  |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Realizar levantamento de equipamentos necessários para o desenvolvimento dos trabalhos nas UBS. Dar continuidade as reuniões mensais com os marcadores  |  |  |    |    |
| 8.3 AMPLIAR O ACESSO DOS USUÁRIOS A EXAMES E CONSULTAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE | AUMENTAR A OFERTA DE EXAMES E CONSULTAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE:<br>(CONSULTAS PRIORITÁRIAS – OFTALMOLOGIA, UROLOGIA, ANGIOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORRINO E CIRURGIA GERAL.<br>EXAMES: ULTRASSONOGRAFIAS, ENDOSCOPIA, MAMOGRAFIAS, | PERCENTUAL DE EXAMES E CONSULTAS OFERTADOS | • LEVANTAMENTO DA QUANTIDADE DE EXAMES OFERTADOS;<br>• LEVANTAMENTO DA DEMANDA REPRIMIDA POR UNIDADE DE SAÚDE;<br>• ESTUDO SOBRE A DISPONIBILIDADE DE RECURSOS PELA PORTARIA 1631/2015 VOLTADOS PARA O CUSTEIO DE EXAMES;<br>• APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE AUMENTO AO GESTOR PARA TOMADA DE DECISÃO;<br>• IMPLANTAÇÃO DE | 5% | 1% |

|   |  |  |  |    |   |
|---|--|--|--|----|---|
|   | CITOLOGIAS, RESSONÂNCIAS E TOMOGRAFIAS) (NECESSIDADE CALCULADA NA PT 1631/2015 + 5% AO ANO)  |  | PROTOCOLOS DE ACESSO AOS EXAMES;<br>• MONITORAMENTO MENSAL DOS AGENDAMENTOS PELO SISTEMA.  |    |   |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Os cálculos da necessidade/mês da população, conforme Portaria nº 1631/2015 é de: Consultas em Oftalmologia = 10.720/1.810, Urologia = 2.720/342, Angiologia = 1.320/308, Endocrinologia = 1.944/266, Ortopedia = 11.652/2460, Otorrinolaringologia = 2.796/1.022 e Cirurgia Geral = 3.572/26. Exames de: Ultrassonografias = 14.832/7.278, Endoscopias = 1.632/587, Mamografias = 3.924/2.129, Citologias = 3.436/1.362, Ressonâncias = 2.464/1.172 e Tomografias = 2.600/3.060. Fizemos avaliação conforme relatórios disponibilizados. As consultas e exames foram avaliadas de acordo com o agendamento no SISREG (4 meses) e observamos que não houve aumento nenhum na oferta. Detectamos que o único procedimento que foi ofertado acima da necessidade é a tomografia em torno de 17,7%. |  |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                    | Todos os estudos necessários, inclusive financeiro, já foram realizados, faltando dentre as atividades programadas, implantar um protocolo de acesso e recurso financeiro para aumentar a oferta, haja vista, que o valor praticado não é valor SUS.<br>Obs. As quantidades necessárias e agendadas são referentes a 4 meses com exceção da Citologia (3 meses).   |  |  |    |   |
| 8.4 REDUZIR O ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS E EXAMES MARCADOS | REDUZIR O ÍNDICE DE ABSENTEISMO NAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS OFERTADAS E NOS EXAMES OFERTADOS. (REDUÇÃO DE 5% DO ÍNDICE POR ANO) (EXAMES:  | PERCENTUAL DE REDUÇÃO DO ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO (PROPORÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES AGENDADOS E CONFIRMADOS) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESTUDO SOBRE O ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO ATUAL ÀS CONSULTAS E EXAMES MARCADOS;</li> <li>• LEVANTAMENTO SOBRE MEDIDAS A SEREM TOMADAS NA REGULAÇÃO DAS MARCAÇÕES;</li> <li>• PADRONIZAÇÃO</li> </ul> | 5% | 0 |

|  |   |  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
|  | <p>PATOLOGIA CLÍNICA, ULTRASSONOGRAFIA E CONSULTAS EM OFTALMOLOGIA) (PROCEDIMENTOS AGENDADOS NO SISREG X PROCEDIMENTOS CONFIRMADOS NO SISREG)</p> |  | <p>JUNTO A SAS DE FORMA DE ENTREGA/AVISO DE MARCAÇÕES AOS USUÁRIOS DAS UNIDADES EM TEMPO HÁBIL;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS UNIDADES PARA CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DE NÃO FALTAR AS CONSULTAS E EXAMES AGENDADOS;</li> <li>• PRIORIZAÇÃO DA COBRANÇA DE CONFIRMAÇÃO NO SISTEMA SISREG, POR PARTE DO PRESTADOR, DO PROCEDIMENTO EXECUTADO;</li> <li>• DEFINIÇÃO DO TEMPO LIMITE PARA UM REAGENDAMENTO.</li> </ul> |  |  |
|--|---|--|---|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                 | <p>Sentimos dificuldade para executar esta ação, por conta do não compromisso, embora cobrado constantemente, da confirmação dos procedimentos executados pelos prestadores, principalmente as unidades públicas. Observamos um absenteísmo em torno de 23,7% (todos lab.) (agendados – 219.476, realizados 167.502 – faltosos 51.974) no serviço de Patologia Clínica. Em relação as ultrassonografias o absenteísmo detectado foi de 25,1%. (agendados 7.278, realizados 5.451 – faltosos 1.827) e nas Consultas de Oftalmologia de 61,5% (agendados 1.810, confirmados 697 – faltosos 1.113). Para calcular o percentual de redução, comparando os anos: PC em 2022 atingiu 38% de abs; em 2023 atingiu 23%. Ultrassonografia em 2022 atingiu 33%; em 2023 atingiu 25%. Calculando a média dos dois anos chegamos a 35,5% em 2022 e 24% em 2023 que é equivalente a uma redução de 11%.</p> |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p> | <p>Embora tenhamos conhecimento do problema da confirmação, ficamos inibidos diante do prestador privado de colocar as atividades programas para uma cobrança mais rigorosa, devido a não fazermos o nosso trabalho de casa como gestores, não praticando o que seria de nossa competência, tais como: convencimento do usuário de não faltar, oferta de serviços suficientes, todos procedimentos devidamente regulados, etc.</p>   |

|  |  |  |   |             |           |
|--|--|--|---|-------------|-----------|
| <p>8.5 EFETIVAR A CONTRATUALIZAÇÃO DE TODAS AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE GARANTINDO O ACESSO E A QUALIDADE DO SERVIÇO</p> | <p>CONTRATAR 100% DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. (URGÊNCIA, CEGONHA, ONCOLOGIA, NEFROLOGIA REABILITAÇÃO)</p>  | <p>PERCENTUAL DE SERVIÇOS COM CONTRATOS FIRMADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ELENCAR E ORGANIZAR DOCUMENTAÇÃO QUE IRÁ SUBSIDIAR A INSERÇÃO DAS REDES NA CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS;</li> <li>CONSTRUÇÃO DE DOCUMENTO DESCRITIVO, APÓS CONTRATUALIZAÇÃO MUNICIPAL, ELECANDO METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS PARA OS SERVIÇOS INCENTIVADOS POR REDE DE ATENÇÃO</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>6%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>No 1º quadrimestre só conseguimos construir o instrumento de contratualização dos serviços de reabilitação, que serão executados a partir de junho/2023 (assinatura). Os demais contratos ainda não avançamos na construção da minuta de contrato como também no descritivo, sendo uma ação de prioridade para o 2º quadrimestre de 2023.</p> |  |   |             |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Construção da minuta de contrato das redes assistenciais com prioridade.</p>  |  |   |             |           |

|   |   |  |  |           |           |
|---|---|--|--|-----------|-----------|
| <p>8.6 IMPLANTAR E FORNECER SISTEMA DE MONITORAMENTO QUE PERMITA UMA ÚNICA VINCULAÇÃO AOS CER'S DO MUNICÍPIO NAS MODALIDADES REABILITAÇÃO E OPM, APÓS CONTRATAÇÃO, EXCETUANDO OS USUÁRIOS COM NECESSIDADES VISUAIS E DE EQUOTERAPIA</p> | <p>IMPLANTAR SISTEMA DE MONITORAMENTO</p>   | <p>SISTEMA DE MONITORAMENTO IMPLANTADO</p> | <p>DE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE MONITORAMENTO AO GTINFO;</li> <li>• ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA PELOS SERVIÇOS;</li> <li>• MONITORAMENTO DAS AÇÕES.</li> </ul> | <p>01</p> | <p>01</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Sistema já concluído e em fase de implantação junto aos CERs do município de Arapiraca. O monitoramento que atualmente é executado pelos técnicos da SURCAA deixará de ser manual para ser executado pelo sistema com emissão de certidão no momento da vinculação e emissão de relatório.</p> |  |  |           |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Apresentação do Sistema para prestadores de serviços (CER), treinamentos dos técnicos responsáveis pelos registros dos dados dos pacientes no momento da vinculação.</p>   |  |  |           |           |
| <p>8.7 OFERTAR CIRURGIAS DE LAQUEADURA E VASECTOMIA</p>   | <p>HABILITAR E MONITORAR SERVIÇO DE REFERENCIA PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA</p>   | <p>SERVIÇO HABILITADO E MONITORADO</p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CRIAÇÃO DE PROJETO DE HABILITAÇÃO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA HUMANA, EM PARCERIA COM A COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER.</li> </ul>   | <p>01</p> | <p>0</p>  |

|  |  |   |  |    |   |
|--|--|---|--|----|---|
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Aprovada a Lei 14.443/2022 que flexibiliza as regras para a laqueadura e vasectomia, permitindo a esterilização voluntária de pessoas em situação de vulnerabilidade social, redução da idade mínima de 25 para 21 anos, esterilização voluntária após o parto e que esta esterilização independe do consentimento do cônjuge. Porém, ainda não conseguimos prestador para habilitação para realização dos procedimentos e por esse motivo conversaremos com a área afim para dar prosseguimento ao projeto pensado para solicitação de habilitação. |   |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Realizar proposta de habilitação para os prestadores conveniados ao SUS para viabilizar a habilitação.   |   |  |    |   |
| 8.8 AUMENTAR A OFERTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS COMO UROLOGISTA, ANGIOLOGISTA, ENTRE OUTROS | CONTRATAR MÉDICOS ESPECIALISTAS UROLOGISTA, ANGIOLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA PARA ATENDIMENTO DOS PARÂMETROS ASSISTENCIAIS PARA O MUNICÍPIO  | NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS EM ANGIOLOGIA – 2, UROLOGIA – 6 | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE NECESSIDADE, EMBASADO NA PORTARIA 1631/2015, NAS ESPECIALIDADES DESTACADAS;</li> <li>OBSERVAÇÃO DA CAPACIDADE FINANCEIRA PARA CONTRATAÇÃO DOS ESPECIALISTAS.</li> </ul> | 02 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | A necessidade da população é de profissionais: Angiologistas – 3, Endocrinologistas -3 e Urologistas – 7, todos com 40h, conforme Portaria nº 1631/2015. Já temos os profissionais Endocrinologistas, porém a oferta de consultas ainda não é suficiente conforme a necessidade (486/193). Ficaram como prioridades Angiologia e Urologia. Desse modo, a meta não foi atingida, tendo em vista que as referidas especialidades não foram contempladas na necessidade de profissionais.   |   |  |    |   |

|   |   |  |  |    |   |
|---|---|--|--|----|---|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Comunicar a gestão e a Superintendência de RH da necessidade. Alertar a Coordenação da Atenção Especializada/SAS sobre a redução de oferta das consultas especializadas em endocrinologia, haja vista que, a quantidade de profissionais é a estabelecida conforme parâmetros do MS, porém a oferta de consultas só é 39% da necessidade estabelecida na mesma Portaria que define os parâmetros. |  |  |    |   |
| 8.9 AUMENTAR A OFERTA DE CONSULTAS OFTALMOLÓGICAS (DETECÇÃO PRECOCE DO GLAUCOMA, PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E POPULAÇÃO EM GERAL) | AUMENTAR A OFERTA DE CONSULTAS OFTALMOLOGICAS (DETECÇÃO PRECOCE DO GLAUCOMA, PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS E POPULAÇÃO EM GERAL)   | A PERCENTUAL DE AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE CONSULTAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESTUDO DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTOS EM GLAUCOMA;</li> <li>• ESTUDO DA OFERTA DE SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO EM GLAUCOMA;</li> <li>• ESTUDO DA VIABILIDADE FINANCEIRA PARA EXECUÇÃO DO PROJETO.</li> </ul> | 5% | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Continuamos sem a possibilidade de fechar o cálculo da real necessidade da população das consultas de Glaucoma. Em relação as consultas de oftalmologia geral, a oferta que temos é de 759 para uma necessidade calculada de 2.680, faltando 1.921 para se adequar. A oferta é de 28,32% da necessidade.  |  |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Não priorizamos a ação.   |  |  |    |   |

|   |   |   |  |             |              |
|---|---|---|--|-------------|--------------|
| <p>8.10 CONTRATAR O<br/>PROFISSIONAL<br/>GERIATRA PARA<br/>ASSISTÊNCIA DA<br/>POPULAÇÃO IDOSA</p> | <p>CONTARTAR<br/>PROFISSIONAL<br/>GERIATRA</p>  | <p>PROFISSIONAL<br/>CONTRATADO</p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESTUDO DA<br/>NECESSIDADE,<br/>CONFORME PORTARIA<br/>1631/2015;</li> <li>• ENCAMINHAMENT<br/>O A SUPERINTENDÊNCIA<br/>DE GESTÃO DE PESSOAS<br/>DA NECESSIDADE PARA<br/>CONTRATAÇÃO E<br/>DISPONIBILIDADE<br/>FINANCEIRA.</li> </ul>   | <p>01</p>   | <p>01</p>    |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Contratado médica geriatra para atendimento dos munícipes de Arapiraca, sob regulação através do SISREG. A contratação se deu através da Superintendência de Recursos Humanos.</p> |   |  |             |              |
| <p><b>AÇÃO<br/>PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Manter agendamento e realização de consultas ambulatoriais para geriatra sob regulação do SISREG.</p>  |   |  |             |              |
| <p>8.11 IMPLEMENTAR E<br/>MONITORAR A<br/>REGULAÇÃO DE<br/>FISIOTERAPIA<br/>AMBULATORIAL</p>      | <p>IMPLANTAR/MONITORAR A<br/>REGULAÇÃO DE<br/>SERVIÇOS DE<br/>FISIOTERAPIA</p>  | <p>PERCENTUAL DE SERVIÇOS<br/>MONITORADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DE<br/>CRONOGRAMA DE<br/>VISITAS BIMESTRAIS<br/>AOS SERVIÇOS DE<br/>FISIOTERAPIA;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO<br/>COM GERAÇÃO DE<br/>RELATÓRIOS;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO<br/>O DAS ALTERAÇÕES DAS<br/>PACTUAÇÕES EM PPI E<br/>SISTEMA DE<br/>REGULAÇÃO.</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>33,3%</p> |

|   |   |                      |   |    |    |
|---|---|----------------------|---|----|----|
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Tornou-se uma atividade de rotina, onde mensalmente é realizada a avaliação da produção apresentada pelos técnicos da SURCAA. |                      |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Dar continuidade ao monitoramento mensal.   |                      |   |    |    |
| 8.12 AMPLIAR A REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM A IMPLANTAÇÃO DA REGULAÇÃO HOSPITALAR | IMPLANTAR REGULAÇÃO HOSPITALAR  | A SISTEMA IMPLANTADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATUALIZAÇÃO DO PROJETO JÁ EXISTENTE COM TODOS OS LEVANTAMENTOS NECESSÁRIOS E IMPACTO FINANCEIRO PARA ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO ;</li> <li>• APRESENTAÇÃO AO GESTOR PARA TOMADA DE DECISÃO;</li> <li>• IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO.</li> </ul> | 01 | 01 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Implantação do Sistema de Regulação Hospitalar realizado em fevereiro de 2023.  |                      |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Ampliação das ações do sistema de regulação para outros serviços regulados pela SMS.  |                      |   |    |    |

|  |  |  |   |            |          |
|--|--|--|---|------------|----------|
| <p>8.13 AMPLIAR E REPROGRAMAR A OFERTA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE A POPULAÇÃO RESIDENTE</p> | <p>AMPLIAR E REPROGRAMAR A OFERTA DE PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE A POPULAÇÃO RESIDENTE NOS SERVIÇOS DE ULTRASSONOGRAFIAS E RESSONÂNCIAS</p>   | <p>PERCENTUAL DE AMPLIAÇÃO REPROGRAMAÇÃO DA OFERTA DE PROCEDIMENTOS EM 50%</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• LEVANTAMENTO DAS QUANTIDADES E TIPOS DE PROCEDIMENTOS OFERTADOS AOS MUNÍCIPIES DE ARAPIRACA;</li> <li>• ESTUDO DA NECESSIDADE EMBASADO NA PORTARIA 1631/2015;</li> <li>• ESTUDO DO IMPACTO FINANCEIRO ATUAL E COM O AUMENTO DA OFERTA;</li> <li>• ESTUDO DA DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS PARA A DEVIDA OFERTA DA NECESSIDADE;</li> <li>• APRESENTAÇÃO AO GESTOR PARA TOMADA DE DECISÕES.</li> </ul> | <p>15%</p> | <p>0</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Após consenso em comum acordo, detectamos que os exames com um índice mais alto de reclamação da dificuldade para conseguir pela população, são Ultrassonografias e Ressonâncias. Conforme a Portaria nº 1631/2015, a necessidade de Ultrassonografias = 3.708/mês, onde 3.226 é considerada convencional e 482 para as gestantes; em relação as Ressonâncias = 616/mês. Neste 1º Quadrimestre observamos a oferta de 49,06% da necessidade real de Ultrassonografias e 47,56% de Ressonância necessária para a população de Arapiraca.</p> |  |   |            |          |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Levar a gestora os estudos realizados para ver a possibilidade de aumento da oferta.</p>  |  |   |            |          |

