



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARUAMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017**



**JULHO/2013**

**Elaboração**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**José Gomes de Carvalho**

**COORDENADOR GERAL/ASSESSOR TÉCNICO**

**Oswaldo Coelho**

**ORIENTAÇÃO E REVISÃO/ASSESSORA TÉCNICA**

**Mary Lane Madureira**

**PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

**Rose de Cássia Batista**

## COLABORADORES/EQUIPE TÉCNICA

Ana Claudia Carmo da Silva – PSF/ Norival Carvalho

Ana Cristina Mello – PSF/ Fazendinha

Bianca da Rocha – Coordenação do PAISMCA

Carla de Souza Vale – Coordenação de Farmácia

Célio Ricardo Ladeira – Conselheiro Municipal de Saúde

Cláudia Oliveira Perdiz – Coordenação da Ouvidoria

Clara de Lima Santos – Coordenação de Nutrição

Cláudia Meneses Raggio – Enfermeira do PSF

Elisabete Soares – Coordenação de Atenção Básica

Flávia da Silva – Enfermeira do PS/ Boa Vista

Gisele Bandeira Rabello – PS/ Posse

Iranilde da Silva Ferreira – Enfermeira do PSF/ São Vicente

Izabel Bastos – PSF/ Itatiquara

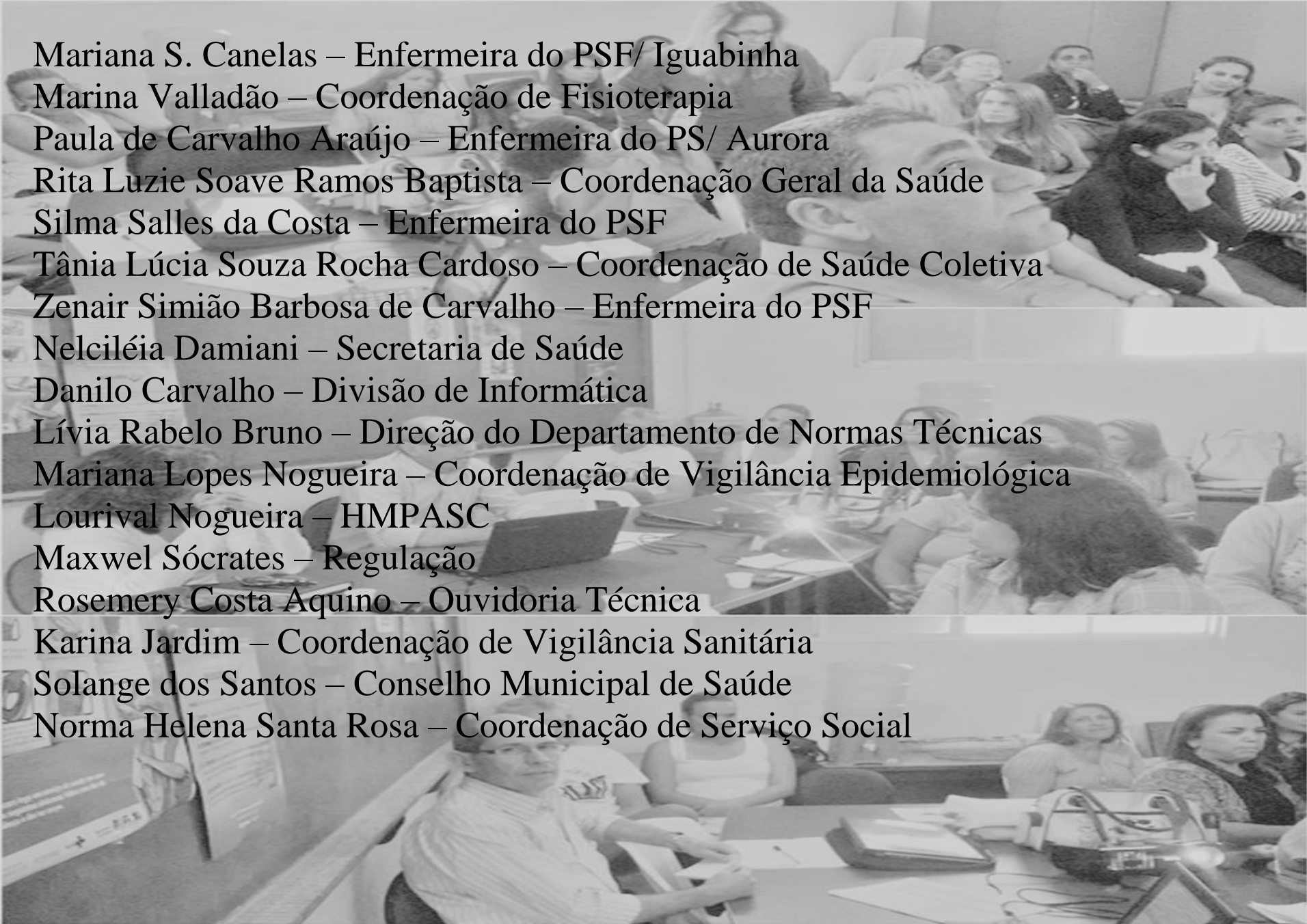
Juliana de Carvalho – DENUT

Juliana Guimarães – Coordenação da Vigilância Sanitária

Larissa Faria Sobreira – Coordenação de Saúde Mental

Lívia Corletts Oliveira – Enfermeira do PSF/ Praia Seca

Mari Helena Gonçalves de Carvalho – Coordenação da Vigilância em Saúde



Mariana S. Canelas – Enfermeira do PSF/ Iguabinha  
Marina Valladão – Coordenação de Fisioterapia  
Paula de Carvalho Araújo – Enfermeira do PS/ Aurora  
Rita Luzie Soave Ramos Baptista – Coordenação Geral da Saúde  
Silma Salles da Costa – Enfermeira do PSF  
Tânia Lúcia Souza Rocha Cardoso – Coordenação de Saúde Coletiva  
Zenair Simião Barbosa de Carvalho – Enfermeira do PSF  
Nelciléia Damiani – Secretaria de Saúde  
Danilo Carvalho – Divisão de Informática  
Lívia Rabelo Bruno – Direção do Departamento de Normas Técnicas  
Mariana Lopes Nogueira – Coordenação de Vigilância Epidemiológica  
Lourival Nogueira – HMPASC  
Maxwel Sócrates – Regulação  
Rosemery Costa Aquino – Ouvidoria Técnica  
Karina Jardim – Coordenação de Vigilância Sanitária  
Solange dos Santos – Conselho Municipal de Saúde  
Norma Helena Santa Rosa – Coordenação de Serviço Social

# SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>07</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>08</b>
<b>3. Organização Metodológica do Processo .....</b>	<b>09</b>
3.1. Consolidação das Oficinas .....	11
<b>4. Caracterização do Município .....</b>	<b>12</b>
4.1. Perfil do Município.....	12
4.2. Oferta de Serviços de Saúde.....	17
4.3. Perfil Demográfico.....	22
4.4. Perfil Epidemiológico.....	24
4.5. Perfil de Mortalidade.....	25
4.6. Perfil de Morbidade.....	28
4.7. Principais Agravos à Saúde.....	33
<b>5. Pactuação 2014/2017 dos Programas de Atenção à Saúde .....</b>	<b>37</b>
5.1. Gestão em Saúde.....	41
5.2. Gestão do Trabalho/ Atenção Básica.....	42
5.3. Promoção e Assistência à Saúde/Atenção Básica .....	43
5.4. Atenção ao cuidado à Saúde/Atenção Básica .....	44
5.5. Educação na Saúde/Atenção Básica.....	45
5.6. Vigilância em Saúde – Programa de Hipertensos e diabetes .....	46