|   |   |   |  |             |               |
|---|---|---|--|-------------|---------------|
| <p>8.14 REDUZIR AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA</p> | <p>REDUZIR O PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA. (REDUÇÃO DE 2,5%/ANO NO PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES) (NO ANO DE 2019 = 26,43%) (Nº INTERNAÇÕES CLÍNICAS X 100)</p>   | <p>PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DE CÁLCULO E AVALIAÇÃO DOS DADOS GERADOS PELO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR;</li> <li>ALERTA A SAS EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS OBTIDOS PARA TOMADAS DE DECISÕES.</li> </ul> | <p>2,5%</p> | <p>17,52%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>No período de janeiro a março de 2022 foi atingido o percentual de 17,25% nas internações por causas sensíveis a atenção básica. No ano de 2023, em igual período, atingido 17,52% de internação. Um aumento de 00,27 em internações. Colocando em números: 2022 – 133 internações, 2023 – 143 internações, a diferença de 10 internações, equivale a um aumento de 7% de internações no período. O objetivo é diminuir.</p> |   |  |             |               |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                                     | <p>Manter monitoramento.</p>  |   |  |             |               |

|  |  |  |   |             |            |
|--|--|--|---|-------------|------------|
| <p>8.15 ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA ESTRATÉGICO MAIS SAÚDE/ESPECIALIDADES</p> | <p>ACOMPANHAR 100% DAS AÇÕES CONTRATADAS PELO ESTADO ATRAVÉS DO PROGRAMA MAIS SAÚDE/ESPECIALIDADES</p>   | <p>PERCENTUAL DE CONTRATOS ACOMPANHADOS/MONITRADOS</p> | <p>• MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE INCENTIVO ESTADUAL ATRAVÉS DOS SEUS TERMOS DE COMPROMISSO APLICADOS NOS SERVIÇOS HOSPITALARES – CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SRA. DE FÁTIMA, CHAMA E HOSPITAL REGIONAL</p> | <p>100%</p> | <p>30%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Com a documentação elaborada e disponibilizada pela SESAU/AL do Programa acima descrito, detectamos que: Hospital Chama e Hospital Regional continua a não nos possibilitar a realização da regulação dos usuários que são atendidos nestes, porém temos acesso ao financeiro pago aos mesmos e comparando o que foi pactuado/metabolamos observamos que o <b>Chama</b> recebeu em <b>4 meses 104%</b> e o <b>HRA recebeu 91,3% em 4 meses</b>. Na <b>CSNSF</b> foi fechada a maternidade, porém continuou realizando cirurgias de pacientes agendados, desta forma, tínhamos parcial acesso ao agendamento dos usuários de Arapiraca e região que compõem a 2ª macro, proporção de pagamento em torno de <b>25% em 4 meses</b> e HRA regulados 10 de 20 marcações de urologia até janeiro de 2023.</p> |  |   |             |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Permanece a necessidade urgente de conversa com o Estado em relação ao fluxo executado pelos serviços, para nos possibilitar agir com poder real de regulação. Embora estejamos recebendo/conferindo e elaborando relatórios, mas com poder nenhum de regulação e corte financeiro na execução.</p>   |  |   |             |            |

|   |  |  |   |            |          |
|---|--|--|---|------------|----------|
| <p>8.16 REALIZAR CONTRATO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COM METAS FIRMADAS</p> | <p>CONTRATAR 100% DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO SUS TANTO AMBULATORIAIS QUANTO HOSPITALARES. (ATUALMENTE SÃO 37 PRESTADORES PRIVADOS</p> | <p>PERCENTUAL DE SERVIÇOS COM CONTRATOS FIRMADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO E LANÇAMENTO DA TABELA DE PREÇOS DE PROCEDIMENTOS DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA;</li> <li>• ELABORAÇÃO E LANÇAMENTO DO EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA COM NOVA TABELA DE VALORES;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CHAMADA PÚBLICA E CONTRATUALIZAÇÃO;</li> <li>• ELABORAÇÃO, JUNTO AOS SERVIÇOS HABILITADOS, DE DOCUMENTO DESCRITIVO COM METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS EXECUTÁVEIS PARA O PERÍODO CONTRATUALIZADO;</li> <li>• MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DOS CONTRATOS FIRMADOS.</li> </ul> | <p>50%</p> | <p>0</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>A ação não foi continuada ao longo do quadrimestre, tendo em vista a dependência de resoluções da Gestão.</p>   |  |   |            |          |

|   |  |                                      |  |           |           |
|---|--|--------------------------------------|--|-----------|-----------|
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Dar continuidade a tramitação dos contratos para finalização das contratualizações hospitalares e posteriormente revisar edital para contratações ambulatoriais.</p>  |                                      |  |           |           |
| <p>8.17 CONSTRUIR E MONITORAR PLANO DE AUDITORIA COM PROGRAMAÇÃO ESTABELECIDAS NAS REDES PÚBLICA E PRIVADA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR</p> | <p>CONSTRUIR E MONITORAR DO PLANO DE AUDITORIA MUNICIPAL</p>   | <p>PLANO CONSTRUÍDO E MONITORADO</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>DEFINIÇÃO DE QUANTIDADE DE SERVIÇOS A SEREM AUDITADOS;</li> <li>PROGRAMAÇÃO E REALIZAÇÃO AUDITORIA NAS REDES: PÚBLICA, PRIVADA E FILANTRÓPICA VINCULADAS AO SUS ARAPIRACA.</li> </ul> | <p>01</p> | <p>01</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Com base no Plano Anual de Atividades de Auditoria 2023, previsto auditorias no primeiro quadrimestre, na rede ambulatorial: Laboratório (03), Espaço Nascer, Unidade de Saúde do Cacimbas Batingas e Serviços de Oncologia do CHAMA. Na rede hospitalar: Hospital Regional e análise dos relatórios do SIHD dos 4 meses e Internações da Oncologia CHAMA. Com <b>Auditorias realizadas na Rede Ambulatorial:</b> Serviço de oncologia do CHAMA: auditorias Quimioterapia e Radioterapia, referente as competências: setembro/22; outubro/22 e novembro/22; <b>Auditorias realizadas na Rede Hospitalar:</b> Auditoria referente à notificação do M.S. para possíveis não conformidades no cumprimento de parâmetros na cobrança de OPMEs Neurocirurgia; Oncologia auditoria analítica, nos prontuários correspondentes às AIHs de internamentos para realização de quimioterapia, tratamentos cirúrgicos e internações clínicas, referente aos meses de: setembro/22; outubro/22 e novembro/22 e Análise dos relatórios das AIHs bloqueadas do SIHD e dos prontuários das AIHs bloqueadas, competências: dezembro/22; janeiro/23; fevereiro/23 e março/23. Considerando PAAA/23 previsto no primeiro quadrimestre, 14 auditorias na rede ambulatorial, foram realizadas 06 auditorias correspondente 46% e 14 auditorias na rede hospitalar, foram realizadas 16 auditorias, correspondente 116%. Devido a demanda de solicitações da SMS, SESAU e MS, não foram realizadas todas as auditorias programadas e sim as solicitadas. Encontra-se em andamento auditoria em todos os CER do Município.</p> |                                      |  |           |           |

|  |  |  |  |            |              |
|--|--|--|--|------------|--------------|
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>As atividades programadas e não realizadas serão revistas para sua inserção no próximo quadrimestre.</p>  |  |  |            |              |
| <p>8.18 AMPLIAR OFERTA DO EXAME ELETROCARDIOGRAMA – ECG DE ACORDO COM OS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</p> | <p>AMPLIAR A OFERTA DE EXAME ECG (AMPLIAR EM 50%)</p>  | <p>PERCENTUAL DE AUMENTO NA OFERTA DE EXAME DE ECG</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESTUDO DA NECESSIDADE DA PORTARIA 1631/2015 (necessidade anual de 33.628);</li> <li>• ESTUDO COMPARATIVO DA OFERTA JÁ EXISTENTE (1.044/mês) COM A NECESSIDADE CALCULADA;</li> <li>• ESTUDO DA DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO;</li> <li>• ESTUDO FINANCEIRO PARA AMPLIAÇÃO DO SERVIÇO.,</li> </ul> | <p>15%</p> | <p>9,68%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Conforme Pt 1631/2015 a necessidade do procedimento é na ordem de 2.802/mês = 11.208/4 meses. Ofertamos/Agendamos, através de sistema de regulação 2.551 no 1º quadrimestre de 2023, apontando um déficit de 8.657 que é equivalente a 77,23% em relação a necessidade. Porém proporcionalmente ao que se oferta, foram agendados 2.551 (média de 638/mês) nos 4 meses e realizados 1.823, havendo uma taxa de absenteísmo na ordem de 28%. Diante dos dados obtidos, observamos um acréscimo de 9,68% na oferta, porém ainda não satisfatório.</p> |  |  |            |              |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>AÇÃO<br/>PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> | Buscar novos serviços para ofertar o procedimento e estratégias para reduzir o absenteísmo. |
|--------------------------------------|---|

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SUVIG**

| AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE - 1º QUADRIMESTRE  |   |  |  |                    | ANO 2023       |
|---|---|--|--|--------------------|----------------|
| <b>DIRETRIZ VI:</b> Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde |   |  |  |                    |                |
| <b>OBJETIVO 10:</b> Qualificar e fortalecer as ações da Vigilância Epidemiológica.    |   |  |  |                    |                |
| <b>SUBFUNÇÃO:</b> Vigilância Epidemiológica   |   |  |  |                    |                |
| AÇÃO PRIORITÁRIA  | DESCRIÇÃO DA META   | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | ATIVIDADES   | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
| 10.1 MELHORAR A ESTRUTURA GERAL DO CENTRO DE ZOOSE                                    | REESTRUTURAR O ESPAÇO FÍSICO DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE - CCZ | CCZ REFORMADO E EM ATUAÇÃO                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITAÇÃO DO PARECER ATUALIZADO DO CEREST E VISA, PARA FUNDAMENTAR E JUSTIFICAR AS NECESSIDADES DA REFORMA DAS INSTALAÇÕES DA UVZ;</li> <li>ELABORAÇÃO DO PROJETO DE REFORMA DAS INSTALAÇÕES EXISTENTES OU DE CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA UNIDADE JUNTO A EQUIPE DA SEC. DE</li> </ul> | 01                 | 0              |

|                                   |   |   |   |     |     |
|-----------------------------------|---|---|---|-----|-----|
|                                   |   |   | <p>INFRAESTRUTURA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADEQUAÇÃO/EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE MUDANÇA DE CCZ – CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSEPTICEMIAS PARA UVZ – UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOOSEPTICEMIAS DE ACORDO COM A PORTARIA Nº 758 DE 26 AGOSTO DE 2014 E 1138 DE 25 DE MAIO DE 2014 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.</li> </ul> |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                  | <p>Aguardando a definição quanto à reforma geral da unidade, pela secretaria de infraestrutura, projeto já elaborado com relação a mudança da sigla de CCZ (Centro de Controle de Zoonoses) para UVZ (Unidade de Vigilância de Zoonoses).<br/>Estamos aguardando a concretização da reforma para que possamos efetivar as mudanças propostas.</p> |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | <p>Acompanhar o processo de articulação com as coordenações envolvidas.</p>   |   |   |     |     |
| 10.2 INTENSIFICAR AS AÇÕES DO CCZ | <p>APRIMORAR AS AÇÕES RELACIONADAS AO CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSEPTICEMIAS - CCZ</p>  | <p>PERCENTUAL DAS AÇÕES REALIZADAS REFERENTE AO CCZ</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DE CAPTURA PARA ATENDER AS DEMANDAS ATUAIS E AS DEMANDAS DECORRENTES DA INTRODUÇÃO DO SERVIÇO DO PROGRAMA MEU AMIGO PET;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM SETOR DE TRANSPORTE PARA SUPRIR AS</li> </ul>  | 80% | 30% |

|                                  |   |  |   |  |  |
|----------------------------------|---|--|---|--|--|
|                                  |   |  | <p>NECESSIDADES DO SETOR DE CAPTURA EM DECORRÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MEU AMIGO PET;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AMPLIAÇÃO DA QUANTIDADE DE EXAMES PARA DETECÇÃO DE LEISHMANIOSE DE 2.500 PARA 3000 MIL;</li> <li>• MANUTENÇÃO DE RH SUFICIENTE DE CONTROLE DA DENGUE (ACE) PARA REALIZAÇÃO DOS 6 CICLOS DE TRABALHO;</li> <li>• AQUISIÇÃO DOS MATERIAIS DE INSUMOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA UVZ.</li> </ul> |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 | <p>Aguardando a concretização do contrato para dar andamento às ações propostas do programa MEU AMIGO PET. O Plano para a Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, através do uso de coleiras impregnadas com deltametrina a 4% já está em fase de conclusão para apreciação da área técnica estadual, para posterior implantação.</p> |  |   |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> | <p>Dar andamento aos processos e realização de cadastros e, conseqüentemente, a realização das castrações;<br/>Monitorar o Plano para a Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, através do uso de coleiras impregnadas com deltametrina a 4% para implantação.</p>  |  |   |  |  |

|  |   |   |   |       |     |
|--|---|---|---|-------|-----|
| 10.3 INTENSIFICAR A CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA                      | AMPLIAR O NÚMERO DE CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA   | NÚMERO DE CASTRAÇÕES DE ANIMAIS DE RUA REALIZADAS               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CASTRAÇÃO DOS CÃES DE RUA.</li> </ul>  | 1.440 | 0   |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | O contrato ainda não foi oficializado.  |   |   |       |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                     | Articular com as Secretarias envolvidas para efetivação do contrato para dar prosseguimento às ações propostas.   |   |   |       |     |
| 10.4 AMPLIAR AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS | INTENSIFICAR AÇÕES PARA TODAS AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS   | PERCENTUAL DAS AÇÕES VOLTADAS AOS USUÁRIOS VIVENDO COM HIV/AIDS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• OFERTA DE AÇÕES VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE, ATRAVÉS DO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE BUSCA ATIVA DOS PACIENTES RESISTENTES AO TRATAMENTO;</li> <li>• BUSCA DA GARANTIA DO FORNECIMENTO DE INSUMOS, MEDICAÇÕES, VACINAS E EXAMES COMPLEMENTARES JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES.</li> </ul> | 100%  | 33% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foram realizadas atividades extramuros, com ações educativas e realização de testes rápidos em parceria com a promoção em saúde e outros segmentos em diversos eventos. Quanto ao atendimento multidisciplinar, o serviço foi contemplado com servidores, sendo: 02 (duas) médicas (clínica e |   |   |       |     |

|  |   |   |   |     |
|--|---|---|---|-----|
|  | hepatologista), 01 (um)administrativo,01 (uma) técnica de enfermagem e 01 (um) farmacêutico. Os serviços de fornecimento de insumos, medicações, vacinas e exames ocorrem de forma sistemática no CTA/SAE.  |   |   |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Manter atividades propostas.  |   |   |     |
| 10.5 MONITORAR AS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA QUE REALIZAM ACONSELHAMENTO E TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C | ACOMPANHAR AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE REALIZAM ACONSELHAMENTO E TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C.   | PERCENTUAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE REALIZAM ACONSELHAMENTO E TESTAGEM RÁPIDA. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DA ALIMENTAÇÃO DO SISLOGLAB (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE CONTROLE DE ESTOQUE DOS TESTES RÁPIDOS) PELAS UBS EM CONJUNTO COM A CAF (CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO);</li> <li>• LEVANTAMENTO DA NECESSIDADE DE TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS E ALIMENTAÇÃO DOS DADOS NO SISTEMA SISLOGLAB.</li> </ul> | 70% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foi realizado monitoramento da alimentação do SISLOGLAB, onde detectamos que no 1º Quadrimestre havia a falta de alimentação do sistema por, em média, 13 unidades notificadoras. Diante do exposto, faz-se necessário maior engajamento dos Enfermeiros, no que se diz respeito a alimentação do sistema em tempo hábil, até o quinto dia útil do mês subsequente. |   |   |     |

|  |   |  |  |      |  |
|--|---|--|--|------|--|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Sensibilizar as Enfermeiras das Unidades notificadoras sobre a necessidade e importância da alimentação do sistema para que o município não fique sem abastecimento dos testes rápidos.             |  |  |      |  |
| INTENSIFICAR O MONITORAMENTO DO NÚMERO DE ÓBITOS PRECOSES PELA AIDS NA POPULAÇÃO RESIDENTE EM ARAPIRACA. (PQA-VS) (AREA TÉCNICA) | MONITORAR A POPULAÇÃO COM AIDS E O NÚMERO DE ÓBITOS PRECOSES DESTE GRUPO RESIDENTES EM ARAPIRACA.   | NÚMERO DE ÓBITOS PRECOSES PELA AIDS NA POPULAÇÃO RESIDENTE EM ARAPIRACA. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO MENSAL DOS CASOS NOTIFICADOS DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DA POPULAÇÃO QUE VIVE COM HIV DE FORMA QUE CONTRIBUA NA PREVENÇÃO DOS ÓBITOS PRECOSES;</li> </ul> | 2,55 | REDUÇÃO DE UM ÓBITO PRECOCE EM RELAÇÃO AO VALOR DO ANO BASE OU MANUTENÇÃO NA AUSÊNCIA DE ÓBITOS PRECOSES |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | De acordo com dados do SIM, tivemos 01 óbito precoce por AIDS no 1º quadrimestre de 2023. Com base nos dados do SINAN foram notificados no 1º quadrimestre 16 novos casos de HIV/AIDS.              |  |  |      |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Ofertar e conscientizar a população quanto a importância da realização de testes rápidos para diagnóstico precoce da Infecção e sobre a importância do uso de preservativos na prevenção das IST'S. |  |  |      |  |
| 10.6 AMPLIAR OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR  | CONTRATAR RECURSOS HUMANOS PARA O CEREST, SENDO UM MÉDICO DO  | NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS E MANTIDOS                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• LEVANTAMENTO DA NECESSIDADE DE RH;</li> <li>• ENVIO DO OFÍCIO A SGTES (SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE) COM</li> </ul>   | 02   | 0  |

|  |  |  |   |     |    |
|--|--|--|---|-----|----|
|  | TRABALHO, UM ENGENHEIRO DO TRABALHO, UM TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO, E UM TÉCNICO DE ENFERMAGEM.  |  | SOLICITAÇÃO DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS;<br><br>• ACOMPANHAMENTO DA SOLICITAÇÃO JUNTO A SGTES.  |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Realizada solicitação pela Coordenação de Saúde do Trabalhador endereçado a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES (Memorando nº 0252/2023) em 08 de maio de 2023; tratando sobre a necessidade de contratação dos 02 profissionais para o CEREST Regional Arapiraca, conforme portaria GM/MS nº 2437, de 7 de dezembro de 2005, a qual dispõe a equipe mínima necessária para a atuação do CEREST Regional. Mediante resolução de nº 603, de 8 de novembro de 2018 do Conselho Nacional de Saúde seguimos com a equipe mínima composta por: Educador Físico, Assistente Social, Psicóloga, Fonoaudióloga, Enfermeira e Médico do Trabalho. |  |   |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Acompanhar solicitação junto a SGTES.  |  |   |     |    |
| 10.7 APRIMORAR AS NOTIFICAÇÕES DOS ACIDENTES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE | CAPACITAR E MONITORAR AS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA EM NOTIFICAÇÕES DOS ACIDENTES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE  | PERCENTUAL DE EQUIPES CAPACITADAS EM TODAS AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DE CRONOGRAMA COM AS EQUIPES A SEREM CAPACITADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E UNIDADES ESPECIALIZADAS; SOBRE AS NOTIFICAÇÕES DAS DOENÇAS E ACIDENTES RELACIONADOS AO TRABALHO;</li> <li>• DISCUSSÃO COM AS EQUIPES CAPACITADAS DE</li> </ul> | 50% | 0% |

|   |   |  |   |    |   |
|---|---|--|---|----|---|
|   |   |  | <p>CASOS DE ATENDIMENTOS A SAÚDE DO TRABALHADOR;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO DAS EQUIPES QUE FORAM CAPACITADAS.</li> </ul>   |    |   |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | <p>Realizada reunião com a SAS (Superintendência de Atenção à Saúde) em 11/04 para definir as UBS para capacitação em Saúde do Trabalhador, sendo informado que temos 40 UBS que totalizam 67 equipes e das 12 Unidades Especializadas que constam 12 equipes, somando um total 89 equipes para as ações propostas. Em seguida foi elaborado cronograma; porém, não foi executado nenhuma capacitação no primeiro quadrimestre pois as mesmas estão programadas para darem início no mês de maio do corrente ano.</p> |  |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | <p>Dar início ao cronograma de capacitação nas Unidades estabelecidas no cronograma (Jardim das Paineiras, Vila São Francisco, Teotônio Vilela, Daniel Houilly, Poção, Capim, Cavaco, Batingas, Segundo Centro, João Paulo e CEO (Centros Especialidades Odontológicas).</p>  |  |   |    |   |
| 10.8 IMPLANTAR A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA ACIDENTE OCUPACIONAL COM INSTRUMENTOS PERFURO-CORTANTES OU CONTATO DIRETO COM MATERIAL BIOLÓGICO | <p>ARTICULAR JUNTO COM A ÁREA TÉCNICA DO ESTADO PARA IMPLANTAÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA ACIDENTE OCUPACIONAL COM INSTRUMENTOS PÉRFURO</p>   | <p>PEP IMPLANTADO E MANTIDO NO MUNICÍPIO</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS ÁREAS TÉCNICAS DO ESTADO PARA IMPLANTAÇÃO DA PEP PARA ACIDENTE OCUPACIONAL COM INSTRUMENTOS PÉRFURO-CORTANTES OU CONTATO DIRETO COM MATERIAL BIOLÓGICO NO MUNICÍPIO;</li> <li>• VERIFICAÇÃO DO LOCAL DA IMPLANTAÇÃO E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO JUNTO A GESTÃO</li> </ul> | 01 | 0 |

|   |   |   |   |     |    |
|---|---|---|---|-----|----|
|   | CORTANTES OU CONTATO DIRETO COM MATERIAL BIOLÓGICO NO MUNICÍPIO   |   | RESPONSÁVEL;<br><br>• MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DA PEP NO MUNICÍPIO.   |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Realizado contato com a coordenação Médica da Unidade de Emergência do Agreste em (06/02) a qual ficou responsável de realizar articulação com o Estado para implantação da PEP (Profilaxia pós exposição). Informou que o Estado estava com a secretaria em fase de transição. Em 13/03 foi realizado novo contato com a coordenação geral do Hospital de Emergência Daniel Houilly, informando que o mesmo estava numa fase de reestruturação dos serviços internos. No dia 12/04 a coordenação da IST/ADS, a diretora de Vigilância Epidemiologia e a diretora do CTA/SAE Arapiraca, estiveram em reunião com o Estado na cidade de Maceió, o qual solicitou articulação para reunião no mês de maio, com as coordenações da UPA e Hospital de Emergência Daniel Houilly a fim de discutir a implantação da PEP nestes serviços. |   |   |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                              | Acompanhar o processo de articulação para reunião com as coordenações envolvidas e serviços de atendimento.   |   |   |     |    |
| 10.9 INTENSIFICAR AÇÕES VOLTADAS A SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL | CAPACITAR AS EQUIPES DE SAÚDE DAS UBS DAS ZONAS RURAIS PARA ATENDIMENTO AOS TRABALHADORES RURAIS  | PERCENTUAL DE EQUIPES DAS UBS DA ZONA RURAL CAPACITADAS PARA ATENDIMENTO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SAS (SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE) PARA FORMULAÇÃO DE CRONOGRAMA DE CAPACITAÇÃO DAS UBS DA ZONA RURAL;</li> <li>• CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UBS DA ZONA RURAL PARA ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DOS TRABALHADORES RURAIS;</li> </ul> | 50% | 0% |

|   |  |  |  |      |        |
|---|--|--|--|------|--------|
|   |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>MONITORAMENTO DAS EQUIPES CAPACITADAS EM ATENDIMENTO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL.</li> </ul>   |      |        |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Foi realizada articulação com a SAS (18/04) e definida a relação das UBS para dar início as capacitações.  |  |  |      |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Articular com os gerentes das UBS para agendar capacitação, capacitar e monitorar 50% das UBS listadas no 2º quadrimestre. Foram selecionadas as Unidades: Vila São Francisco, Capim.  |  |  |      |        |
| 10.10 PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO “OCUPAÇÃO” NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO | ANALISAR MENSALMENTE A PROPORÇÃO DAS DARTS NO SINAN COM CAMPO OCUPAÇÃO PREENCHIDAS   | PERCENTUAL MENSAL DE PREENCHIMENTO O CAMPO “OCUPAÇÃO” NAS NOTIFICAÇÕES DAS DARTS | <ul style="list-style-type: none"> <li>MONITORAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO PELO SINAN COM CAMPO “OCUPAÇÃO PREENCHIDO”, REALIZANDO FLUXO DE RETORNO PARA PREENCHIMENTOS DAS FICHAS COM O CAMPO SEM O DEVIDO PREENCHIMENTO.</li> </ul> | 100% | 75,62% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Das 320 notificações de DARTS (Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho) do primeiro quadrimestre do ano de 2023, 242(75,62%) tiveram o campo ocupação preenchidos. A Coordenação da Política de Saúde do Trabalhador monitora o preenchimento do campo de ocupação das DARTS através das notificações inseridas no SINAN; aquelas cujo o campo encontra-se sem identificação do campo ocupação é realizado contato com a gerente da UBS a fim de localizar o paciente e poder colher informações para inserir na ficha de notificação, porém o retorno das informações não chega em sua totalidade. |  |  |      |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter monitoramento e contato com as Unidades Notificadoras a fim de melhorar o preenchimento no campo de ocupação nas fichas e traçar estratégias com a SAS a fim de melhorar o retorno das informações, além de intensificar o monitoramento mensal das fichas de notificação com o campo de ocupação sem preenchimento.  |  |  |      |        |

|  |   |  |  |            |               |
|--|---|--|--|------------|---------------|
| <p>PERCENTUAL DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS DE OCUPAÇÃO E ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE) NAS FICHAS NOTIFICADAS NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA DOS AGRAVOS DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO E INTOXICAÇÃO EXÓGENAS. (PQA-VS) <b>(ÁREA TÉCNICA)</b></p> | <p>ANALISAR MENSALMENTE O PERCENTUAL DE PREENCHIMENTO COM OS CAMPOS REFERENTES A OCUPAÇÃO E ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE) NAS FICHAS NOTIFICADAS NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA DOS AGRAVOS DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO E INTOXICAÇÃO EXÓGENAS.</p>   | <p>PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS DE OCUPAÇÃO E ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE) NAS NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO, ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO E INTOXICAÇÃO EXÓGENAS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO MENSAL DO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÕES REFERENTES AO CAMPO OCUPAÇÃO E ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE) NAS NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO E INTOXICAÇÃO EXÓGENAS;</li> <li>• MONITORAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES COM FLUXO DE RETORNO PARA O PREENCHIMENTO DAS FICHAS QUE NÃO APRESENTAM O DEVIDO PREENCHIMENTO DO CAMPO OCUPAÇÃO E ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE). CAMPO "OCUPAÇÃO PREENCHIDO".</li> </ul> | <p>60%</p> | <p>94,35%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Das 301 notificações de acidente de trabalho com exposição ao material biológico e intoxicação exógena, do 1º quadrimestre do ano de 2023, 284 (94,35%) tiveram o campo ocupação de atividade econômica preenchidos. A Coordenação da Política de Saúde do Trabalhador monitora o preenchimento do campo de ocupação das DARTS através das notificações inseridas no SINAN; aquelas cujo o campo encontra-se sem identificação do campo ocupação é realizado contato com a</p> |  |  |            |               |

|   |  |  |   |    |   |
|---|--|--|---|----|---|
|   | gerente da UBS a fim de localizar o paciente e poder colher informações para inserir na ficha de notificação, porém os retornos das informações não chegam em sua totalidade.  |  |   |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter monitoramento e contato com as Unidades Notificadoras a fim de melhorar o preenchimento no campo de ocupação nas fichas e traçar estratégias com a SAS a fim de melhorar o retorno das informações, além de intensificar o monitoramento mensal das fichas de notificação com o campo de ocupação sem preenchimento.  |  |   |    |   |
| 10.11<br>DESENVOLVER ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA SAÚDE VOCAL E MENTAL DOS PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ARAPIRACA QUE CONTRIBUAM PARA A ELABORAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE VOCAL E MENTAL | ANALISAR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE VOCAL E MENTAL DOS PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ARAPIRACA QUE CONTRIBUAM PARA A ELABORAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE VOCAL E MENTAL   | NÚMERO DE ESCOLAS MUNICIPAIS COM GRUPOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR FORMADOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• APRESENTAÇÃO DO PROJETO A SECRETARIA DE EDUCAÇÃO;</li> <li>• ESCOLHA DAS ESCOLAS A SER IMPLEMENTADO O PROJETO;</li> <li>• ESCOLHA DA PRIMEIRA ESCOLA PARA INICIAR O PROJETO;</li> <li>• MONITORAMENTO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS COM O GRUPO;</li> <li>• MONITORAMENTO E PUBLICITAÇÃO DOS DADOS ENCONTRADOS.</li> </ul> | 02 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | A meta a ser executada no ano de 2023 será a implantação de um grupo de saúde do trabalhador na Escola da rede municipal. Foi aplicado e encerrado na primeira escola (João 23) em 2022; e atualmente encontra-se em andamento na segunda escola (Crispiniano Ferreira de Brito), com o seguinte cronograma: a primeira reunião foi realizada no dia 29 de março no qual foram apresentados os objetivos do projeto e aplicado os dois questionários de avaliação de sofrimento mental e qualidade de vida em voz. |  |   |    |   |

|  |  |   |   |     |       |
|--|--|---|---|-----|-------|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Os próximos encontros estão previstos para ocorrer nos meses de maio, junho e julho.   |   |   |     |       |
| 10.12 FORTALECER A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOS MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÕES DE SAÚDE | CAPACITAR E MONITORAR OS MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÕES DE SAÚDE NO QUE CONCERNE A SAÚDE DO TRABALHADOR   | PORCENTAGEM DE CAPACITAÇÕES E MONITORAMEN TO REALIZADAS NOS MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÕES DE SAÚDE NO QUE CONCERNE A SAÚDE DO TRABALHADOR | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DE CRONOGRAMA DE VISITAS IN LOCO OU VIRTUAL AOS MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÕES;</li> <li>• CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DOS MUNICÍPIOS PARA MARCAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES;</li> <li>• VISITA AOS MUNICÍPIOS PARA CAPACITAÇÃO;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS MUNICÍPIOS NO QUE CONCERNE A SAÚDE DO TRABALHADOR;</li> <li>• MONITORAMENTO DOS MUNICÍPIOS CAPACITADOS DA 7ª E 8ª REGIÃO DE SAÚDE.</li> </ul> | 50% | 37,5% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foi realizado encontro no dia 14 de fevereiro, na sede do CEREST para tratar dos códigos de procedimentos em saúde do trabalhador e notificação dos agravos relacionados ao trabalho. Estavam presentes os representantes dos municípios: Minador do Negrão, Coité do Nóia e Palmeira dos Índios. Realizada articulação com municípios da área de abrangência e capacitação com temas referentes à saúde do trabalhador nos seguintes municípios: Palmeira dos Índios em 08 de março, Maribondo em |   |   |     |       |

|   |   |  |   |      |   |
|---|---|--|---|------|---|
|   | <p>14 de março, São Sebastião em 04 de abril, Estrela de Alagoas em 11 de abril, Cacimbinhas em 13 de abril, Major Izidoro em 18 de abril, Palmeira dos Índios em 25 de abril, Limoeiro de Anadia em 25 de abril e Palmeira dos Índios em 27 de abril.</p> <p>Desta forma, dos 50% de capacitação e monitoramento a ser executado nos municípios da 7ª e 8ª região para o ano de 2023, no primeiro quadrimestre já foram realizadas 37,5 %.</p> <p>As atividades realizadas nos municípios ocorrem conforme viabilidade técnica para o CEREST e os técnicos dos municípios.</p> |  |   |      |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | <p>Estão previstos para o 2º quadrimestre, a realização das atividades nos seguintes municípios: Campo Grande no dia 18/05, Taquarana no dia 23/05; e Minador do Negrão 25/05 com a continuidade das ações conforme articulação com municípios.</p>   |  |   |      |   |
| 10.13 INCENTIVAR A CRIAÇÃO DE GRUPOS DE CUIDADOS PARA OS TRABALHADORES EM CADA UNIDADE DE SAÚDE | <p>IMPLANTAR GRUPOS DE CUIDADOS PARA OS TRABALHADORES DA UBS, EM PARCERIA COM A SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE</p>  | <p>PERCENTUAL DE UBS COM IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE AUTOCUIDADOS PARA OS TRABALHADORES</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SGTEP PARA ELABORAÇÃO DE PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE AUTOCUIDADOS FORMADOS PELOS TRABALHADORES DAS UBS;</li> <li>• ELABORAÇÃO DE CRONOGRAMA DE IDAS ÀS UBS PARA IMPLANTAÇÃO DOS GRUPOS;</li> <li>• VISITA ÀS UBS PARA IMPLANTAÇÃO DOS GRUPOS.</li> </ul> | 100% | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | <p>Realizada articulação com coordenação das academias da saúde no dia 08 de fevereiro, em seguida reunião com profissionais da saúde para apresentação do projeto e planejamentos das atividades. No dia 02 de março foi realizada reunião com o gerente da unidade Verdes Campos para formalizar a proposta do projeto em 12 de abril. O projeto foi iniciado no dia 03 de maio com a apresentação para os servidores da unidade de saúde Verdes Campos. A avaliação antropométrica e aplicação do questionário de investigação em saúde e bem-estar foi realizado no dia</p> |  |   |      |   |

|  |  |   |  |    |   |
|--|--|---|--|----|---|
|  | 09 de maio; e no dia 11 de maio iniciaram as atividades do grupo.  |   |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Articular com a SAS a implantação do grupo.  |   |  |    |   |
| 10.14 FORTALECER A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS, ATRAVÉS DO FÓRUM EM SAÚDE DO TRABALHADOR | REALIZAR FÓRUM DE SAÚDE DO TRABALHADOR   | NÚMERO DE FÓRUM DE SAÚDE DO TRABALHADOR REALIZADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ELABORAÇÃO DO TEMA E SUBTEMAS DO FÓRUM;</li> <li>• CONVITE AOS PALESTRANTES, MUNICÍPIOS DA 7ª E 8ª REGIÃO, REPRESENTANTES DAS CATEGORIAS VOLTADAS AO TRABALHADOR, TRABALHADORES DA SAÚDE E ESTUDANTES DAS ENTIDADES ENVOLVIDAS NO FÓRUM, ENTRE OUTROS;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SGTEP E SAS PARA REALIZAÇÃO DO EVENTO.</li> </ul> | 01 | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Em consonância com as demandas do serviço, o tema escolhido para o Fórum foi Assédio Moral no Trabalho. Assim também, foi definida a programação e enviados ofícios para Superintendência de Gestão com as solicitações decorrentes das necessidades do Fórum o qual irá ocorrer no mês de junho. Neste momento será lançado um link com questionário de saúde mental. |   |  |    |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Articular com a Secretária de Assistência de Comunicação - ASCOM para elaboração da arte e divulgação do evento, bem como a construção do link contendo questionário de saúde mental.  |   |  |    |   |