5.7. Vigilância em Saúde – Programa de Imunização.....	47
5.8. Saúde Bucal .....	48
5.9. Vigilância em Saúde – PAISMCA .....	49
5.10. Vigilância em Saúde – Vigilância Epidemiológica .....	51
5.11. Vigilância em Saúde – Vigilância Ambiental .....	59
5.12. Vigilância em Saúde – Vigilância Sanitária.....	62
5.13. Regulação Controle e Avaliação e auditoria.....	64
5.14. Assistência Farmacêutica.....	66
5.15. Tecnologia da Informação em Saúde.....	70
5.16. Urgência e Emergência .....	72
5.17. Reabilitação (Fisioterapia).....	74
5.18. DEJUR.....	76
5.19. Tuberculose e HIV na Atenção Básica.....	77
5.20. Saúde Mental.....	85
5.21. Ouvidoria do SUS.....	93
5.22. Gestão do RH.....	94
5.23. Rede Própria.....	95

# INTRODUÇÃO

O Plano Municipal da Secretaria Municipal de Saúde de Araruama faz parte dos instrumentos de planejamento do governo municipal, que, a partir de uma análise situacional, apresenta as ações e metas a serem atingidas pela gestão em saúde no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

O Plano de Saúde é a expressão da política pública de Saúde e dos compromissos de saúde na esfera da gestão, que tem uma visão a curto, médio e longo prazo do planejamento público. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde, visando a solução dos problemas e gerando ações que permitam o melhor aproveitamento de recursos.

Este documento está composto pela descrição do município e dos principais problemas que afetam o campo da saúde e pela descrição dos principais agravos que afetam a população. Buscou-se, neste Plano, amadurecer o uso de indicadores de acompanhamento das ações, bem como a definição temporal das propostas, ano a ano. Sua elaboração contou com a participação do Conselho Municipal de Saúde, técnicos e assessores da Secretaria Municipal de Saúde e demais serviços de saúde.

## **OBJETIVO GERAL:**

- Planejar e qualificar a política municipal de saúde do Município de Araruama, a partir dos princípios do SUS, envolvendo o controle social, o gestor e os profissionais de saúde, na formulação de programas e estratégias que visem melhorar o acesso integral as ações e aos serviços de saúde no âmbito municipal e a qualidade de vida da população do município.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Fortalecer e ampliar a Atenção Básica em Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família;
- Ampliar o acesso da população à Atenção Ambulatorial Especializada no próprio município e no Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde;
- Contemplar as ações preconizadas pelo Pacto pela Vida e da Gestão do SUS, nas diversas áreas de atuação da saúde municipal;
- Ampliar atendimento às ações e serviços de saúde com permanente processo de humanização e melhoria no atendimento.



## ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA DO PROCESSO

A construção deste Plano Municipal de Saúde representou uma construção coletiva entre gestão do SUS, profissionais de saúde e controle social. Participaram da discussão Chefes de Divisão, Coordenador de Programas de Saúde, Profissionais das categoriais Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Agentes Comunitários de Saúde, Conselheiros Municipais de Saúde, Assessores Técnicos e Secretário de Saúde.

A metodologia utilizada para sua elaboração foi apoiada no Planejamento Estratégico Situacional, no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e nas discussões apresentadas no Grupo Técnico (GT) de Planejamento Regional Integrado do conjunto CIR/BL e SES, com as adequações e ajustes que se fizeram necessárias.

O processo se desenvolveu por meio de oficinas sistemáticas e temáticas. Assim, a organização do processo de trabalho Buscou-se: o levantamento do Diagnóstico da Situação e das Expectativas a serem atendidas e a análise da Situação de Saúde que consistiu no processo de identificação, formulação e priorização de problemas e na orientação da definição dos indicadores, da situação atual, da situação desejada, das metas, objetivos e diretrizes a serem adotadas.

Utilizando a técnica de “brainstorming” (Tempestade de ideias) foram levantados e discutidos os principais problemas do Sistema de Saúde, a partir da categorização clássica: Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Média Complexidade. Posteriormente esses problemas foram divididos em: Acesso, Gestão, Recursos físicos e financeiros, Gestão do Trabalho e Informação.

A partir daí, construiu-se uma matriz como parâmetro de construção do Plano Municipal de Saúde.

<b>INDICADORES</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Reflete a situação determinada e permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.	Os problemas a serem trabalhados.	Direcionalidade do Plano de Ação.	O que se deve ser alcançado. A meta deverá ajustar as inconformidades fornecendo condições adequadas e necessárias para o trabalho.	Tempo estimado	Responsável

# CONSOLIDADO DAS OFICINAS

Entre abril e junho de 2013 foram promovidos, pela Secretaria Municipal de Saúde, quatro encontros que iniciaram com a apresentação da Proposta “Sistema de Planejamento no SUS”, Oficina “O Sistema de Saúde Municipal em Araruama”, “Legislação do SUS, Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 e Reforma Sanitária”, “NOB 93 e 96 e as NOAS 2001/2002” e “Apresentação do Pacto pela Vida”.

Ao término das oficinas, os grupos apresentavam o resultado dos trabalhos com as propostas de encaminhamento das questões levantadas. Esses produtos serão objeto de discussão para o Planejamento Regional (PDR) e para os Colegiados Intergestores Regional (CIR).