|  |  |  |  |            |            |
|--|--|--|--|------------|------------|
| <p>10.15 MAPEAR OS SETORES PRODUTIVOS COM MAIOR RISCO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO</p> | <p>ANALISAR O PERFIL PRODUTIVO COM MAIOR RISCO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO</p>  | <p>PERCENTUAL DAS UBS COM REALIZAÇÃO DE PESQUISA DO PERFIL PRODUTIVO DAS ÁREAS ADSCRITAS</p> | <p>ARTICULAÇÃO JUNTO COM A SAS PARA ELABORAÇÃO DE CRONOGRAMA DE VISITAS ÀS UBS;<br/>CAPACITAÇÃO DAS UBS SOBRE O MAPEAMENTO DO PERFIL PRODUTIVO DE SUAS ÁREAS ADSTRITAS;<br/>ANÁLISE DO PERFIL PRODUTIVO DAS UBS COM MAIOR RISCO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.</p> | <p>50%</p> | <p>0%</p>  |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>A Coordenação da Política de Saúde do Trabalhador juntamente com o grupo técnico (GT) as áreas envolvidas de cada secretaria específica tais como, secretaria de Educação, Meio ambiente, Agricultura e Vigilância Sanitária (VISA) esteve reunidos para reunião ( 07/03 ) para apreciação da ficha de campo formalizada pela equipe técnica da Vigilância em Saúde de Populações Exposta aos Agrotóxico - VSPEA com o objetivo de mapear os trabalhadores expostos aos agrotóxicos; classificar os ingredientes ativos (IV) mais utilizados nas propriedades da região; determinar os fatores que contribuem para o uso indiscriminado de agrotóxico em áreas de agricultura familiar.</p> |  |  |            |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Articular com a SAS parceria para apreciação e aplicação de instrumento pelos agentes comunitários de saúde e enfermeiros, nas Unidades Básicas de Saúde para o mês de maio.<br/>Capacitar os profissionais para realização da pesquisa do perfil produtivo;<br/>Analisar as informações registradas em sites oficiais (IBGE) referente ao perfil produtivo de Arapiraca.</p>   |  |  |            |            |
| <p>10.17 MELHORAR A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DAS MDD'AS PELAS UNIDADES NOTIFICADORAS</p>          | <p>MONITORAR O ENVIO DA MDDA (MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS) PELAS</p>  | <p>PERCENTUAL DA EMISSÃO DA MDDA PELAS UNIDADES NOTIFICADORAS</p>                            | <p>• SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS DE ACORDO COM A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA;</p>  | <p>80%</p> | <p>27%</p> |

|  |   |  |  |      |     |
|--|---|--|--|------|-----|
|  | UNIDADES NOTIFICADORAS PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO SEMANAL DO ENVIO DAS MDDAS PELAS UNIDADES NOTIFICADORAS</li> </ul>   |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Realizado levantamento das Unidades notificadoras, onde observamos a falta de envio da informação e/ou o envio após a semana epidemiológica.                  |  |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                 | Sensibilizar as equipes das unidades notificadoras para o envio das planilhas em tempo hábil, semanalmente até terça-feira.                                   |  |  |      |     |
| 10.18 ALIMENTAR O E-SUS-VE COM O RESULTADO DOS TESTES REALIZADOS | ALIMENTAR O E-SUS-VE COM OS RESULTADOS DOS TESTES PARA COVID-19   | PERCENTUAL DE RESULTADOS ALIMENTADOS NO E-SUS-VE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DAS UNIDADES QUE REALIZAM COLETA PARA EXAME DE SÍNDROME GRIPAL;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DO ENCERRAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS NO ESUS-VE;</li> <li>• MONITORAMENTO DOS NOVOS PONTOS DE REALIZAÇÃO DE COLETA E EXAMES.</li> </ul> | 100% | 96% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Dos 1.976 casos notificados residentes de Arapiraca, inseridos no sistema do SUS-notifica, 1.897 (96%) tiveram os resultados de exames informados no sistema. |  |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                 | Manter as ações de monitoramento e inserção dos resultados dos exames.  |  |  |      |     |

|   |  |   |  |             |             |
|---|--|---|--|-------------|-------------|
| <p>AVALIAR E SENSIBILIZAR AS NOTIFICAÇÕES POSITIVAS E NEGATIVAS DOS NÚCLEOS HOSPITALARES IMPLANTADOS NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA.<br/><b>(ÁREA TÉCNICA)</b></p> | <p>AVALIAR SEMANALMENTE AS NOTIFICAÇÕES NEGATIVAS E POSITIVAS DOS NÚCLEOS HOSPITALARES</p>   | <p>PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES NEGATIVAS E POSITIVAS ENVIADAS POR NÚCLEOS HOSPITALARES</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DA IMPORTÂNCIA DO ENVIO SEMANAL DAS NOTIFICAÇÕES NEGATIVAS E POSITIVAS;</li> <li>• MONITORAMENTO DO ENVIO SEMANAL DAS NOTIFICAÇÕES.</li> </ul>  | <p>100%</p> | <p>100%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>No primeiro quadrimestre do ano de 2023, os núcleos hospitalares notificaram e enviaram regularmente as notificações positivas e negativas.</p> |   |  |             |             |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Manter ações de monitoramento de notificações e envio de informações.</p>   |   |  |             |             |
| <p>10.19 ENCERRAR EM TEMPO OPORTUNO OS CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE</p>  | <p>ENCERRAR OS CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE EM ATÉ 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO</p>  | <p>PERCENTUAL DE CASOS NOTIFICADOS ENCERRADOS.<br/><br/>MÉTODO DE CÁLCULO:<br/>(NUMERADOR: TOTAL DE CASOS DE DENGUE ENCERRADOS ATÉ 60 DIAS DA SUA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO JUNTO A SESAU E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DAS CAPACITAÇÕES SEMPRE QUE NECESSÁRIO;</li> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS PARA A IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO COMPLETO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE;</li> <li>• MONITORAMENTO DA COLETA NO LABORATÓRIO MUNICIPAL PARA</li> </ul> | <p>80%</p>  | <p>100%</p> |

|                                  |   |  |  |  |  |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|
|                                  |   | <p>NOTIFICAÇÃO, NO PERÍODO CONSIDERADO DENOMINADOR: TOTAL DE CASOS DE DENGUE REGISTRADOS NO PERÍODO CONSIDERADO FATOR DE MULTIPLICAÇÃO: 100)</p> <p>FONTE: INVIG</p> | <p>ENCAMINHAR O RESULTADO PARA AS UBS;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS EQUIPES DE SAÚDE PARA ENCAMINHAR AS GESTANTES SUSPEITAS AO LAB. MUNICIPAL PARA COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SAS E ZONOSSES COM AÇÕES VOLTADAS PARA REDUZIR AS FONTES DE INFESTAÇÕES.</li> </ul> |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 | <p>Dos 415 casos notificados de Dengue neste primeiro quadrimestre, 175 casos foram confirmados, monitorados e encerrados em tempo oportuno no prazo de 60 dias antes do prazo de encerramento e 240 casos de Dengue foram descartados por critério clínico epidemiológico e por critério laboratorial. Foram realizadas diversas ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti neste primeiro quadrimestre junto com o Centro de Controle de Zoonoses - CCZ e com a Superintendência de Atenção à Saúde - SAS. Mutirões de limpeza nas comunidades, salas de espera nas Unidades Básicas de Saúde, ações de conscientização e prevenção em escolas e empresas junto a promoção a saúde, informações sobre prevenção ao Aedes Aegypti através de entrevistas em Rádio, Tv e Blogs jornalísticos foram algumas das estratégias usadas pela Coordenação de Arboviroses para alcançar 100% dos indicadores.</p> |  |  |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> | <p>Manter as ações executadas no primeiro quadrimestre e capacitar profissionais da rede (Médicos e Enfermeiros) sobre dengue e outras arboviroses.</p>   |  |  |  |  |

|   |  |   |  |                                |          |
|---|--|---|--|--------------------------------|----------|
| <p>10.20 REDUZIR COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL (L.V)</p> | <p>INTENSIFICAR AÇÕES PARA REDUZIR AS FONTES DE INFECÇÃO E PROMOVER AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA REDUZIR O COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DOS CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL</p> | <p>COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL.</p> <p>MÉTODO DE CÁLCULO: (N.º DE CASOS NOVOS AUTÓCTONES DE LV X 100.000 HAB./POPULAÇÃO).</p> <p>FONTE: NOTA INFORMATIVA Nº 24/2019-CGDT/DEVIT/SVS/MS</p> <p>MANUAL DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LEISHMANIOSE VISCERAL BRASÍLIA – DF 2006 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM A SAS E ZONOSSES PARA AÇÕES VOLTADAS A FIM DE REDUZIR AS FONTES DE INFECÇÕES;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM SAS E ZONOSSES PARA CAPACITAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE (MÉDICOS, ENFERMEIROS, ACS, ACE) COM O OBJETIVO DE REDUZIR OS CASOS DE LEISHMANIOSE;</li> <li>• MONITORAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE LEISHMANIOSE.</li> </ul> | <p>2,25/ 100.00<br/>0 hab.</p> | <p>0</p> |
|---|--|---|--|--------------------------------|----------|

|   |  |  |   |      |       |
|---|--|--|---|------|-------|
|   |  | 1.ª EDIÇÃO   |   |      |       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                            | No primeiro quadrimestre de 2023 não foi notificado nenhum caso de leishmaniose visceral.          |  |   |      |       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>            | Intensificar o monitoramento e manter a articulação com o Centro de Controle de Zoonoses - CCZ.    |  |   |      |       |
| 10.21 MONITORAR AS GESTANTES COM ZIKA VÍRUS | MONITORAR EM CONJUNTO COM A COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER AS GESTANTES COM SUSPEITA DE ZIKA VÍRUS | PERCENTUAL DE GESTANTES COM SUSPEITA DE ZIKA VÍRUS MONITORADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PARCERIA JUNTO ÀS AÇÕES PARA SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O MONITORAMENTO DAS GESTANTES COM SUSPEITA DE ZIKA VÍRUS;</li> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS PARA A IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO COMPLETO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ZIKA.</li> <li>• MONITORAMENTO DOS CASOS DE GESTANTES COM ZIKA VÍRUS JUNTO COM A COORDENAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E REDE DE REABILITAÇÃO.</li> </ul> | 100% | _____ |

|   |  |   |  |     |   |
|---|--|---|--|-----|---|
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | No primeiro quadrimestre de 2023 não foram notificados nenhum caso suspeito de Zika vírus em gestantes.  |   |  |     |   |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Continuar com o trabalho de prevenção ao Aedes Aegypti evitando a proliferação do mosquito. E conscientizar as gestantes sobre a importância do uso dos repelentes no período gestacional. |   |  |     |   |
| MONITORAR OS CASOS SINTOMÁTICO DE MALÁRIA A FIM DE INICIAR O TRATAMENTO EM TEMPO OPORTUNO. (PQA-VS) <b>(ÁREA TÉCNICA)</b> | REALIZAR MONITORAMENTO DOS CASOS SINTOMÁTICOS IDENTIFICADOS PARA QUE POSSAM INICIAR O TRATAMENTO EM TEMPO OPORTUNO.  | PROPORÇÃO DE CASOS SINTOMÁTICOS DE MALÁRIA QUE INICIARAM TRATAMENTO EM TEMPO OPORTUNO. PQA-VS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E UNIDADES NOTIFICADORAS DA IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO E INÍCIO DE TRATAMENTO EM TEMPO OPORTUNO;</li> <li>• CAPACITAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O AGRAVO MENCIONADO.</li> <li>• CRIAÇÃO DE FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO E MONITORAMENTO DOS CASOS DE MALÁRIA NO MUNICÍPIO.</li> <li>• MONITORAMENTO DOS CASOS DE MALÁRIA PARA QUE INICIEM O TRATAMENTO EM TEMPO OPORTUNO JUNTO ÀS UNIDADES NOTIFICADORAS</li> </ul> | 70% | 0 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | No primeiro quadrimestre de 2023 não foi notificado nenhum caso de malária.  |   |  |     |   |

|  |   |                                   |   |    |    |
|--|---|-----------------------------------|---|----|----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                       | Manter ações de identificação de casos sintomáticos de malária, visando o início do tratamento em tempo oportuno.   |                                   |   |    |    |
| 10.22 IMPLEMENTAR AÇÕES DE CONTROLE A HANSENÍASE NAS UNIDADES DE SAÚDE | REALIZAR AÇÕES DE CAPACITAÇÃO DE CONTROLE DE HANSENÍASE PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA   | NÚMERO DE CAPACITAÇÕES REALIZADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÃO TEÓRICA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE ÁREAS QUE TENHAM CASOS CONFIRMADOS, FARMACÊUTICOS, ODONTÓLOGOS E PROFISSIONAIS DA REDE DE REABILITAÇÃO;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA COM MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS UBS'S ONDE TENHAM ÁREAS COM MAIOR TAXAS DE INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE;</li> </ul> | 01 | 03 |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foi realizado capacitação teórica para todos os enfermeiros no mês de janeiro e para médicos e odontólogos em abril, além de capacitação teórico-prática para médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas em abril, em parceria com a coordenação estadual. |                                   |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                       |   |                                   |   |    |    |

|   |  |  |   |            |               |
|---|--|--|---|------------|---------------|
| <p>10.23<br/>INTENSIFICAR<br/>AÇÕES PARA<br/>CURA DOS CASOS<br/>NOVOS DE<br/>HANSENÍASE<br/>DIAGNOSTICADOS<br/>NOS ANOS DA<br/>COORTE</p> | <p>REALIZAR<br/>MONITORAME<br/>NTO DO<br/>TRATAMENTO<br/>DOS<br/>PACIENTES<br/>PARA QUE<br/>OBTENHAM A<br/>CURA DA<br/>HANSENÍASE</p>                      | <p>PERCENTUAL<br/>DE CURA DOS<br/>CASOS NOVOS<br/>DIAGNOSTICAD<br/>OS NOS ANOS<br/>DA COORTE</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO DOS PACIENTES EM TRATAMENTO ATRAVÉS DO INSTRUMENTO MAPA DE ACOMPANHAMENTO, EM PARCERIA COM A SAS;</li> <li>• MANUTENÇÃO DA DISPONIBILIZAÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM TEMPO HÁBIL;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE DIVULGAÇÃO SOBRE HANSENÍASE E SEU TRATAMENTO</li> </ul> | <p>90%</p> | <p>100%</p>   |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Dos 10 casos Notificados no SINAN, nos anos da coorte, todos evoluíram com cura.</p>  |  |   |            |               |
| <p><b>AÇÃO<br/>PROPOSTA/ESTRAT<br/>ÉGIAS</b></p>  | <p>Manter estratégia de monitoramento dos pacientes com o agravo, em parceria e comunicação efetiva entre a referência em Hanseníase e Atenção Básica.</p> |  |   |            |               |
| <p>10.24 EXAMINAR<br/>CONTATOS INTRA<br/>DOMICILIARES DE<br/>CASOS NOVOS DE<br/>HANSENÍASE</p>  | <p>IDENTIFICAR AS<br/>UNIDADES QUE<br/>PRECISAM<br/>AVALIAR OS<br/>CONTATOS DE<br/>CASOS NOVOS<br/>DIAGNOSTICAD<br/>OS DE<br/>HANSENÍASE</p>               | <p>PERCENTUAL<br/>DE EXAMES<br/>DOS CONTATOS<br/>IDENTIFICADOS<br/>DOS CASOS<br/>NOVOS</p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIFICAÇÃO NO SINAN DOS PACIENTES QUE TENHAM CONTATOS COM AVALIAÇÃO PENDENTE E ENCAMINHAR PARA AS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE;</li> <li>• CAPTAÇÃO DE TODOS OS CONTATOS</li> </ul>  | <p>82%</p> | <p>77,41%</p> |

|   |  |  |  |    |    |
|---|--|--|--|----|----|
|   |  |  | REGISTRADOS COM AVALIAÇÃO PENDENTE PARA EFETIVAÇÃO DE EXAME DE CONTATOS NAS UBS'S.   |    |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Dos 31 contatos registrados no SINAN nos anos da coorte, 24 foram examinados, e foi realizada várias estratégias de efetivação de captação dos pacientes para exame, porém, sem sucesso. |  |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                      | Intensificar as orientações quanto a importância do exame dos contatos para o paciente diagnosticado, desde o acolhimento.   |  |  |    |    |
| 10.25 FORTALECER A CONTINUIDADE DO GRUPO DE AUTOCUIDADO DE HANSENÍASE | FORTALECER AÇÕES COM OS USUÁRIOS DO GRUPO DE AUTOCUIDADO DE HANSENÍASE   | NÚMERO DE AÇÕES REALIZADAS NO GRUPO DE AUTOCUIDADO DE HANSENÍASE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• FORTALECIMENTO DO GRUPO DE AUTOCUIDADO PARA OS PACIENTES DE HANSENÍASE NA UNIDADE DE REFERÊNCIA;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE ENCONTROS BIMESTRAIS COM TODOS OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE AUTOCUIDADO;</li> <li>• DIVULGAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE SOBRE A EXISTÊNCIA DO GRUPO E CRONOGRAMA DE ENCONTROS, SOLICITANDO QUE OS PROFISSIONAIS SENSIBILIZEM OS PACIENTES DA IMPORTÂNCIA NA</li> </ul> | 02 | 03 |

|   |   |  |   |     |        |
|---|---|--|---|-----|--------|
|   |   |  | PARTICIPAÇÃO NO REFERIDO GRUPO.   |     |        |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | As reuniões foram fortalecidas por conta da equipe trabalhar de forma interdisciplinar, junto aos pacientes e familiares das pessoas com hanseníase   |  |   |     |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter estratégia para manutenção da ação.  |  |   |     |        |
| 10.26<br>INTENSIFICAR AÇÕES PARA CURA DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA | IDENTIFICAR E ACOMPANHAR OS PACIENTES COM TUBERCULOSE BACILÍFERA PARA QUE OBTENHAM A CURA   | PERCENTUAL DE CURA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE BACILÍFERA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÃO TEÓRICA PARA ACS'S E ACE'S, MÉDICOS, ENFERMEIROS, ODONTÓLOGOS E FARMACÊUTICOS;</li> <li>• INTENSIFICAÇÃO DA BUSCA ATIVA DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS ATRAVÉS DAS UBS;</li> <li>• DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO PARA TRATAMENTO EM TEMPO OPORTUNO;</li> <li>• MONITORAMENTO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) NAS UBS.</li> </ul> | 85% | 55,55% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Dos 18 casos de Tuberculose pulmonar, 02 pacientes faleceram por outras causas (01 por Acidente Vascular Cerebral-AVC e 01 por homicídio), 01 faleceu por Tuberculose (Diagnóstico tardio), 02 abandonos de tratamento (Pessoa vivendo em situação de rua-PVSR), 02 transferências da unidade hospitalar para o mesmo município (PVSR), 01 transferência da unidade de referência que não foi |  |   |     |        |

|  |  |   |   |      |     |
|--|--|---|---|------|-----|
|  | captada pela Equipe da Atenção Primária à Saúde-APS.   |   |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                                   | Intensificar a realização de Busca Ativa dos Sintomáticos Respiratórios pelas Equipes da Atenção Primária à Saúde; e realizar capacitação para Enfermeiros sobre Tuberculose: Protocolo de Enfermagem. |   |   |      |     |
| 10.27 REALIZAR EXAMES ANTI-HIV ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE | REALIZAR TESTAGEM PARA HIV EM TODOS OS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE  | PERCENTUAL DE TESTAGEM PARA HIV EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DE TODAS AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE QUANTO O ABASTECIMENTO DOS KITS PARA REALIZAÇÃO DOS TESTES;</li> <li>• ARTICULAÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE NÃO ESTÃO APTOS A REALIZAR O TESTE RÁPIDO COM A COORDENAÇÃO DE IST/AIDS;</li> <li>• IDENTIFICAÇÃO NO SINAN DOS PACIENTES COM TESTE RÁPIDO NÃO REALIZADO E ENCAMINHAR A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / REFERÊNCIA PARA CAPTAR O PACIENTE E EFETIVAR O TESTE.</li> </ul> | 100% | 94% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Dos 18 casos notificados, 01 não realizou a testagem para HIV (pessoa que vive em situação de rua e resistente à efetivação do teste).   |   |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRAT</b>  | Realinhar acolhimento nas unidades de saúde para o público de pessoas que vivem em situação de   |   |   |      |     |

|   |   |  |   |     |        |
|---|---|--|---|-----|--------|
| <b>ÉGIAS</b>  | rua.  |  |   |     |        |
| 10.28 EXAMINAR CONTATOS DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA | EXAMINAR OS CONTATOS DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA                               | PERCENTUAL DE EXAMES DOS CONTATOS DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• INTENSIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO DOS CONTATOS REGISTRADOS PARA AVALIAÇÃO EM TODOS OS CASOS NOTIFICADOS PELAS UBS;</li> <li>• IDENTIFICAÇÃO NO SINAN DOS PACIENTES QUE TENHAM CONTATOS COM AVALIAÇÃO PENDENTE E ENCAMINHAR PARA AS UBS EFETIVAREM A BUSCA E REALIZAÇÃO DO EXAME DESSES CONTATOS.</li> </ul> | 70% | 77,77% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Dos 45 contatos identificados dos casos notificados, 35 foram examinados.                   |  |   |     |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter estratégia de monitoramento de exame dos contatos.                                   |  |   |     |        |
| 10.29 CRIAR FLUXO DE ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL             | REALIZAR TRABALHO EM CONJUNTO COM AS COORDENAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE | FLUXO DE ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL CRIADO E MANTIDO         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE TRABALHO EM CONJUNTO COM A REDE DE ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL DE FORMA ORGANIZADA POR MEIO DE FLUXO DE ATENDIMENTO;</li> </ul>   | 01  | 01     |

|   |  |   |  |      |     |
|---|--|---|--|------|-----|
|   | JUNTO AOS SETORES RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO A VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO DE TODAS AS VÍTIMAS APÓS VIOLÊNCIA, IDENTIFICANDO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA O TRABALHO CONTINUADO A ESSA VÍTIMA.</li> </ul>         |      |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Foram realizadas reuniões com a coordenação da saúde da mulher, da criança e adolescente para junto aos setores responsáveis pelos atendimentos a essa vítima, estabelecermos um fluxo unificado de atendimento. Também foi realizada reuniões com os hospitais HEDH, Regional e Rede de Assistência às Vítimas de Violência Sexual (RAVVS).   |   |  |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Continuar com reuniões junto às coordenações e núcleos responsáveis para o seguimento correto de fluxo de vítima de violência sexual.  |   |  |      |     |
| 10.30 MANTER AS UBS ABASTECIDAS REGULARMENTE COM AS VACINAS, DE ACORDO COM O CALENDÁRIO NACIONAL DO PNI | MANTER ABASTECIMENT O REGULAR NAS UBS COM AS VACINAS DE ACORDO COM O CALENDÁRIO NACIONAL DO PNI  | PERCENTUAL DE UBS ABASTECIDAS REGULARMENT E COM AS VACINAS DE ACORDO COM O CALENDÁRIO NACIONAL DO PNI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACOMPANHAMENTO SEMANAL DO ESTOQUE DE VACINAS JUNTO ÀS UNIDADES DE SAÚDE;</li> <li>• ENVIO DE PEDIDOS EXTRAS DE VACINAS, QUANDO NECESSÁRIO.</li> </ul> | 100% | 98% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Tivemos desabastecimentos de alguns imunobiológicos pelo Ministério da Saúde (MS) como Varicela, Tríplice Viral e Hepatite B e; no momento, a vacina VOP que ocasionou em uma limitação das ações de vacinação e limitação na distribuição das cotas mensais. Instruímos as equipes para a realização das ações envolvendo a vacinação somente dos grupos prioritários, conforme os protocolos do MS. Ações normalizadas quanto às vacinas T. Viral, Hep. B e Varicela, a VOP permanecemos no aguardo da regularização no envio pela CREADI das doses suficientes para suprir a demanda municipal. |   |  |      |     |

|  |   |   |  |      |        |
|--|---|---|--|------|--------|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Ajustar a distribuição dos imunizantes de acordo com a demanda de cada unidade, mesmo em quantidades insuficientes para a rotina, porém de acordo com o quantitativo recebido e mediante orientação das Notas Informativas do PNI Estadual. |   |  |      |        |
| 10.31 GARANTIR A OFERTA DAS VACINAS PRECONIZADAS NO CALENDÁRIO VACINAL DAS GESTANTES | MONITORAR AS UNIDADES DE SAÚDE PARA GARANTIA DAS VACINAS PRECONIZADAS NO CALENDÁRIO VACINAL DAS GESTANTES   | PERCENTUAL DAS UNIDADES DE SAÚDE ABASTECIDAS COM VACINAS PRECONIZADAS NO CALENDÁRIO VACINAL DAS GESTANTES | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MANUTENÇÃO E ABASTECIMENTO DAS UBS COM VACINAS PRECONIZADAS NO CALENDÁRIO VACINAL DAS GESTANTES ENVIADAS PELO MS;</li> <li>• ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO QUE FACILITE O ACOMPANHAMENTO MENSAL DAS DOSES DE VACINAS APLICADAS NAS GESTANTES.</li> </ul> | 100% | 90%    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Mantido abastecimento regular para todas as salas de vacinas do município das vacinas destinadas às gestantes dT, dTpa e Hepatite B.  |   |  |      |        |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Garantir o abastecimento regular das vacinas para a rotina de vacinação das gestantes e estratégias de ampliação para atualização do calendário vacinal.  |   |  |      |        |
| 10.32 REDUZIR O ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL DA DENGUE                               | ATINGIR A PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 04 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA   | PERCENTUAL DE VISITAS REALIZADAS EM PELO MENOS 04 CICLOS PARA CONTROLE DA DENGUE                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• VISITA DOMICILIAR BIMESTRAL EM 100% DOS IMÓVEIS;</li> <li>• PESQUISA LARVÁRIA NOS PONTOS ESTRATÉGICOS, EM CICLOS QUINZENAIS, COM TRATAMENTO FOCAL E/OU RESIDUAL;</li> <li>• TRATAMENTO DOS IMÓVEIS COM</li> </ul>                                       | 80%  | 84,2 % |

|   |  |  |  |      |      |
|---|--|--|--|------|------|
|   | DENGUE   |  | LARVICIDA, QUANDO NECESSÁRIO;<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• FORNECIMENTO DOS INSUMOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS.</li> </ul>   |      |      |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | No primeiro quadrimestre a redução do índice de infestação predial da Dengue, realizou visitas nos imóveis e atingiu no 1º ciclo <b>84,2 %</b> e no 2º ciclo <b>82,1 %</b> . |  |  |      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                          | Manter as ações de controle e prevenção nas comunidades.   |  |  |      |      |
| 10.33 MONITORAR OS CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE CHIKUNGUNYA | MONITORAR OS CASOS NOTIFICADOS DE FEBRE CHIKUNGUNYA POR UNIDADE DE SAÚDE   | PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DE FEBRE CHIKUNGUNYA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• INTENSIFICAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES SOBRE A MANIFESTAÇÃO CLÍNICA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, REABILITAÇÃO, GRUPOS DE RISCO E FLUXO ASSISTENCIAL;</li> <li>• DISPONIBILIZAÇÃO DE FLUXOGRAMA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E DE MANEJO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE CHIKUNGUNYA E AS DIRETRIZES CLÍNICAS PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE;</li> <li>• ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE CHIKUNGUNYA.</li> </ul> | 100% | 100% |

|  |   |   |  |            |              |
|--|---|---|--|------------|--------------|
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Dos 03 casos notificados no 1º trimestre de 2023 de Febre Chikungunya, 02 casos foram confirmados, acompanhados e encerrados em tempo oportuno no prazo de 60 dias, e 01 caso foi descartado. Desses 03 casos notificados e descartados, 02 casos foram da UBS do Bairro Arnon de Melo e 01 caso da UBS do Bairro Bom Sucesso.</p> |   |  |            |              |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Fortalecer as ações de combate ao Aedes Aegypti através de salas de espera nas Unidades Básicas de Saúde e realização de mutirões de limpeza nas comunidades</p>   |   |  |            |              |
| <p>10.34 IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA COM CAMPO RAÇA/COR PREENCHIDO COM INFORMAÇÃO VÁLIDA</p> | <p>ALCANÇAR NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA COM O CAMPO RAÇA/COR PREENCHIDO COM INFORMAÇÕES VÁLIDAS</p>  | <p>PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA COM CAMPO RAÇA/COR PREENCHIDO COM INFORMAÇÃO VÁLIDA</p> <p>FONTE: PQA-VS/2017</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO E ANÁLISE MENSAL ATRAVÉS DO SINAN, A PROPORÇÃO DO PREENCHIMENTO DO CAMPO “RAÇA/COR” NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS A VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA;</li> <li>• INFORMAÇÃO ATRAVÉS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, BEM COMO AOS RESPONSÁVEIS PELOS NÚCLEOS DE EPIDEMIOLOGIA DOS HOSPITAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO DO CAMPO “RAÇA/COR” NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA;</li> </ul> <p>REALIZAÇÃO DE NO MÍNIMO 01 VISITA AOS NÚCLEOS DE</p> | <p>95%</p> | <p>93,1%</p> |

|   |  |  |  |     |       |
|---|--|--|--|-----|-------|
|   |  |  | VIGILÂNCIA HOSPITALAR DO HEDH, HRA, E CHAMA PARA O MONITORAMENTO DOS DADOS VÁLIDOS.  |     |       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | No primeiro quadrimestre foram notificados 216 casos de violência autoprovocada, destes 201 (93,1%) tiveram o campo raça/cor preenchidos e 15 (6,9%) tiveram o campo ignorado. |  |  |     |       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter as ações de monitoramento junto aos Núcleos de Vigilância Hospitalar no sentido de enfatizar a importância do preenchimento do campo raça/cor.                          |  |  |     |       |
| 10.35 IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE CASOS DE INTOXICAÇÃO COM O GRUPO DO AGENTE TÓXICO IDENTIFICADO | IDENTIFICAR CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA COM O GRUPO DO AGENTE TÓXICO IDENTIFICADO   | PERCENTUAL DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA COM O GRUPO DO AGENTE TÓXICO IDENTIFICADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DE ANÁLISE DE RELATÓRIOS DO SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO, PARA IDENTIFICAR AS NOTIFICAÇÕES SEM IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE</li> </ul> | 80% | 93,3% |

|                                  |   |              |  |  |  |
|----------------------------------|---|--------------|--|--|--|
|                                  |   | FONTE: INVIG | <p>TÓXICO PARA BUSCA ATIVA EM PRONTUÁRIO E RECUPERAÇÃO DA INFORMAÇÃO;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NAS UNIDADES NOTIFICADORAS PARA DISCUTIR ESTRATÉGIAS DE ALCANCE DO INDICADOR;</li> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O PREENCHIMENTO VÁLIDO DO AGENTE TÓXICO NAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO;</li> <li>• MONITORAMENTO E REALIZAÇÃO DE VISITAS TÉCNICAS.</li> </ul> |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                 | Foi realizada visitas e acompanhamento junto aos Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH) e Unidades Notificadoras o preenchimento do campo AGENTE TÓXICO. Das 283 notificações realizadas no primeiro quadrimestre de 2023, 264 (93,2%) tiveram o campo Agente Tóxico preenchido e 19 (6,7%) tiveram campo ignorado. |              |  |  |  |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b> | Intensificar e manter as ações propostas.   |              |  |  |  |

|  |   |  |  |            |             |
|--|---|--|--|------------|-------------|
| <p>10.36 IDENTIFICAR PROPORÇÃO DE CASO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA INVESTIGADOS OPORTUNAMENTE</p> | <p>INVESTIGAR CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA ENCERRADOS EM ATÉ 180 DIAS A PARTIR DA NOTIFICAÇÃO</p>   | <p>PERCENTUAL DE CASOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA ENCERRADOS EM ATÉ 180 DIAS A PARTIR DA NOTIFICAÇÃO</p> <p>FONTE: INVIG</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE ANÁLISE DE RELATÓRIOS BIMESTRALMENTE NO SINAN PARA IDENTIFICAR AS UNIDADES DE SAÚDE NOTIFICADORAS QUE NÃO ESTÃO ALCANÇANDO O INDICADOR;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE NO MÍNIMO 01 VISITA TÉCNICA NOS HOSPITAIS;</li> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O CUMPRIMENTO DOS PRAZOS PARA A NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DO AGRAVO EM TEMPO OPORTUNO DE ENCERRAMENTO;</li> <li>• MONITORAMENTO E ELABORAR CRONOGRAMA DE VISITAS E ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES.</li> </ul> | <p>80%</p> | <p>100%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Foi realizada visitas e acompanhamento junto aos Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH) e Unidade Notificadoras o preenchimento do campo AGENTE TÓXICO e encerramento dentro do prazo de 180 dias. Foram realizadas 376 notificações de Intoxicação Exógena, destas: (1 notificação classificada com o campo ignorado/ branco, 353 notificações classificadas como Intoxicação confirmada, 16 notificações como Reação Adversa, 5 notificações classificada com o campo outro Diagnóstico e 1 notificação classificada como Síndrome de Abstinência), sendo todas encerradas no prazo de 180 dias.</p> |  |  |            |             |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRAT</b></p>   | <p>Intensificar visitas e manter as ações propostas.</p>  |  |  |            |             |

|   |  |   |  |                      |      |
|---|--|---|--|----------------------|------|
| <b>ÉGIAS</b>  |  |   |  |                      |      |
| 10.37 ENCERRAR EM TEMPO OPORTUNO OS CASOS NOTIFICADOS DE DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA | REALIZAR ENCERRAMENT O OPORTUNO DOS CASOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA   | PERCENTUAL DE ENCERRAMENT O OPORTUNO DOS CASOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MONITORAMENTO DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA PARA O ENCERRAMENTO OPORTUNO;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS UNIDADES NOTIFICADORAS PARA A AGILIDADE DAS INVESTIGAÇÕES.</li> </ul>   | 100%<br>(PQA-VS 80%) | 100% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Dos casos de notificação compulsória inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, no primeiro quadrimestre, todos foram encerrados em tempo oportuno. |   |  |                      |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter as ações de monitoramento de encerramento de casos em tempo oportuno.   |   |  |                      |      |
| 10.38 IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE NASCIMENTO REGISTRADO NO SINASC EM ATÉ 60 DIAS DE OCORRÊNCIA       | INTENSIFICAR A INSERÇÃO DO REGISTRO NO SINASC EM ATÉ 60 DIAS   | PERCENTUAL DE REGISTRO NO SINASC EM ATÉ 60 DIAS                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE BUSCA ATIVA DE DADOS QUE NECESSITEM NO PREENCHIMENTO E PARCERIA COM OUTRAS INSTITUIÇÕES PARA MELHORIA DO REGISTRO DOS NASCIDOS VIVOS E COMPLETEDE DE INFORMAÇÕES.</li> <li>• AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DESTES REGISTROS DE FORMA CONTÍNUA.</li> </ul> | 90%<br>(PQA-VS 90%)  | 100% |