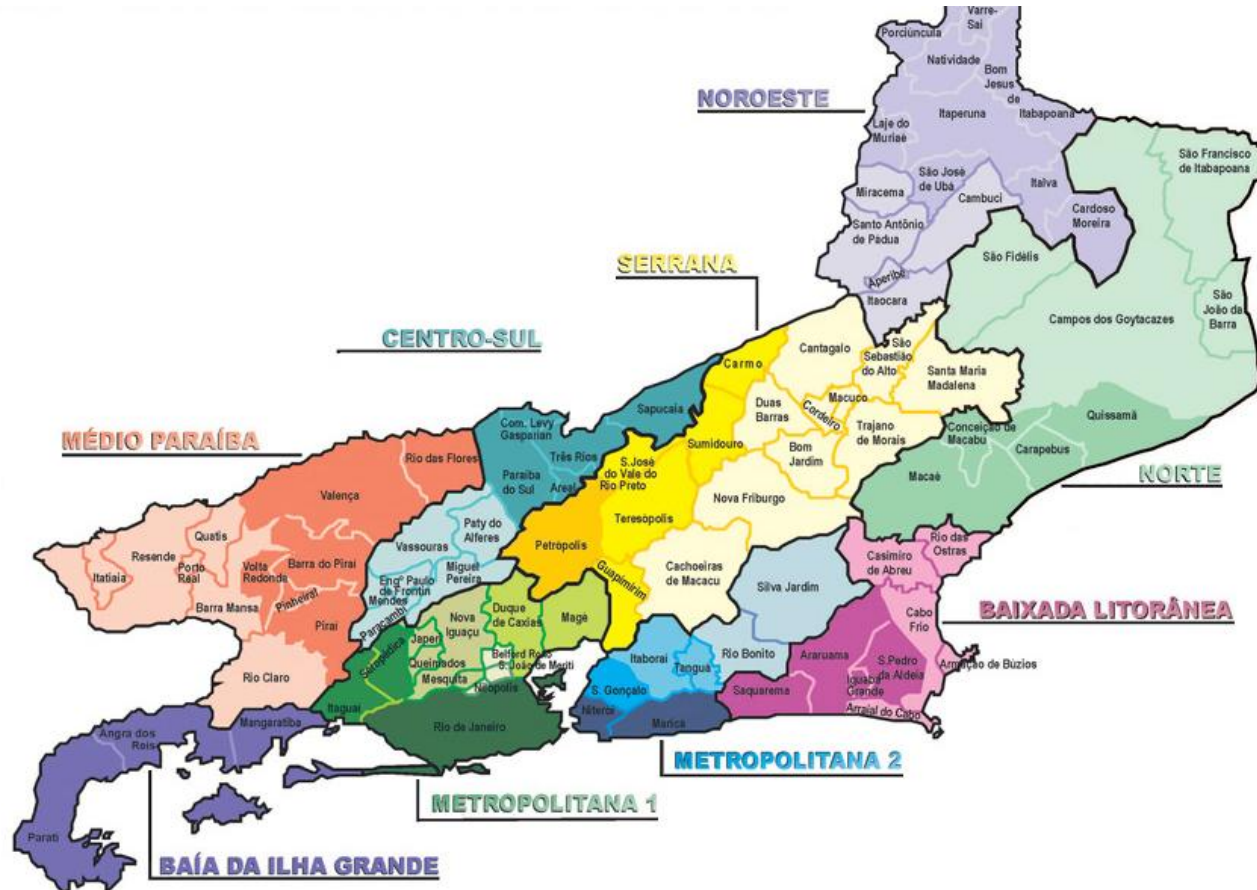
O objetivo principal é de criar estratégias que irão de encontro a resolutividade dos engasgos para uma melhor atuação e integralidade contribuindo para a solução desde em médio e curto prazo que serão incorporados na construção da agenda de saúde.

A Discussão apresentada expressou o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados, considerando a governabilidade política, econômica, técnico e organizacional.

# CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

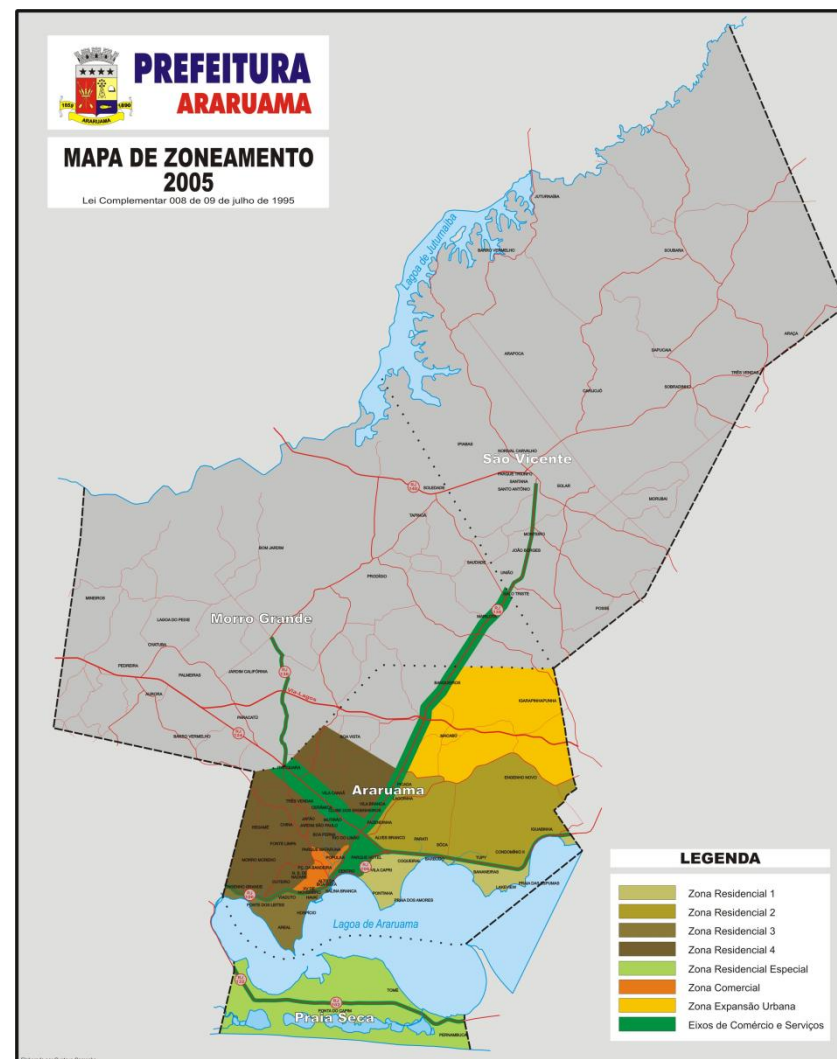
## PERFIL DO MUNICÍPIO

Araruama pertence à Região de Saúde da Baixada Litorânea, que também abrange os municípios de Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema.



O município de Araruama possui cinco distritos. Dentre eles, três são urbanos (Araruama, Praia Seca e Iguabinha) e dois são rurais (Morro Grande e São Vicente), conforme demonstra o mapa de zoneamento da Prefeitura Municipal de Araruama do ano de 2005.

A taxa de urbanização correspondia a 95% da população. Em comparação com a década anterior, a população do município aumentou 35,3%, o 16º maior crescimento no Estado.



A população total da região é de 715.500, representando 351.136 do sexo masculino e 364.363 do sexo feminino, conforme indicado pelo DATASUS (BRASIL, 2013).

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>20 a 29</b>	<b>30 a 39</b>	<b>40 a 49</b>	<b>50 a 59</b>	<b>60 a 69</b>	<b>70 a 79</b>	<b>80 anos e mais</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Baixada Litorânea</b>	<b>10.294</b>	<b>39.066</b>	<b>54.180</b>	<b>63.501</b>	<b>59.824</b>	<b>117.394</b>	<b>112.752</b>	<b>100.439</b>	<b>76.893</b>	<b>47.172</b>	<b>24.408</b>	<b>9.577</b>	<b>715.500</b>
Araruama	1.542	6.002	8.627	10.295	9.841	18.024	17.206	15.845	13.008	8.812	5.052	2.164	116.418
Armação dos Búzios	440	1.589	2.202	2.643	2.314	4.933	5.153	4.328	2.941	1.536	667	227	28.973
Arraial do Cabo	388	1.436	2.043	2.478	2.218	4.244	4.277	4.266	3.332	2.103	1.132	378	28.295
Cabo Frio	2.870	10.757	14.975	17.896	17.133	31.924	30.124	27.349	21.089	12.483	6.311	2.286	195.197
Casimiro de Abreu	553	2.148	2.872	3.197	3.128	6.439	5.946	5.132	3.955	2.210	1.176	584	37.340
Iguaba Grande	290	1.088	1.627	2.074	1.978	3.372	3.453	3.437	2.849	2.251	1.232	428	24.079
Rio das Ostras	1.849	6.875	8.950	9.900	8.993	20.855	20.752	16.318	11.532	6.096	2.913	1.101	116.134
São Pedro da Aldeia	1.284	5.109	7.327	8.461	7.706	14.724	14.705	13.038	9.337	5.786	2.916	1.149	91.542
Saquarema	1.078	4.062	5.557	6.557	6.513	12.879	11.136	10.726	8.850	5.895	3.009	1.260	77.522

Em 2010, de acordo com o Censo do IBGE, Araruama tinha uma população de 112.008 habitantes, correspondente a 13,8% do contingente da Região da Baixada Litorânea, com uma proporção de 94 homens para cada 100 mulheres. Segundo indicadores do DATASUS (BRASIL, 2013), a estimativa da população do município, em 2012, era de 116.418 habitantes, sendo 56.420 do sexo masculino e 59.998 do sexo feminino. 71.211 dessa população encontra-se em idade fértil.