|  |  |  |   |                 |      |
|--|--|--|---|-----------------|------|
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Dos 608 registros de nascidos vivos residentes de Arapiraca no primeiro quadrimestre, todos foram digitados no SINASC em até 60 dias. Semanalmente um profissional da Epidemiologia faz visita nos estabelecimentos hospitalares para recolher e abastecer as Declaração de Nascidos Vivos (DNV 's). |  |   |                 |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Manter ações e monitoramento de inserção e correção das Declarações de Nascidos Vivos.   |  |   |                 |      |
| 10.39 IDENTIFICAR A PROPORÇÃO DE CASOS DIAGNOSTICADOS PARA ESQUISTOSSOMOSE COM TRATAMENTO REALIZADO                        | MONITORAR A PROPORÇÃO DE CASOS DIAGNOSTICADOS PARA A ESQUISTOSSOMOSE COM TRATAMENTO  | PERCENTUAL DE CASOS DIAGNOSTICADOS PARA ESQUISTOSSOMOSE      | <ul style="list-style-type: none"> <li>BUSCA ATIVA, EM CONJUNTO COM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE 100% DAS PESSOAS POSITIVADAS;</li> <li>EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NAS UNIDADES DE SAÚDE, PARA SENSIBILIZAÇÃO QUANTO À IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.</li> </ul>                         | 90%             | 30%  |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foram notificados 02(dois) casos no mês de fevereiro, 01 residente do Bairro Brasília e 01 do Bairro Verdes Campos. Estamos no aguardo do seguimento dos exames para encerramento dos casos.   |  |   |                 |      |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Realizado monitoramento dos casos junto às UBS de referência.  |  |   |                 |      |
| 10.40 INSERIR NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO-SINAN, TODOS OS CASOS NOTIFICADOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO | INTENSIFICAR JUNTO ÀS US A NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS PARA INCLUSÃO NO SINAN  | PERCENTUAL DE US COM ENVIO REGULAR DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>INTENSIFICAÇÃO DA INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO NO SINAN DOS CASOS DE ARAPIRACA;</li> <li>MONITORAMENTO DA INSERÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS INSERIDOS NO SINAN DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA.</li> </ul> | 90%<br>(PQA-VS) | 100% |

|   |   |   |                   |                           |                       |
|---|---|---|-------------------|---------------------------|-----------------------|
|   |   |   |                   |                           |                       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Dentre os Agravos de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), notificados no primeiro quadrimestre de 2023, todos foram enviados e inseridos no sistema do SINAN. |   |                   |                           |                       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter ações de monitoramento e inserção de notificação no SINAN.   |   |                   |                           |                       |
| <p><b>DIRETRIZ VI:</b> Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde</p> <p><b>OBJETIVO 11:</b> Aprimorar o processo da Análise da Informação em Saúde, para o estabelecimento de prioridades.</p> <p><b>SUBFUNÇÃO:</b> Vigilância Epidemiológica</p> |   |   |                   |                           |                       |
| <b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b>   | <b>DESCRIÇÃO DA META</b>  | <b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b> | <b>ATIVIDADES</b> | <b>META PREVISTA 2023</b> | <b>META EXECUTADA</b> |

|  |   |   |  |           |           |
|--|---|---|--|-----------|-----------|
| <p>11.1 APOIAR AÇÕES DE TRANSPARÊNCIA COM MELHORIAS NO ACESSO À INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</p> | <p>FORTALECER A DISSEMINAÇÃO DOS DADOS SOBRE NASCIDOS VIVOS, DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, ESTRUTURA DE SERVIÇOS E ESTABELECIMENTOS DA REDE SUS, E DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS, DE MORTALIDADE GERAL, INFANTIL E DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL</p>   | <p>Nº BOLETIM DE SITUAÇÃO DE SAÚDE PUBLICADO NO SITE DA SMS ARAPIRACA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO COM ÁREAS TÉCNICAS SAS/SUVIG PARA DEFINIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES DE BOLETINS CONFORME ÁREAS TEMÁTICAS;</li> <li>• PUBLICAÇÃO SEMANAL DE BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-19 CONFORME NECESSIDADE DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA;</li> <li>• APOIO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CIEVS ARAPIRACA) PARA ACOMPANHAR A OPORTUNIDADE DE NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA.</li> </ul> | <p>01</p> | <p>01</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Foi realizada publicação do Boletim Anual da Hanseníase em Arapiraca/AL; reunião com a Área Técnica de Tuberculose para definições do Boletim Tuberculose (em construção); monitoramento das Doenças de Notificação Compulsória Imediata com o CIEVS; publicação de boletins semanais de monitoramento COVID-19, sendo que essa doença deixa de ser um agravo de Emergência de Saúde Pública pela OMS; além do monitoramento semanal da evolução dos casos de arboviroses em Arapiraca com o uso do Diagrama de Controle seguindo a normativa estabelecida pelo Ministério da Saúde. Também teve apresentação da Análise de Situação de Saúde na IX Conferência Municipal de Saúde de Arapiraca/AL; apresentação da Situação de Saúde das Crianças e Adolescentes no</p> |   |  |           |           |

|  |  |  |   |    |    |
|--|--|--|---|----|----|
|  | Seminário Municipal de Enfrentamento às Violências contra Crianças e Adolescentes promovido pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social; além da realização de Monitoramento da Situação dos Vírus Respiratórios em Arapiraca com envio de solicitação ao Estado para aprovação da Criação da Unidade Sentinela Municipal de Vírus Respiratórios com o apoio do CIEVS Arapiraca. |  |   |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Solicitar pessoas para apoiar nas atividades de análise de situação de saúde.  |  |   |    |    |
| 11.2 PROMOVER A MELHORIA DOS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO DE DADOS EM SAÚDE | FORTALECER O PROCESSO DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DOS DADOS PREENCHIDOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO   | Nº DE RELATÓRIOS DA QUALIDADE DOS DADOS DOS SISTEMAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO QUADRIMESTRAL COM OS NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR PARA MITIGAR A INCOMPLETUDE DOS DADOS PREENCHIDOS NAS DECLARAÇÕES DE NASCIDO VIVO E DECLARAÇÕES DE ÓBITO;</li> <li>• CONFECÇÃO DE RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DAS INCOMPLETUDES DAS FICHAS INSERIDAS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SIM E SINASC;</li> <li>• REUNIÃO COM ÁREAS TÉCNICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA FORTALECER O ACOMPANHAMENTO DAS COMPLETUDES DOS CAMPOS DAS FICHAS DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.</li> </ul> | 03 | 01 |

|  |   |  |                          |                                  |                              |
|--|---|--|--------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>No primeiro quadrimestre ocorreu reunião com os núcleos hospitalares e coordenações de enfermagem dos hospitais, a fim da correção das incompletudes, bem como preenchimento de campos obrigatórios. O Estado encaminhou planilhas de 2021 e 2022 onde ocorreu o Monitoramento do preenchimento das Declaração de Nascidos Vivos, o ano de 2021 foi o mais prejudicado, pois neste período o trabalho estava realizado home office o que dificultou o fluxo de retorno das correções em tempo oportuno. Quanto às Declarações de Óbito estão sendo realizadas mediante a apresentação de relatórios enviados pela Secretaria de Estado, sendo feitas as devidas correções e corrigidas as incompletudes de dados. Já às fichas das doenças de notificação compulsória, foi acertado para as áreas técnicas fortalecerem os fluxos de envio e preenchimento dos campos em tempo oportuno, sendo mantido contato com as Unidades Hospitalares para o envio das correções necessárias e gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Foi solicitado a visita técnica do Estado para avaliar os sistemas, pois foram observadas inconsistências nos bancos de dados do SINAN e SIM, SINASC sendo provável visita técnica prevista para o dia 25 do corrente mês.</p> |  |                          |                                  |                              |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Realizar as reuniões quadrimestrais para apresentação dos relatórios de preenchimento das fichas citadas; bem como solicitar à Secretaria de Estado uma forma de facilitar o acesso às correções.</p>  |  |                          |                                  |                              |
| <p><b>DIRETRIZ VI:</b> Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde</p> <p><b>OBJETIVO 12:</b> Fortalecer a integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, com vistas ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.</p> <p><b>SUBFUNÇÕES:</b> Vigilância Epidemiológica/Atenção Básica</p> |   |  |                          |                                  |                              |
| <p><b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b></p>   | <p><b>DESCRIÇÃO DA META</b></p>   | <p><b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b></p> | <p><b>ATIVIDADES</b></p> | <p><b>META PREVISTA 2023</b></p> | <p><b>META EXECUTADA</b></p> |

|  |   |  |   |            |              |
|--|---|--|---|------------|--------------|
| <p>12.1 APRIMORAR O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS NAS UNIDADES DE SAÚDE</p> | <p>REALIZAR TRABALHO JUNTO COM A AB PARA APRIMORAR O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO</p>  | <p>PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS REALIZADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• INTENSIFICAÇÃO DAS OFICINAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA O APRIMORAMENTO DAS INVESTIGAÇÕES DE ÓBITO;</li> <li>• CONSCIENTIZAÇÃO NAS UBS E NVE SOBRE PRAZO DE ENTREGA E IMPORTÂNCIA DA ENTREGA EM TEMPO HÁBIL;</li> <li>• INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO IN LOCO JUNTO COM A COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA, SAÚDE DA MULHER E REDE CEGONHA.</li> </ul> | <p>80%</p> | <p>21,3%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Foram realizadas reuniões junto ao grupo técnico do VIGIÓBITO (Coordenação de Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, Coordenação da Rede Cegonha e Direção da Vigilância Epidemiológica) para a reativação do Comitê de Redução de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal. Sendo assim, houveram 532 D.O's digitadas no primeiro quadrimestre (6 investigações de óbito Fetais, 87 investigações de óbito de MIF e 15 investigações de óbito Infantil, totalizando assim 108 óbitos). Apresentou registro de investigação concluída no SIM federal 23 óbitos (4 investigações de óbitos fetais, 2 investigações de óbitos infantis e 17 investigações óbito de MIF). Algumas investigações obtiveram pendência em decorrência de inúmeras tentativas de encontrar a mãe, mas a mesma se evadiu do local de residência e fez pré-natal particular o que, acabou dificultando o encerramento da investigação.</p> <p>Realizado contato com os gerentes das unidades de saúde para a entrega de investigação de óbito em tempo hábil (prazo de 120 dias para o registro no SIM federal).</p> |  |   |            |              |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Manter contato com as Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Vigilância Hospitalar para entrega de investigação de óbito domiciliar e hospitalar em tempo hábil para registro no Sistema de Informação de Óbito (SIM). Efetivar ativação do Comitê de Redução de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal.</p>  |  |   |            |              |

|   |  |   |   |             |           |
|---|--|---|---|-------------|-----------|
| <p>12.2 FORTALECER/GARANTIR A INTEGRAÇÃO DO TRABALHO DOS ACE COM AS ESF</p> | <p>ARTICULAR JUNTO À SAS A INTEGRAÇÃO DO TRABALHO DOS ACE COM AS ESF</p>   | <p>PERCENTUAL DE ESF COM TRABALHO INTEGRADO AOS ACE</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PARCERIA COM A SAS (SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE),SGTES (SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE), AÇÕES E CAPACITAÇÕES QUE RESULTEM NA MELHORIA DA INTEGRAÇÃO DO ACS COM AS UBS;</li> <li>• AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS ACS E ACE EM PARCERIA COM A COORDENAÇÃO DAS ARBOVIROSES, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, CCZ E SAS.</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>0%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>No primeiro quadrimestre não ocorreu nenhuma ação de integração dos Agente de Combate às Endemias (ACE) nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Temos algumas integrações a serem articuladas com a Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) com objetivo de integrar o ACE nas capacitações e ações em conjunto com a ESF.</p> |   |   |             |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>                                     | <p>Articular com a SAS a fim de melhorar a integração dos ACE nas ESF.</p>   |   |   |             |           |

|  |   |   |   |                        |                       |
|--|---|---|---|------------------------|-----------------------|
| <p>12.3 REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL</p> | <p>INTENSIFICAR AÇÕES PARA REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL</p>  | <p>TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL</p> <p>CÁLCULO:</p> <p>NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO DE IDADE NO PERÍODO/NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NO PERÍODO X 1.000NV</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS ÁREAS DE SAÚDE DA CRIANÇA, SAÚDE DA MULHER, REDE CEGONHA, ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA DISCUTIR OS ÓBITOS INFANTIS. CAUSAS E PROPOSTAS PARA SUA EVITABILIDADE;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE REUNIÕES SISTEMÁTICA DO VIGIÓBITO;</li> <li>• REATIVAÇÃO DO COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL.</li> </ul> | <p>13,21 /1.000 NV</p> | <p>15,84/1.000 NV</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>                            | <p>Foi realizado tabulação de janeiro a abril dos residentes do município de Arapiraca, sendo 18 óbitos por 1.136 Nascidos Vivos. Foram realizadas reuniões junto ao grupo técnico do VIGIÓBITO (Coordenação de Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, Coordenação da Rede Cegonha e Direção da Vigilância Epidemiológica) para a ativação do Comitê de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal onde já foi elaborada a portaria a qual foi apreciada pela Secretária de Saúde, assinada pelo prefeito, encaminhada a Procuradoria do Município e segue em trâmites para a implantação.</p> |   |   |                        |                       |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>            | <p>Manter contato com as Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Vigilância Hospitalar para entrega de Investigações de óbito domiciliar e hospitalar em tempo hábil para registro no Sistema de informação Óbito (SIM), efetivar ativação do Comitê de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal.</p>   |   |   |                        |                       |

|   |  |                                      |   |                          |                         |
|---|--|--------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------|
| <p>12.4 REDUZIR A MORTALIDADE PREMATURA PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT (30 A 69 ANOS)</p> | <p>MONITORAR AS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE RELACIONADAS ÀS DCNT E AS ATIVIDADES PREVENTIVAS REALIZADAS PELA UBS</p>  | <p>TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE ANÁLISE DO RELATÓRIO DE ÓBITOS ATRAVÉS DO SIM – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE, PARA ACOMPANHAMENTO DOS DADOS;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS COORDENAÇÕES DA SAS, PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE;</li> <li>• APOIO NAS AÇÕES ESPECÍFICAS DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ÂMBITO DO ESTADO E MUNICÍPIO;</li> <li>• MONITORAMENTO JUNTO A RUE E CONTROLE E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES.</li> <li>• MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO AOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS REALIZADAS NAS UBS E ESCOLAS DO PSE.</li> </ul> | <p>294,00 /100.000 h</p> | <p>101,20/100.000 h</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Foi realizado tabulação de janeiro a abril dos óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) dos residentes do município de Arapiraca. Sendo: 31 óbitos por neoplasias, 4 óbitos por doenças do aparelho respiratório, 60 óbitos por doenças cardiovasculares e 14 óbitos por diabetes,</p> |                                      |   |                          |                         |

|  |  |  |  |     |     |
|--|--|--|--|-----|-----|
|  | totalizando 109 óbitos, além da realização das ações de prevenção das DCNT a nível de Unidade Básica de Saúde.   |  |  |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Realizar monitoramento da Mortalidade Prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT (neoplasias, diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório) junto a Coordenação de Doenças Crônicas da Atenção à Saúde e articular estratégias para alcance deste indicador. E aprimorar ações voltadas à prevenção das doenças cardiovasculares junto com a Coordenação das Doenças Crônicas e Promoção da Saúde.  |  |  |     |     |
| 12.5 INTENSIFICAR A COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO | MONITORAR E INCENTIVAR A COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO  | PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO COM OS PROFISSIONAIS DA AB A IMPORTÂNCIA DA SENSIBILIZAÇÃO DOS ACS NA BUSCA ATIVA DOS FALTOSOS:</li> <li>• ELABORAÇÃO DE PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO MENSAL DAS DOSES DE VACINA PENTAVALENTE E PÓLIO INATIVADA ADMINISTRADA POR UNIDADE DE SAÚDE E CONFRONTAR COM O SISTEMA SI-PNI SE ESTÃO SENDO REGISTRADAS DE FORMA CORRETA.</li> </ul> | 95% | 80% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Realizamos atualização em Sala de Vacina para todos os profissionais da Enfermagem da Atenção Básica e sensibilização com os Agentes Comunitários de Saúde sobre a importância da Vacinação. Com o desabastecimento no Brasil da vacina oral contra a Poliomielite estamos com dificuldade em suprir a demanda das salas de vacinas em virtude da insuficiência de doses recebidas e com isso a média vacinal da VOP (1º reforço) mês de abril foi 20,04% em crianças de até 1 ano, conforme calendário vacinal e percentual da Pentavalente 73,65% em crianças < de 1 ano de idade. |  |  |     |     |

|   |   |   |   |  |     |
|---|---|---|---|--|-----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Aguardar o reabastecimento da VOP pela CREADI (Central Regional de Abastecimento dos Imunobiológicos) e normalizar a distribuição das doses para as Unidades Básicas de Saúde; realizar ações de busca ativa das crianças com doses atrasadas para a idade da VOP, bem como realizar monitoramento pelos ACS e atualizar os esquemas vacinais das crianças com possíveis atrasos da Pentavalente. |   |   |  |     |
| 12.6 APRIMORAR A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV PARA GESTANTES   | INTENSIFICAR A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV NAS UNIDADES DE SAÚDE  | PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA SÍFILIS E HIV  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DISPONIBILIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA AS GESTANTES NAS UBS, A FIM DE REALIZAREM A TESTAGEM NO PRIMEIRO E TERCEIRO TRIMESTRE;</li> <li>• CAPACITAÇÃO DE RH SEMPRE QUE NECESSÁRIO.</li> </ul>   | 60%  | 30% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Com base nos dados fornecidos pelo PREVINE BRASIL, 827 gestantes realizaram os testes rápidos no 1º e 3º trimestre de gestação.   |   |   |  |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter ação proposta.   |   |   |  |     |
| REALIZAR O MONITORAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS E ACOMPANHAR O PERCENTUAL DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM RELAÇÃO AO TOTAL DE CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES RESIDENTES NO | REALIZAR O MONITORAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NAS GESTANTES RESIDENTES EM ARAPIRACA   | PERCENTUAL DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM RELAÇÃO AO TOTAL DE CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES, NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE ARAPIRACA. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM PARCERIA COM A SAS E COORDENAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA, PARA REALIZAÇÃO DA TESTAGEM EM TEMPO HÁBIL;</li> <li>• INSERÇÃO DOS CASOS NOVOS NOTIFICADOS E MONITORAMENTO, ATRAVÉS DO SINAN</li> </ul> | 31,81%<br><br>(REDUÇÃO DE UM PONTO PERCENTUAL DO VALOR DO ANO BASE OU A MANUTENÇ | 0%  |

|   |  |  |  |                           |     |
|---|--|--|--|---------------------------|-----|
| MUNICÍPIO DE ARAPIRACA.<br><br>PQA-VS           |  |  |  | ÃO DE PERCENTUAL AL ZERO) |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                | Com base nos dados do SINAN não foi notificado nenhum caso de sífilis congênita no 1º trimestre, em relação a um caso de sífilis em gestante notificado no mês de janeiro. |  |  |                           |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                | Manter ações propostas.  |  |  |                           |     |
| 12.7 PRIORIZAR INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS INFANTIS | INVESTIGAR ÓBITOS INFANTIS ATÉ 120 DIAS  | PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS ATÉ 120 DIAS<br><br>FONTE: SELO UNICEF E INVIG | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS ÁREAS DE SAÚDE DA MULHER, ATENÇÃO BÁSICA, E MÉDIA É ALTA COMPLEXIDADE, PARA DISCUTIR OS FETAIS E INFANTIS, CAUSAS E PROPOSTAS PARA A SUA EVITABILIDADE;</li> <li>• ELABORAÇÃO DE FLUXO DE SOLICITAÇÃO OFICIAL DE INVESTIGAÇÕES E PRONTUÁRIOS DE ÓBITO MATERNO EM ATRASO NÃO SOMENTE AOS NÚCLEOS DE INVESTIGAÇÃO, MAS A OUTRAS COORDENAÇÕES HOSPITALARES OU QUALQUER SERVIÇO QUE REALIZE ASSISTÊNCIA</li> </ul> | 80%                       | 50% |

|   |   |   |  |     |     |
|---|---|---|--|-----|-----|
|   |   |   | <p>OBSTÉTRICA PRÉ-NATAL E DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÕES SISTEMÁTICAS DO GRUPO TÉCNICO PARA A SÍNTESE DAS INVESTIGAÇÕES.</li> </ul>                                    |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                              | <p>Foi realizado tabulação de outubro de 2022 à janeiro de 2023, levando em consideração que temos o prazo de 120 dias para o encerramento dos casos.</p> <p>Sendo assim, houve 2 óbitos infantis, sendo 1 com investigação cadastrada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e 1 com investigação não cadastrada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) houve inúmeras tentativas de contato no intuito de encontrar a mãe, mas a mesma se evadiu do local de residência e fez o pré-natal particular não sendo possível obter as informações para concluir a investigação. Embora tenha havido melhora, ainda se observa dificuldades na entrega de investigação de óbito à nível de Unidade Básica de Saúde. Também foi realizada reuniões junto ao grupo técnico do VIGIÓBITO (Coordenação da Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, Coordenação da Rede Cegonha e Direção da Vigilância Epidemiológica).</p> |   |  |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>              | <p>Ativar o Comitê de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal do município de Arapiraca, manter contato com as Unidades Básicas de Saúde e Núcleos Hospitalares para entrega das investigações de óbito domiciliar e hospitalar em tempo hábil para registro no SIM e traçar estratégias para as áreas técnicas irem in loco para realização das investigações junto com à APS.</p>   |   |  |     |     |
| 12.8 PRIORIZAR INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS FETAIS | INVESTIGAR ÓBITOS FETAIS ATÉ 120 DIAS   | <p>PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS FETAIS ATÉ 120 DIAS</p> <p>FONTE: SELO UNICEF E INVIG</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS ÁREAS DE SAÚDE DA MULHER, ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA DISCUTIR OS FETAIS E INFANTIS, CAUSAS E PROPOSTAS PARA A SUA EVITABILIDADE;</li> </ul> | 80% | 50% |

|  |  |   |  |                           |                       |
|--|--|---|--|---------------------------|-----------------------|
|  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>REUNIÕES SISTEMÁTICAS DO GRUPO TÉCNICO PARA A SÍNTESE DAS INVESTIGAÇÕES.</li> </ul> |                           |                       |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | <p>Foi realizado tabulação de outubro de 2022 à janeiro de 2023 levando em consideração que temos o prazo de 120 dias para o encerramento dos casos. Sendo assim, houve 6 óbitos fetais, sendo 3 com investigação cadastrada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Embora tenha havido melhora, ainda se observa dificuldades na entrega de investigação de óbito à nível de Unidade Básica de Saúde. Também ocorreu a realização de reuniões junto ao grupo técnico do VIGIÓBITO (Coordenação da Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, Coordenação da Rede Cegonha e Direção da Vigilância Epidemiológica).</p> |   |  |                           |                       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | <p>Ativar o Comitê de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal do município de Arapiraca, manter contato com as Unidades Básicas de Saúde e Núcleos Hospitalares para entrega das investigações de óbito domiciliar e hospitalar em tempo hábil para registro no SIM e traçar estratégias para as áreas técnicas irem in loco para realização das investigações junto com à APS.</p>  |   |  |                           |                       |
| <p><b>DIRETRIZ VI: Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde</b></p> <p><b>OBJETIVO 13:</b> Fortalecer e aprimorar as ações de Promoção da Saúde.</p> <p><b>SUBFUNÇÃO:</b> Vigilância Epidemiológica</p> |  |   |  |                           |                       |
| <b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b>  | <b>DESCRIÇÃO DA META</b>   | <b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b> | <b>ATIVIDADES</b>  | <b>META PREVISTA 2023</b> | <b>META EXECUTADA</b> |

|  |   |  |   |            |            |
|--|---|--|---|------------|------------|
| <p>13.1 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE COMBATE AO MOSQUITO AEDES AEGYPTI</p> | <p>ACOMPANHAR AS AÇÕES DE COMBATE AO AEDES AEGYPTI</p>  | <p>PERCENTUAL DE ATIVIDADES PLANEJADAS PARA O COMBATE AO AEDES AEGYPTI</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PROGRAMAÇÃO DOS MUTIRÕES CONTEMPLANDO 100% DAS UBS;</li> <li>• REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES VOLTADAS AO COMBATE AOS CRIADOUROS DO MOSQUITO AEDES AEGYPTI, NAS ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS;</li> <li>• REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES VOLTADAS AO COMBATE AOS CRIADOUROS DO MOSQUITO AEDES AEGYPTI, NAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE;</li> <li>• REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES PREVENTIVAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS EXISTENTES NA COMUNIDADE (EX.: SALAS DE ESPERA NAS ESCOLAS, IGREJAS, ETC.).</li> </ul> | <p>80%</p> | <p>40%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Foi realizado a Programação dos Mutirões contemplando 100% das UBS pela coordenação das arbovirose, mas contactamos com o coordenador. E iniciado a realização das atividades voltadas ao Combate aos Criadouros do Mosquito Aedes Aegypti, nas Escolas e Creches Públicas Municipais e Estaduais, além de atividades voltadas ao combate aos criadouros do Mosquito Aedes Aegypti em 12 Empresas Promotoras de Saúde e em 3 empresas não cadastradas.</p> |  |   |            |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRAT</b></p>                                     | <p>Manter as estratégias propostas acima.</p>   |  |   |            |            |

| ÉGIAS  |  |   |   |      |     |
|--|--|---|---|------|-----|
| 13.2 INTENSIFICAR AS AÇÕES DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR – PSE (TREZE EIXOS) | PLANEJAR E MONITORAR AS AÇÕES DOS EIXOS PRIORITÁRIOS DO PSE  | PERCENTUAL DO PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES EXECUTADAS NOS EIXOS PRIORITÁRIOS DO PSE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO COM A SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PARA PARCERIA E ALINHAMENTO DOS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A NOVA ADESÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA;</li> <li>• REALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO/CRONOGRAMA ANUAL DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NAS ESCOLAS, CONTEMPLANDO OS EIXOS PRIORITÁRIOS;</li> <li>• EFETIVAÇÃO DOS EIXOS DE ACORDO COM A VIABILIDADE E FACTIBILIDADE;</li> <li>• ARTICULAÇÃO COM OS PARCEIROS A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS.</li> </ul> | 100% | 12% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | <p>Foi realizada reunião com a Secretaria de Educação e fortalecido a parceria e alinhamento dos instrumentos necessários para a nova adesão e execução do programa; visitas nas UBS, escolas e creches para o planejamento/cronograma anual das atividades a serem desenvolvidas nas escolas, contemplando os eixos prioritários. Foi feito acordo com as UBS e escolas, efetivando assim os eixos de acordo com a viabilidade e factibilidade; e realizado articulação com os parceiros para a execução das atividades propostas. Temos atualmente 35 escolas pactuadas com o PSE. Temos 13 eixos prioritários (Tabagismo, Álcool e outras Drogas; Saúde Bucal; Alimentação Saudável; Covid 19; entre outros).</p> |   |   |      |     |

|   |   |   |   |      |     |
|---|---|---|---|------|-----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter as estratégias propostas acima.  |   |   |      |     |
| 13.3 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, NAS UNIDADES DE SAÚDE | PLANEJAR E MONITORAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE NAS UBS   | PERCENTUAL DAS UBS COM AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EXECUTADAS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• INCENTIVAÇÃO DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS) CONTEMPLANDO OS EIXOS PRIORITÁRIOS;</li> <li>• FOMENTAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CALENDÁRIO ANUAL DE SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM MINISTÉRIO DA SAÚDE;</li> <li>• FORTALECIMENTO DA APLICABILIDADE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE E EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE PELAS UBS;</li> <li>• FORTALECIMENTO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS UBS;</li> <li>• MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PLANEJADAS</li> </ul> | 100% | 40% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Foi realizada reunião com a gerência das UBS para incentivar a execução da Política Nacional de Promoção da Saúde contemplando os eixos prioritários. Foi fortalecido a aplicabilidade do PSE, EPS e Empresas Promotoras de Saúde através de reuniões com as gerências e profissionais de saúde das UBS do município; além de ter fortalecido o Programa de Controle do Tabagismo Álcool e outras |   |   |      |     |

|  |   |  |  |      |    |
|--|---|--|--|------|----|
|  | drogas, através da realização de reuniões com os gerentes das UBS e de capacitação sobre tabagismo com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde para restabelecimento e implantação dos grupos de tabagistas. E foi realizado visitas nas UBS para monitoramento e acompanhamento das ações planejadas. |  |  |      |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                               | Manter as estratégias propostas acima.  |  |  |      |    |
| 13.4 IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA | ACOMPANHAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NAS ESCOLAS CONTEMPLADAS PELO PSE   | PERCENTUAL DO ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA REALIZADAS NAS ESCOLAS DO PSE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM AS COORDENAÇÕES DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA PARA O PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO NA PROBLEMÁTICA;</li> <li>• BUSCA DE PARCERIA COM A ATENÇÃO BÁSICA PARA DESENVOLVER AS ATIVIDADES NAS ESCOLAS DE SUA REFERÊNCIA;</li> <li>• MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PLANEJADAS;</li> </ul> | 100% | 0% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Não foi realizado as ações propostas, mas está programada para ser realizado no mês de junho de 2023.   |  |  |      |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                               | Articular com a Coordenação Saúde da Mulher e da Criança; como também com as UBS.   |  |  |      |    |

|   |   |  |  |            |           |
|---|---|--|--|------------|-----------|
| <p>13.5. INTENSIFICAR/ IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO GRUPO DE TABAGISMO</p>                     | <p>IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE AO TABAGISMO NAS UBS.</p>   | <p>NÚMERO DE GRUPOS IMPLANTADOS E/OU IMPLEMENTADOS DE CONTROLE DO TABAGISMO NAS UBS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE GRUPOS NAS UBS;</li> <li>• CONTATO COM O ESTADO PARA A GARANTIA DOS INSUMOS;</li> <li>• BUSCA JUNTO AO ESTADO MAIS OFERTA DE CAPACITAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS;</li> <li>• MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS GRUPOS IMPLEMENTADOS</li> </ul> | <p>06</p>  | <p>02</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>   | <p>Foi realizado a implementação do grupo de tabagismo no 4º Centro de Saúde e UBS Verdes Campos. Iniciou-se o planejamento para a ampliação do número de grupos de tabagismo através de reuniões e capacitação com os profissionais de nível superior das UBS, e foi feito o contato com o Estado sendo garantido os insumos necessários.</p> <p>Além de ser conversado com o Estado para a busca de mais capacitações para os profissionais de nível superior, onde obtivemos a resposta que a próxima capacitação já está agendada para o segundo semestre do ano. Continuamos com o monitoramento e acompanhamento dos grupos de tabagismo.</p> |  |  |            |           |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>   | <p>Manter as estratégias propostas acima.</p>   |  |  |            |           |
| <p>13.6 FORTALECER AS AÇÕES INTERSETORIAIS (COMBATE AO LIXO E METRALHAS, QUALIDADE DA</p> | <p>INTENSIFICAR AS AÇÕES INTERSETORIAIS (COMBATE AO LIXO E METRALHAS, QUALIDADE DA</p>  | <p>PERCENTUAL DE AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS</p>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO COM OS ÓRGÃOS AFINS E O COMITÊ DE COLETA SELETIVA;</li> <li>• MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PLANEJADAS.</li> </ul>   | <p>70%</p> | <p>0</p>  |

|   |   |  |  |    |    |
|---|---|--|--|----|----|
| ÁGUA, SANEAMENTO BÁSICO, VIOLÊNCIA)   | ÁGUA, SANEAMENTO BÁSICO, VIOLÊNCIA)   |  |  |    |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Não foi realizada a articulação com os órgãos afins e o comitê de coleta seletiva, porém esta ação será realizada até o segundo quadrimestre; |  |  |    |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter as estratégias propostas acima.  |  |  |    |    |
| 13.7 FORTALECER A PARCERIA DAS UNIDADES COM AS EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE | INTENSIFICAR A PARCERIA DAS UBS COM AS EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE                               | NÚMERO DE EMPRESAS PROMOTORAS DE SAÚDE INTEGRADAS ÀS UBS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REUNIÃO COM ATENÇÃO BÁSICA PARA FORTALECER A PARCERIA NO TOCANTE AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES NAS EMPRESAS;</li> <li>• REUNIÃO COM OS REPRESENTANTES DAS EMPRESAS PARA APRESENTAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES;</li> <li>• PLANEJAMENTO DAS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM O CRONOGRAMA E OS EIXOS PRIORITÁRIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE;</li> <li>• FORTALECIMENTO DA PARCERIA COM O CEREST;</li> </ul> | 40 | 12 |

|  |   |   |  |            |            |
|--|---|---|--|------------|------------|
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Não foram realizadas as reuniões com a Atenção Básica para fortalecer a parceria no tocante ao desenvolvimento das ações nas empresas, porém está programada para o segundo semestre; também não foi realizada a reunião com os representantes das empresas para apresentação e planejamento das ações, mas está agendada para o próximo dia 17/05/2023. Foi realizada reunião com o CEREST, fortalecendo a parceria e alinhamento dos serviços a serem executados nas empresas, e feito visita às empresas para recadastramento anual e cadastramento de novas unidades. Foram planejadas as ações com a participação dos técnicos da Promoção da Saúde e apresentado às empresas de forma individual no momento da visita técnica.</p> |   |  |            |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Programar reunião com Atenção Básica para as ações de integração nas Empresas Promotoras de Saúde - EPS; reunir com as EPS no dia 17/05/23 para apresentar a proposta e manter as estratégias propostas acima.</p>   |   |  |            |            |
| <p>13.8 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE</p> | <p>PLANEJAR, MONITORAR E EXECUTAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE</p>   | <p>PERCENTUAL DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE EXECUTADAS NAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● REUNIÃO COM A SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PARA PARCERIA E ALINHAMENTO DOS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EXECUÇÃO DO PROGRAMA;</li> <li>● PLANEJAMENTO/CRONOGRAMA ANUAL DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NAS ESCOLAS, CONTEMPLANDO OS EIXOS PRIORITÁRIOS INERENTES AO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA;</li> <li>● EFETIVAÇÃO DOS EIXOS DE ACORDO COM A VIABILIDADE E FACTIBILIDADE;</li> <li>● ARTICULAÇÃO COM OS PARCEIROS A EXECUÇÃO</li> </ul> | <p>70%</p> | <p>14%</p> |