<b>Faixa Etária</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>20 a 29</b>	<b>30 a 39</b>	<b>40 a 49</b>	<b>Total</b>
<b>Baixada Litorânea</b>	<b>63.501</b>	<b>59.824</b>	<b>117.394</b>	<b>112.752</b>	<b>100.439</b>	<b>453.910</b>
Araruama	10.295	9.841	18.024	17.206	15.845	71.211
Armação dos Búzios	2.643	2.314	4.933	5.153	4.328	19.371
Arraial do Cabo	2.478	2.218	4.244	4.277	4.266	17.483
Cabo Frio	17.896	17.133	31.924	30.124	27.349	124.426
Casimiro de Abreu	3.197	3.128	6.439	5.946	5.132	23.842
Iguaba Grande	2.074	1.978	3.372	3.453	3.437	14.314
Rio das Ostras	9.900	8.993	20.855	20.752	16.318	76.818
São Pedro da Aldeia	8.461	7.706	14.724	14.705	13.038	58.634
Saquarema	6.557	6.513	12.879	11.136	10.726	47.811



## OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Estado e Regiões	Atenção Básica 2012			
	Cobertura de atenção básica <sup>1</sup>	Cobertura populacional estimada pelas ESB <sup>1</sup>	Internações sensíveis à Atenção Básica (ISAB) <sup>2</sup>	
			N	% *
<b>Estado</b>	<b>48,95</b>	<b>30,81</b>	<b>120.877</b>	<b>19,38</b>
Baía da Ilha Grande	78,36	78,01	1.611	15,41
Baixada Litorânea	52,63	37,83	3.975	16,25
Araruama	28,88	21,01	701	16,51
Armação de Búzios	100,00	95,48	190	14,91
Arraial do Cabo	85,68	64,26	252	18,99
Cabo Frio	69,19	53,46	702	13,22
Casimiro de Abreu	90,76	49,5	278	21,24
Iguaba Grande	89,46	76,68	88	10,69
Rio das Ostras	16,22	18,92	817	18,14
São Pedro da Aldeia	46,80	16,72	235	10,11
Saquarema	47,43	27,67	712	21,31
<b>Centro-Sul</b>	<b>88,90</b>	<b>70,56</b>	<b>5.128</b>	<b>25,62</b>
Médio Paraíba	74,91	65,5	11.265	21,94
Metropolitana I	42,13	24,61	48.348	15,12
Metropolitana II	61,15	12,43	23.734	29,82
Noroeste	72,81	63,31	8.822	31,71
Norte	38,16	55,71	7.610	16,58
Serrana	48,99	37,82	10.384	23,36

Legenda:

- ↑ (>20%) proporção no MUNICÍPIO em relação a REGIÃO
- ↑ (<20%) proporção no MUNICÍPIO em relação a REGIÃO
- ↑ cobertura de Atenção Básica (>80%) e ISAB acima da média regional

Fonte: <sup>1</sup> SES RJ / SG / AIS / Cadernos de Indicadores da transição Pacto-COAP - 2012 (Calculado segundo fontes para o indicador, via instrutivo transição Pacto/COAP de 23/07/2012.). Geração de dados em 22/02/2013.  
<sup>2</sup> SES RJ / SVS / SIA - SUS  
 \* Proporção de ISABs por total de internação por população residente

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

Estado e Regiões	Saúde Mental 2012						
	Nº de CAPS	Taxa de Cobertura de (CAPS)	Análise da Taxa de Cobertura	Nº de internações* SRT**	Leito em HG***	População	
<b>Estado</b>	<b>123</b>	<b>0,63</b>	<b>Boa</b>	<b>4.266</b>	<b>50</b>	<b>178</b>	<b>16.231.365</b>
Baía da Ilha Grande	3	0,79	Muito Boa	13	-	12	254.042
Baixada Litorânea	6	0,63	Boa	93	1	-	715.500
Centro-Sul	12	2,63	Muito Boa	233	23	42	323.097
Médio Paraíba	17	1,67	Muito Boa	160	5	45	865.769
Metropolitana I*	40	0,42	Regular	416	14	18	9.982.883
Metropolitana II	11	0,53	Regular	1471	3	13	1.974.910
Noroeste	10	1,95	Muito Boa	675	4	22	333.091
Norte	9	0,81	Muito Boa	1093	-	4	859.677
Serrana	15	1,25	Muito Boa	345	-	22	922.396

Fonte: <sup>1</sup> Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES/MS e IBGE: Censo Demográfico 2010

<sup>2</sup> SES-RJ / TabNet -SES RJ / SIH/SUS . As internações ocorridas no município do Rio de Janeiro não fazem parte do cálculo.

\* Informações do Sistema Municipal de Regulação para as internações do município do Rio de Janeiro e do Sistema Estadual de Regulação para os demais municípios do Estado.

\*\* Dispositivos credenciados em CIB, em 2012, e encaminhados à Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS para habilitação.

\*\*\* Dispositivos que receberam incentivo no ano de 2012, com previsão de habilitação pela Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS em 2013.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

Estado e Regiões	Saúde Mental 2012						
	Nº de CAPS	Taxa de Cobertura de (CAPS)	Análise da Taxa de Cobertura	Nº de internações	SRT**	Leito em HG***	População
<b>Estado</b>	<b>123</b>	<b>0,63</b>	<b>Boa</b>	<b>4.266</b>	<b>50</b>	<b>178</b>	<b>16.231.365</b>
<b>Baía da Ilha Grande</b>	3	0,79	Muito Boa	13	0	12	254.042
<b>Baixada Litorânea</b>	6	0,63	Boa	93	-	-	715.500
Araruama	1	0,86	Muito Boa	14	-	-	116.418
Armação de Búzios	-	-	-	6	-	-	28.973
Arraial do Cabo	-	-	-	5	-	-	28.295
Cabo Frio	2	1,02	Muito Boa	11	1	-	195.197
Casimiro de Abreu	-	-	-	6	-	-	37.340
Iguaba Grande	-	-	-	7	-	-	24.079
Rio das Ostras	1	0,43	Baixa	16	-	-	116.134
São Pedro da Aldeia	1	0,55	Boa	7	-	-	91.542
Saquarema	1	0,64	Boa	21	-	-	77.522
<b>Centro-Sul</b>	12	2,63	Muito Boa	233	23	42	323.097
<b>Médio Paraíba</b>	17,00	1,67	Muito Boa	160	5	45	865.769
<b>Metropolitana I</b>	40	0,42	Regular	416	14	18	9.982.883
<b>Metropolitana II</b>	11	0,53	Regular	1471	3	13	1.974.910
<b>Noroeste</b>	10	1,95	Muito Boa	675	4	22	333.091
<b>Norte</b>	9	0,81	Muito Boa	1093	-	4	859.677
<b>Serrana</b>	15	1,25	Muito Boa	345	0	22	922.396

Fonte: <sup>1</sup> Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES/MS e IBGE: Censo Demográfico 2010

<sup>2</sup> SES-RJ / TabNet -SES RJ / SIH/SUS .