|   |   |  |   |     |     |
|---|---|--|---|-----|-----|
|   |   |  | DAS ATIVIDADES PROPOSTAS;<br>• AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES PLANEJADAS E DESENVOLVIDAS;   |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Foi realizada reunião com a secretaria de educação e fortalecido a parceria e alinhamento dos instrumentos necessários para a nova adesão e execução do programa; além da realização de visitas nas UBS, escolas e creches para o planejamento/cronograma anual das atividades a serem desenvolvidas nas escolas, contemplando os eixos prioritários; foi feito acordo com as UBS e escolas, efetivando assim os eixos de acordo com a viabilidade e factibilidade e realizado articulação com os parceiros para a execução das atividades propostas. |  |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter as estratégias propostas acima.  |  |   |     |     |
| 13.9 INTENSIFICAR AS AÇÕES DO PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL NAS ESCOLAS PACTUADAS PELO PSE COM FAIXA ETÁRIA DE ATÉ 10 ANOS DE IDADE, JUNTO COM AS UBS | PLANEJAR, MONITORAR E EXECUTAR AS AÇÕES DO PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL NAS ESCOLAS PACTUADAS PELO PSE COM FAIXA ETÁRIA DE ATÉ 10 ANOS DE IDADE JUNTO COM AS UBS   | PERCENTUAL DAS AÇÕES PLANEJADAS, MONITORADAS E EXECUTADAS NAS ESCOLAS PACTUADAS NO PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL | • REUNIÃO COM A SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PARA PARCERIA E ALINHAMENTO DOS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A NOVA ADESÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA;<br>• PLANEJAMENTO/CRONOGRAMA ANUAL DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NAS ESCOLAS, CONTEMPLANDO OS EIXOS PRIORITÁRIOS;<br>• EFETIVAÇÃO DOS EIXOS DE ACORDO COM A | 26% | 12% |

|   |   |  |   |     |    |
|---|---|--|---|-----|----|
|   |   |  | VIABILIDADE E<br>FACTIBILIDADE;<br>• ARTICULAÇÃO COM OS PARCEIROS A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS;<br>• AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E INFORMAÇÃO NO SISTEMA (E-SUS) DAS AÇÕES REALIZADAS.                                      |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Foi realizada reunião com a secretaria de educação e fortalecido a parceria e alinhamento dos instrumentos necessários para a nova adesão e execução do programa; foi feita visitas nas UBS, escolas e creches para o planejamento/cronograma anual das atividades a serem desenvolvidas nas escolas, contemplando os eixos prioritários; além de acordo com as UBS e escolas, efetivando assim os eixos de acordo com a viabilidade e factibilidade. Foi realizado articulação com os parceiros para a execução das atividades propostas; e foi informado no Sistema (E-SUS) a ações até então realizadas. |  |   |     |    |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter as estratégias propostas acima.  |  |   |     |    |
| 13.10<br>INTENSIFICAR AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES NO COMBATE ÀS DROGAS (PROJETO CULTURA DA PAZ) | PLANEJAR E MONITORAR AS AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES NO COMBATE ÀS DROGAS (PROJETO CULTURA DA PAZ) NAS ESCOLAS PROMOTORAS  | PERCENTUAL DAS AÇÕES VOLTADAS AOS ADOLESCENTES NO COMBATE ÀS DROGAS (PROJETO CULTURA DA PAZ) EXECUTADAS NAS ESCOLAS PROMOTORAS | • FORTALECIMENTO DA PARCERIA COM A SEPREV;<br>• FORTALECIMENTO DA PARCERIA COM A SECRETARIA DA EDUCAÇÃO PARA PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES;<br>• REUNIÃO COM ATENÇÃO BÁSICA PARA FORTALECER A PARCERIA NO TOCANTE AO | 80% | 1% |

|   |  |   |   |     |     |
|---|--|---|---|-----|-----|
|   | DE SAÚDE E PSE   | DE SAÚDE E PSE  | DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES;<br>• ARTICULAÇÃO COM OS PARCEIROS E CONQUISTAR NOVOS;<br>• MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PLANEJADAS.  |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Foram iniciadas as atividades nas escolas sobre Combate às Drogas (Projeto Cultura da Paz), começando na Escola Estadual Aurino Maciel, também foi realizada reunião com a secretaria de educação para fortalecer a parceria, planejar e desenvolver as ações.                   |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                              | Fortalecer parceria com a SEPREV e educação; e integrar ações com as Unidades de Saúde.  |   |   |     |     |
| 13.11 IMPLEMENTAR O PROGRAMA SAÚDE NA COMUNIDADE JUNTO ÀS UBS | PLANEJAR, MONITORAR E EXECUTAR AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA COMUNIDADE JUNTO ÀS UBS  | PERCENTUAL DE AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA COMUNIDADE EXECUTADAS JUNTO ÀS UBS | <ul style="list-style-type: none"> <li>PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES COM A PARTICIPAÇÃO DOS PARCEIROS E A COMISSÃO DO VIVER MELHOR;</li> <li>PARCERIA COM OS ÓRGÃOS AFINS E AS UBS;</li> <li>MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PLANEJADAS.</li> </ul> | 10% | 10% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Realizou-se a programação das atividades com a participação dos parceiros e a Comissão do Viver Melhor; no período de janeiro a abril de 2023 tivemos a quantidade de 05(cinco) Viver Melhor nas Comunidades. Continuamos o monitoramento e acompanhamento das ações planejadas. |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                              | Manter as estratégias propostas acima.   |   |   |     |     |

| <p><b>DIRETRIZ VI:</b> Promoção, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde<br/> <b>OBJETIVO 14:</b> Aprimorar as ações de Vigilância Sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.<br/> <b>SUBFUNÇÕES:</b> Vigilância Sanitária</p> |   |   |   |                           |                       |
|--|---|---|---|---------------------------|-----------------------|
| <b>AÇÃO PRIORITÁRIA</b>  | <b>DESCRIÇÃO DA META</b>  | <b>INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META</b> | <b>ATIVIDADES</b>   | <b>META PREVISTA 2023</b> | <b>META EXECUTADA</b> |
| 14.1 INTENSIFICAR AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  | REALIZAR AS AÇÕES DOS GRUPOS DA VISA  | NÚMERO DE AÇÕES REALIZADAS                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>EXPANSÃO DAS INSPEÇÕES SANITÁRIAS NAS ÁREAS DA SAÚDE, INDÚSTRIA E COMÉRCIO.</li> </ul> | 07                        | 07                    |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foram realizadas as ações previstas no 1º trimestre referente: cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA; atividade educativa a população; atividades educativas para o setor regulado; recebimento de denúncias; atendimento de denúncias e instauração de processo administrativo sanitário. |   |   |                           |                       |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGICAS</b>  | Manter o planejamento.  |   |   |                           |                       |

|  |   |   |       |   |     |              |
|--|---|---|-------|---|-----|--------------|
| 14.2 INTENSIFICAR AS COLETAS DO VIGIÁGUA   | INTENSIFICAR AS COLETAS DE AMOSTRAS PARA MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA   | NÚMERO DE COLETAS DE ÁGUA REALIZADAS                                      | DE DE | <ul style="list-style-type: none"> <li>MATERIAL NECESSÁRIO PARA REALIZAR COLETA</li> <li>REALIZAÇÃO DAS COLETAS E O ENVIO DA ÁGUA PARA ANÁLISE SEMANALMENTE.</li> </ul> | 384 | 90<br>23,43% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | A coleta está dentro do planejamento para alcance da meta. Essas coletas são realizadas no Laboratório Municipal de Arapiraca, o profissional da VISA realiza as coletas tanto nos estabelecimentos de saúde, como escolas, poços artesianos, cacimbas, entre outros. |   |       |   |     |              |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Manter a coleta regularizada.   |   |       |   |     |              |
| 14.3 REFORÇAR AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À ALVARÁ SANITÁRIO | AMPLIAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À ALVARÁ SANITÁRIO   | PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS COM AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE | DE    | <ul style="list-style-type: none"> <li>MENSALMENTE REALIZAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À ALVARÁ SANITÁRIO.</li> </ul>                              | 60% | 40%          |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Foram retomadas as inspeções sanitárias noturnas com a possibilidade de alcance da meta.  |   |       |   |     |              |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Redirecionar a equipe para inspeção noturna.  |   |       |   |     |              |

|  |   |  |  |             |            |
|--|---|--|--|-------------|------------|
| <p>14.4 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE COMBATE AO FUMO NOS ESTABELECIMENTOS EM GERAL</p>                       | <p>IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE COMBATE AO FUMO NOS ESTABELECIMENTOS EM GERAL</p>  | <p>PERCENTUAL DE AÇÕES REALIZADAS NOS ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>DURANTE AS INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZAR ORIENTAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO AOS PROPRIETÁRIOS DOS ESTABELECIMENTOS NO GERAL QUANTO AO COMBATE AO FUMO.</li> </ul>  | <p>60%</p>  | <p>30%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>As ações foram prejudicadas devido à falta de combustível que ocorreu durante os três primeiros meses do ano, mas já foram retomadas as ações após regularização do abastecimento.</p> |  |  |             |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Intensificar as inspeções com ações de combate ao fumo.</p>  |  |  |             |            |
| <p>14.5 INTENSIFICAR AS FISCALIZAÇÕES NO SETOR DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTOS DIURNO E NOTURNO</p> | <p>INTENSIFICAR AS INSPEÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTOS CADASTRADOS</p>  | <p>PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS INSPECIONADOS</p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ARTICULAÇÃO PARA ADQUIRIR VEÍCULO PARA REALIZAR AS INSPEÇÕES;</li> <li>ARTICULAÇÃO PARA ADQUIRIR MATERIAL GRÁFICO (TERMOS E OUTROS) PARA REGISTRO DAS INSPEÇÕES</li> <li>AUMENTO DO NÚMERO DE EQUIPES DURANTE AS FISCALIZAÇÕES.</li> <li>REALIZAÇÃO DAS INSPEÇÕES DIURNAS E NOTURNAS</li> </ul> | <p>100%</p> | <p>70%</p> |
| <p><b>AVALIAÇÃO</b></p>  | <p>Foram retomadas as inspeções sanitárias noturnas com a possibilidade de alcance da meta.</p>   |  |  |             |            |
| <p><b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b></p>  | <p>Direcionar a equipe para inspeção noturna.</p>   |  |  |             |            |

|  |  |  |   |      |     |
|--|--|--|---|------|-----|
| <b>ÉGIAS</b>   |  |  |   |      |     |
| 14.6 INTENSIFICAR AS FISCALIZAÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA                                | REALIZAR FISCALIZAÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS  | PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS FISCALIZADOS          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO PARA ADQUIRIR VEÍCULO PARA REALIZAR AS INSPEÇÕES;</li> <li>• ARTICULAÇÃO PARA ADQUIRIR MATERIAL GRÁFICO (TERMO E OUTROS) PARA REGISTRO DAS INSPEÇÕES</li> <li>• EXPANSÃO DAS INSPEÇÕES SANITÁRIAS NAS ÁREAS DA SAÚDE, INDÚSTRIA E COMÉRCIO.</li> </ul> | 100% | 80% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | Realizamos busca ativa no nosso banco de dados para atualização das inspeções; e direcionamos as inspeções por área da cidade. |  |   |      |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Intensificar as inspeções para alcance da meta.  |  |   |      |     |
| 14.7 ELABORAR JUNTO COM AS UNIDADES DE SAÚDE (PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE) DAS UNIDADES DE SAÚDE | CONSTRUIR O PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE (PGRSS) NAS UNIDADES   | PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE COM O PLANO APLICADO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONVOCAÇÃO DOS DIRETORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA UMA REUNIÃO;</li> <li>• APRESENTAÇÃO DO PGRSS GERAL;</li> <li>• ELABORAÇÃO DO PGRSS DA UNIDADE, BASEADO EM SUAS ROTINAS E CONDUTAS.</li> <li>• ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DOS</li> </ul>            | 60%  | 20% |

|  |   |   |  |     |     |
|--|---|---|--|-----|-----|
|  |   |   | PGRSS DE CADA UNIDADE.   |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | A equipe da VISA fará uma ação conjunta com a Secretaria de Meio Ambiente a fim de inspecionar e liberar alvará de funcionamento, sanitário e licença ambiental; e realizar avaliação da implantação PGRSS nos Serviços de Saúde. |   |  |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Colaborar com as Unidades de Saúde para confecção do PGRSS  |   |  |     |     |
| 14.8 GARANTIR INSPEÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DAS UBS COM EMISSÃO DE ALVARÁ E VISITA TÉCNICA EFICIENTE E EFICAZ | IMPLEMENTAR AS INSPEÇÕES PARA EMISSÃO DE ALVARÁ DAS UBS   | NÚMERO DE UBS NO MUNICÍPIO COM ALVARÁ SANITÁRIO | <ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZAÇÃO DAS INSPEÇÕES SANITÁRIAS NAS UBS É ACOMPANHAR SEU DESENVOLVIMENTO ANUALMENTE.</li> </ul> | 40% | 10% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>   | A equipe da VISA fará uma ação conjunta com a Secretaria de Meio Ambiente a fim de inspecionar e liberar alvará de funcionamento, sanitário e licença ambiental; e realizar avaliação da implantação PGRSS nos Serviços de Saúde. |   |  |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>   | Intensificar as inspeções nas UBS para liberação de alvará sanitário.   |   |  |     |     |

**DIRETRIZ X:** Integração das ações e serviços de Saúde para o enfrentamento à COVID-19

**OBJETIVO 22:** Reduzir os impactos causados pelo novo coronavírus através das ações integradas da Vigilância em Saúde.

**SUBFUNÇÃO:** Vigilância Epidemiológica

| AÇÃO PRIORITÁRIA   | DESCRIÇÃO DA META  | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META          | ATIVIDADES   | META PREVISTA 2023 | META EXECUTADA |
|--|--|---|--|--------------------|----------------|
| 22.1 INTENSIFICAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE AO CORONAVÍRUS | IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DOS CASOS DE COVID-19 | PERCENTUAL DE AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE AO CORONAVÍRUS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTATO COM AS EMPRESAS PARA ENVIAR INFORMATIVOS DA DOENÇA, CUIDADOS, FORMAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO COM O MS E ESTADO;</li> <li>• CONTATO COM O CDL E SINDILOJA EM BUSCA DE PARCERIA NO APOIO QUANTO A DIVULGAÇÃO E ORGANIZAÇÃO;</li> <li>• CONTATO COM A DIREÇÃO DO MERCADO E FEIRAS LIVRES PARA ORIENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO;</li> <li>• PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE UMA CARTA ABERTA DOS BARES,</li> </ul> | 100%               | 100%           |

|   |  |   |   |     |     |
|---|--|---|---|-----|-----|
|   |  |   | RESTAURANTES,<br>MERCADINHO, AÇOUGUES E<br>OUTROS COM INFORMAÇÕES<br>SOBRE OS CUIDADOS E<br>ORGANIZAÇÃO DO<br>ESTABELECIMENTO EM<br>PARCERIA COM A VISA;<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DAS<br/>                     AÇÕES COM AS EMPRESAS<br/>                     DE ÔNIBUS E VANS EM<br/>                     PARCERIA COM O SEST<br/>                     SENAT.</li> </ul> |     |     |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                      | As ações foram realizadas em parceria com a VISA, Empresas Promotoras de Saúde e SEST/SENAT. Continuamos alertando a população em todas as atividades executadas pelo Departamento de Promoção.  |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>                      | Elaborar novas estratégias, sempre que se fizer necessário.  |   |   |     |     |
| 22.2 AMPLIAR AS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 | FORTALECER A ESTRATÉGIA DE AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID  | PERCENTUAL DE COBERTURA DA VACINAÇÃO COVID (POPULAÇÃO ADULTA) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZAÇÃO DE BUSCA ATIVA DOS FALTOSOS PARA 1ª, 2ª E DOSE DE REFORÇO, ABORDANDO A COMUNIDADE EM RUAS, PRAÇAS PÚBLICAS E OUTROS;</li> <li>• SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS PARA FAZER CHAMAMENTO DOS SEUS USUÁRIOS.</li> </ul>   | 90% | 80% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                                      | A vacinação contra a COVID-19 foi ampliada para três unidades de saúde do município: a baby, a pediátrica e a adulto. Então conseguimos ofertar três pontos de vacinação, porém a procura está baixa. Realizamos Dia D e incluímos a vacina contra a COVID-19. |   |   |     |     |

|   |   |   |   |     |     |
|---|---|---|---|-----|-----|
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter as ações focadas para atrair a população a concluir o esquema vacinal primário, incluindo a dose de reforço Bivalente, última vacina da Campanha contra a COVID-19.  |   |   |     |     |
| 22.3<br>DESCENTRALIZAR PARA AS UBS A TESTAGEM E VACINAÇÃO PARA COVID-19 | ELABORAR PROJETO PILOTO COM DESCENTRALIZ AÇÃO DE VACINAÇÃO E TESTAGEM PARA COVID -19  | PERCENTUAL DE UNIDADES COM IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE DESCENTRALIZ AÇÃO DE VACINA E TESTAGEM PARA COVID-19 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARTICULAÇÃO JUNTO À ATENÇÃO BÁSICA A DESCENTRALIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA VACINA COVID PARA OS PRINCIPAIS CENTROS DE SAÚDE.</li> <li>• ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA VACINA COVID NOS PRINCIPAIS CENTROS DE SAÚDE.</li> </ul> | 20% | 90% |
| <b>AVALIAÇÃO</b>  | Descentralização da Vacina Monovalente contra a COVID-19 para três unidades de saúde (2º, 3º e 4º centros) e após a chegada da vacina Bivalente (último reforço da campanha), descentralizamos para todas as salas de vacinas do município, inclusive para a vacinação dos acamados e domiciliados. Pela baixa demanda de casos positivos para a COVID-19, o atendimento dos casos de Síndrome Gripal permanece no Complexo Multiprofissional Rogério Auto Teófilo. |   |   |     |     |
| <b>AÇÃO PROPOSTA/ESTRATÉGIAS</b>  | Manter o abastecimento regular das vacinas monovalentes e a bivalente contra a COVID-19 nas unidades de saúde, garantindo a imunização da população alvo e de acordo com o recebimento dessas doses, realizar ações para atrair a população, divulgar e realizar busca ativa vacinal para completar o esquema das doses.  |   |   |     |     |