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012



Estado e Regiões	Atenção de Média e Alta Complexidade 2011				
	Leitos SUS gerais <sup>1</sup>	Leitos gerais SUS por 1000 Habitantes	Necessidade de leitos (Portaria GM/MS 1.101) <sup>2</sup>	Leitos de UTI	Relação 4% UTI por total de leitos <sup>3</sup>
<b>Estado</b>	<b>30.626</b>	<b>1,90</b>	<b>39.975</b>	<b>1.151</b>	<b>1.599</b>
Baía da Ilha Grande	267	1,1	609	20	25
Baixada Litorânea	947	1,4	1.699	58	68
Centro-Sul	692	2,2	798	35	32
Médio Paraíba	1.417	1,7	2.138	74	86
Metropolitana I	15.697	1,6	24.684	682	987
Metropolitana II	3.090	1,6	4.851	57	194
Noroeste	1.244	4	825	66	33
Norte	1.798	2	2.092	100	84
Serrana	1.555	2	2.278	71	91

Fonte: MS / CNES (2011) e IBGE: Censo Demográfico 2010

<sup>1</sup> Excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos crônicos e hospital dia

<sup>2</sup> A Portaria GM/MS 1.101 de 12 de junho de 2002 estabelece 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes

<sup>3</sup> A Portaria GM/MS 1.101 de 12 de junho de 2002 estabelece 4% à 10% de leitos de UTI por total de leitos

Legenda:

↓ em relação ao Parâmetro mínimo de 2,5 leitos/hab conforme Port. 1001/ 2002.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

Estado e Regiões	Atenção de Média e Alta Complexidade 2011				
	Leitos SUS gerais <sup>1</sup>	Leitos gerais SUS por 1000 Habitantes	Necessidade de leitos (Portaria GM/MS 1.101) <sup>2</sup>	Leitos de UTI	Relação 4% UTI por total de leitos <sup>3</sup>
<b>Estado</b>	<b>30.626</b>	<b>1,90</b>	<b>39.975</b>	<b>1.151</b>	<b>1.599</b>
Baía da Ilha Grande	267	1,1	609	20	25
Baixada Litorânea	947	1,4	1.699	58	68
Araruama	204	1,8	280	17	11
Armação de Búzios	46	1,7	69	0	3
Arraial do Cabo	75	2,7	69	14	3
Cabo Frio	334	1,8	466	22	19
Casimiro de Abreu	97	2,7	88	0	4
Iguaba Grande	0	0	57	0	2
Rio das Ostras	82	0,8	264	0	11
São Pedro da Aldeia	49	0,6	220	0	9
Saquarema	60	0,8	186	5	7
Centro-Sul	692	2,2	798	35	32
Médio Paraíba	1.417	1,7	2.138	74	86
Metropolitana I	15.697	1,6	24.684	682	987
Metropolitana II	3.090	1,6	4.851	57	194
Noroeste	1.244	4	825	66	33
Norte	1.798	2	2.092	100	84
Serrana	1.555	2	2.278	71	91

Fonte: MS / CNES (2011) e IBGE: Censo Demográfico 2010

<sup>1</sup> Excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos crônicos e hospital dia

<sup>2</sup> A Portaria GM/MS 1.101 de 12 de junho de 2002 estabelece 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes

<sup>3</sup> A Portaria GM/MS 1.101 de 12 de junho de 2002 estabelece 4% à 10% de leitos de UTI por total de leitos

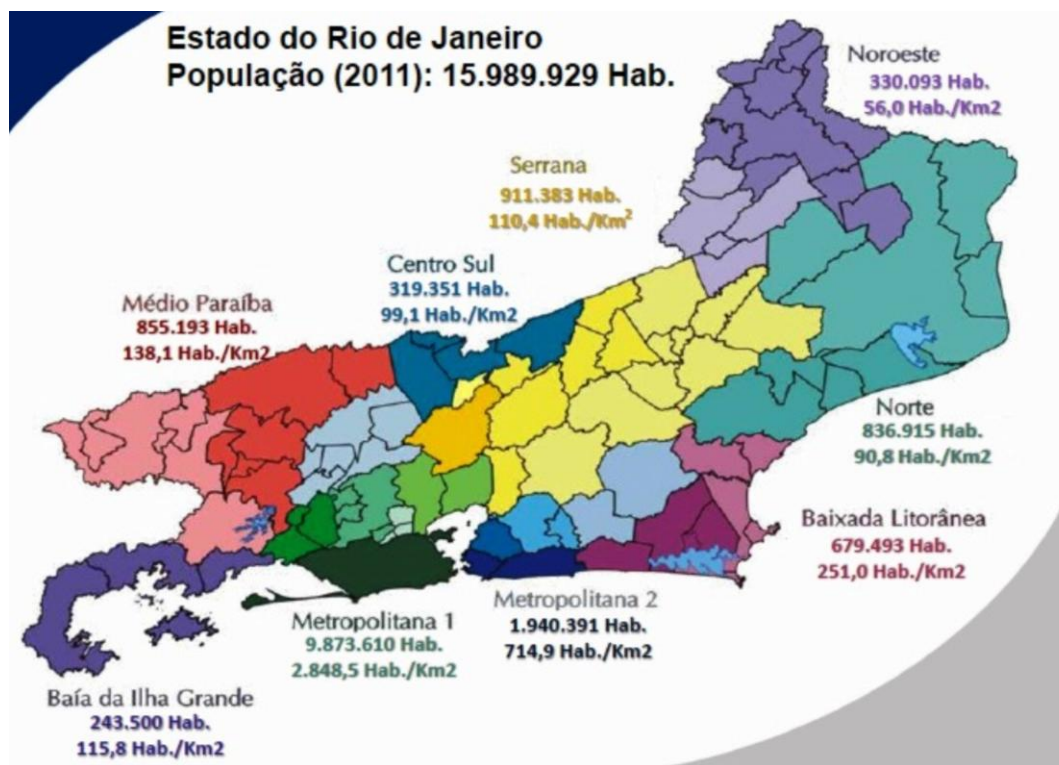
Legenda:

 ↓ em relação ao Parâmetro mínimo de 2,5 leitos/hab conforme Port. 1001/ 2002.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

## PERFIL DEMOGRÁFICO

O Município de Araruama localiza-se na costa do Estado do Rio de Janeiro, no centro da Região da Baixada Litorânea. Esta região subdivide-se em baixada litorânea (Região dos Lagos) e área serrana (Rio Bonito, parte de Silva Jardim, Casemiro de Abreu e Cachoeiras de Macacu).



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

O município de Araruama tem área total de 638 quilômetros quadrados, correspondentes a 12,6% da área da Região da Baixada Litorânea, marcados por planícies e alguns lagos, entre os quais a Lagoa de Araruama e a Lagoa de Juturnaíba, situando-se entre os municípios de Saquarema e Silva Jardim.

Geograficamente é o maior município da Região, conforme a imagem de satélite capturada do programa Google Earth em julho de 2013.

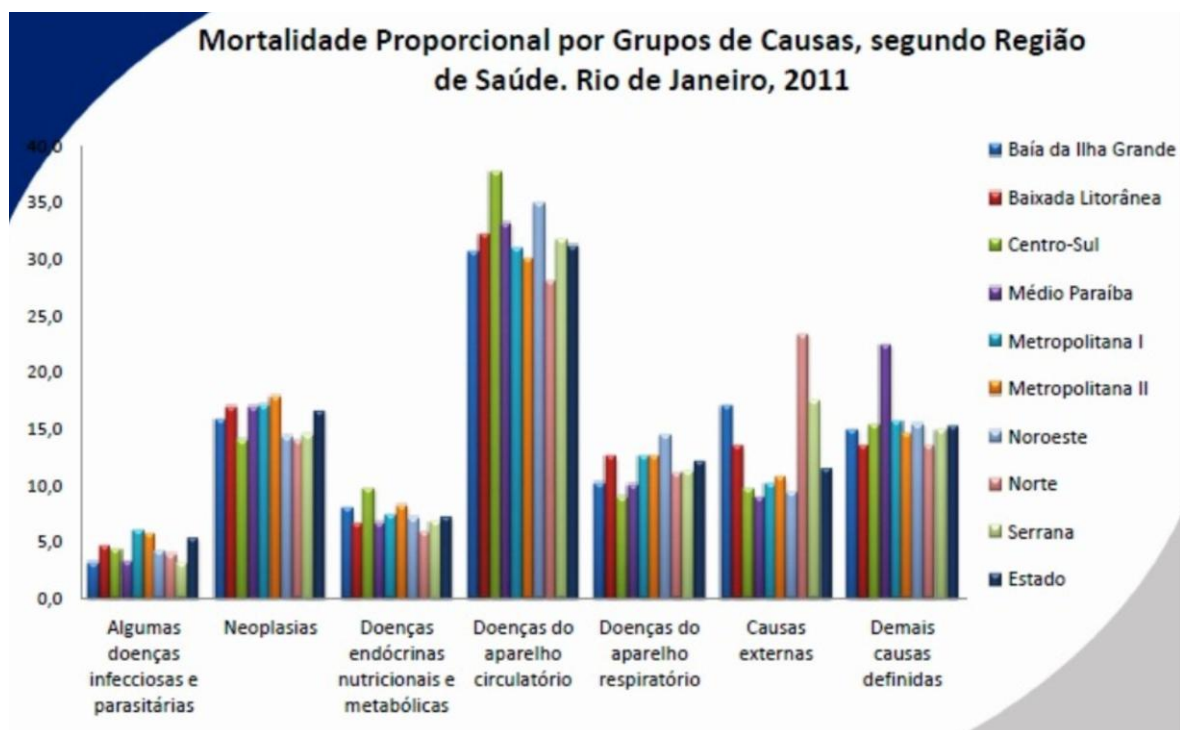




## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Os dados apresentam as taxas de mortalidade, ou seja, o número de pessoas que morrem a cada 1.000 habitantes, nos municípios que compõem a Baixada Litorânea no ano de 2011.

### PERFIL DE MORTALIDADE DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

## PERFIL DE MORTALIDADE POR MUNICÍPIO

Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas, segundo Município da Região da Baixada Litorânea. Rio de Janeiro, 2011

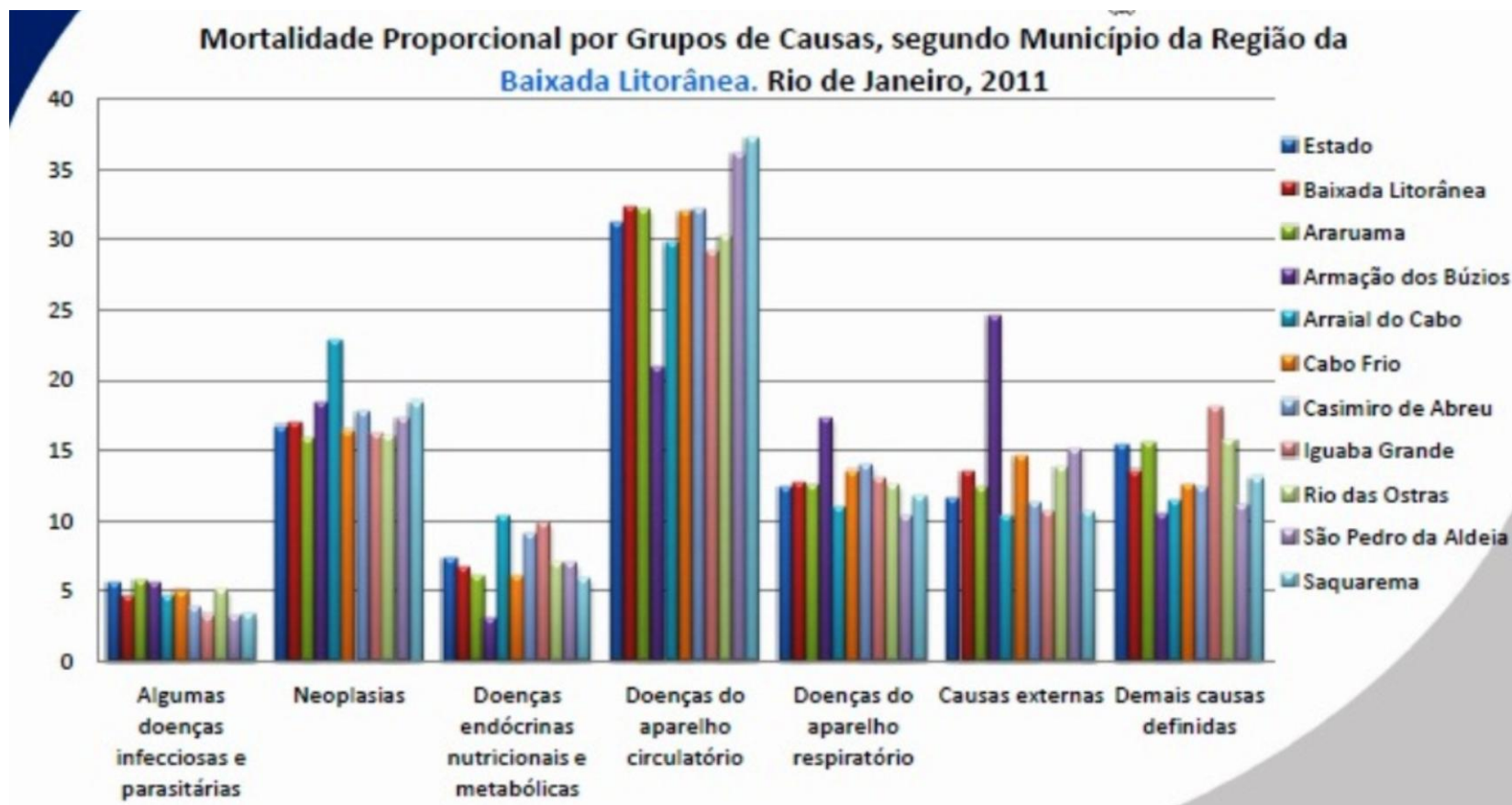
Estado e Regiões	Mortalidade proporcional por grupos de causas 2011						
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Causas externas	Demais causas definidas
<b>Estado</b>	<b>5,49</b>	<b>16,67</b>	<b>7,36</b>	<b>31,23</b>	<b>12,27</b>	<b>11,61</b>	<b>15,38</b>
Baixada Litorânea	4,59	16,96	6,59	32,22	12,63	13,47	13,54
Araruama	5,72	15,83	5,97	32,16	12,55	12,30	15,47
Armação dos Búzios	5,52	18,40	3,07	20,86	17,18	24,54	10,43
Arraial do Cabo	4,57	22,86	10,29	29,71	10,86	10,29	11,43
Cabo Frio	5,02	16,37	5,99	31,95	13,56	14,52	12,59
Casimiro de Abreu	3,74	17,65	9,09	32,09	13,90	11,23	12,30
Iguaba Grande	3,24	16,20	9,72	29,17	12,96	10,65	18,06
Rio das Ostras	5,01	15,99	6,94	30,25	12,52	13,68	15,61
São Pedro da Aldeia	3,17	17,26	6,94	36,11	10,32	15,08	11,11
Saquarema	3,32	18,46	5,81	37,14	11,62	10,58	13,07

Legenda:

- ↑ (>20%) proporção na REGIÃO ou no MUNICÍPIO em relação ao Estado
- ↑ (<20%) na região e no município em relação a proporção do Estado
- ↑ proporção na região em relação aos demais grupos de causas

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

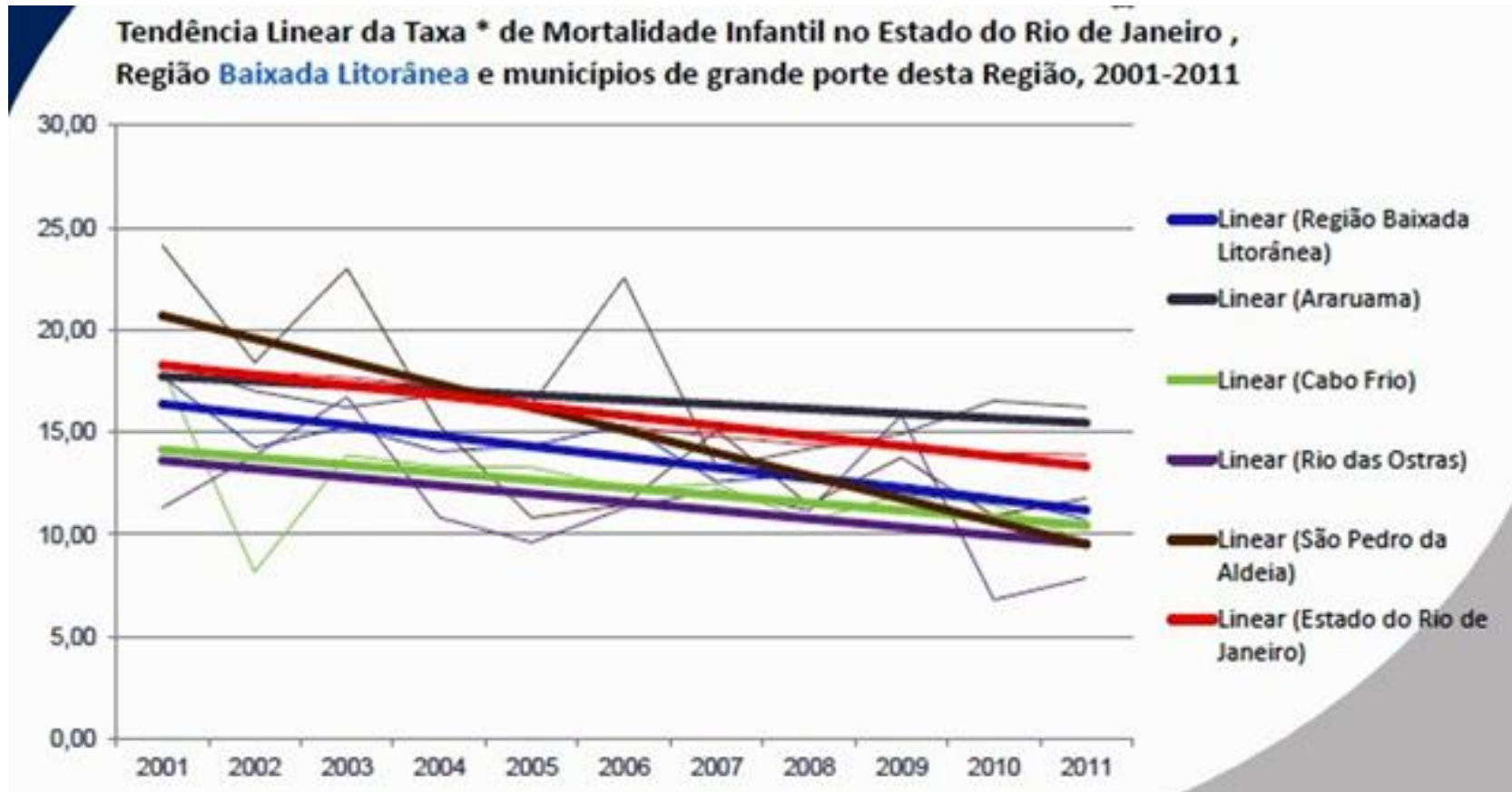
## PERFIL DE MORTALIDADE POR MUNICÍPIO



2

No município, a principal causa de morte, segundo as fontes da Secretaria Estadual de Saúde (SES, 2012), são as doenças relacionadas aos aparelhos circulatório e cardíaco, ou seja, doenças relacionadas ao coração.

## PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL NA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012



## PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR NA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA

Estado e Regiões	Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas 2011					
	Neoplasias malignas	Diabetes mellitus	Doenças hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Pneumonia
<b>Estado</b>	<b>20,18</b>	<b>5,86</b>	<b>4,32</b>	<b>9,44</b>	<b>8,04</b>	<b>24,77</b>
Baía da Ilha Grande	14,00	5,95	2,96	11,62	7,97	27,06
Baixada Litorânea	19,06	7,12	4,84	13,60	6,55	20,16
Centro-Sul	16,31	16,56	11,93	17,79	18,88	41,15
Médio Paraíba	26,19	12,66	14,02	17,77	12,27	28,58
Metropolitana I	19,64	3,21	2,59	5,80	5,72	19,04
Metropolitana II	18,40	8,15	4,11	9,09	9,17	32,28
Noroeste	24,72	20,27	16,81	38,41	22,72	96,19
Norte	29,97	9,58	4,71	13,29	8,27	35,80
Serrana	17,47	9,89	6,92	21,24	18,64	28,34

**Legenda:**  
 ↑ (>40%) proporção na REGIÃO ou no MUNICÍPIO em relação ao Estado  
 ↑ (<40%) na região e no município em relação a proporção do Estado  
ABC ↑ proporção na região em relação aos demais grupos de causas

**Fonte:** Ministério da Saúde / DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH / SUS  
 \*Número de internação/10.000 habitantes  
 Nota: Não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade – tipo 5. Os dados de 2011 são preliminares, com situação da base nacional em 20/09/2012, sujeitos a retificação.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

## PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR POR MUNICÍPIO

Estado e Regiões	Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas 2011					
	Neoplasias malignas	Diabetes mellitus	Doenças hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Pneumonia
<b>Estado</b>	<b>20,18</b>	<b>5,86</b>	<b>4,32</b>	<b>9,44</b>	<b>8,04</b>	<b>24,77</b>
Baía da Ilha Grande	14,00	5,95	2,96	11,62	7,97	27,06
Baixada Litorânea	19,06	7,12	4,84	13,60	6,55	20,16
Araruama	20,00	7,23	6,87	15,80	10,18	22,41
Armação dos Búzios	25,40	5,44	4,35	12,70	7,62	30,12
Arraial do Cabo	22,73	12,99	5,41	15,52	15,52	28,50
Cabo Frio	22,18	4,30	3,44	17,29	2,31	8,43
Casimiro de Abreu	13,58	19,80	20,94	4,81	4,53	35,36
Iguaba Grande	40,26	3,94	8,75	20,57	5,25	18,38
Rio das Ostras	11,17	5,49	0,76	9,37	8,23	34,35
São Pedro da Aldeia	19,23	3,64	2,28	7,17	1,71	6,71
Squarema	13,20	13,88	5,25	16,30	12,66	28,42
Centro-Sul	16,31	16,56	11,93	17,79	18,88	41,15
Médio Paraíba	26,19	12,66	14,02	17,77	12,27	28,58
Metropolitana I	19,64	3,21	2,59	5,80	5,72	19,04
Metropolitana II	18,40	8,15	4,11	9,09	9,17	32,28
Noroeste	24,72	20,27	16,81	38,41	22,72	96,19
Norte	29,97	9,58	4,71	13,29	8,27	35,80
Serrana	17,47	9,89	6,92	21,24	18,64	28,34

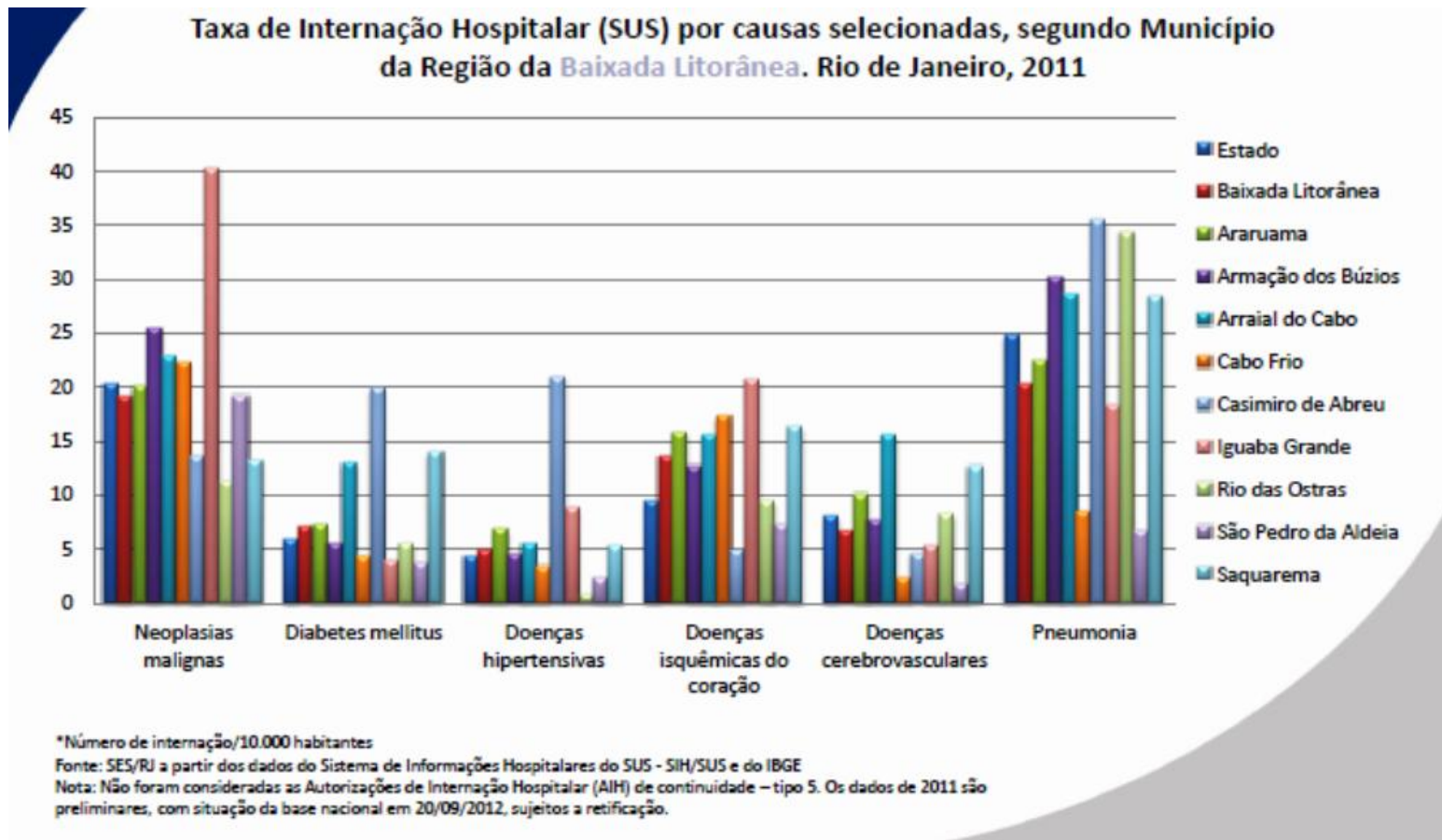
Legenda:

- ↑ (>40%) proporção na REGIÃO ou no MUNICÍPIO em relação ao Estado
- ↑ (<40%) na região e no município em relação a proporção do Estado
- ↑ proporção na região em relação aos demais grupos de causas

Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH / SUS

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012

## PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR POR MUNICÍPIO





## PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR POR MUNICÍPIO

Proporção de Internações Hospitalares no SUS, por Grupos de Causas Selecionadas, segundo Municípios da Região da Baixada Litorânea. Rio de Janeiro, 2011

Estado e Regiões	Proporção de internações hospitalares por grupos de causas 2011						
	Doenças infecciosas e parasitárias (DIP)	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Causas Externas	Demais causas*
<b>Estado</b>	8,30	6,80	11,58	10,52	8,99	7,14	46,68
<b>Baixada Litorânea</b>	7,31	6,31	11,21	7,82	8,70	6,74	51,92
Araruama	5,24	6,14	10,87	7,47	9,39	6,95	53,94
Armação dos Búzios	4,18	10,85	12,01	11,57	7,92	7,65	45,82
Arraial do Cabo	6,04	8,03	11,36	8,39	10,28	10,01	45,90
Cabo Frio	10,90	6,49	12,43	4,27	6,79	8,06	51,05
Casimiro de Abreu	4,17	4,30	10,66	14,16	8,93	4,83	52,95
Iguaba Grande	7,03	10,94	11,61	6,70	9,26	5,02	49,44
Rio das Ostras	7,68	4,07	10,10	12,43	10,64	3,37	51,71
São Pedro da Aldeia	4,80	7,83	7,08	3,15	9,67	5,98	61,50
Saquarema	7,20	4,88	13,56	10,90	8,31	7,84	47,31

Legenda:   ↑ (>20%) proporção na REGIÃO ou no MUNICÍPIO em relação ao Estado

  ↑ (<20%) na região e no município em relação a proporção do Estado

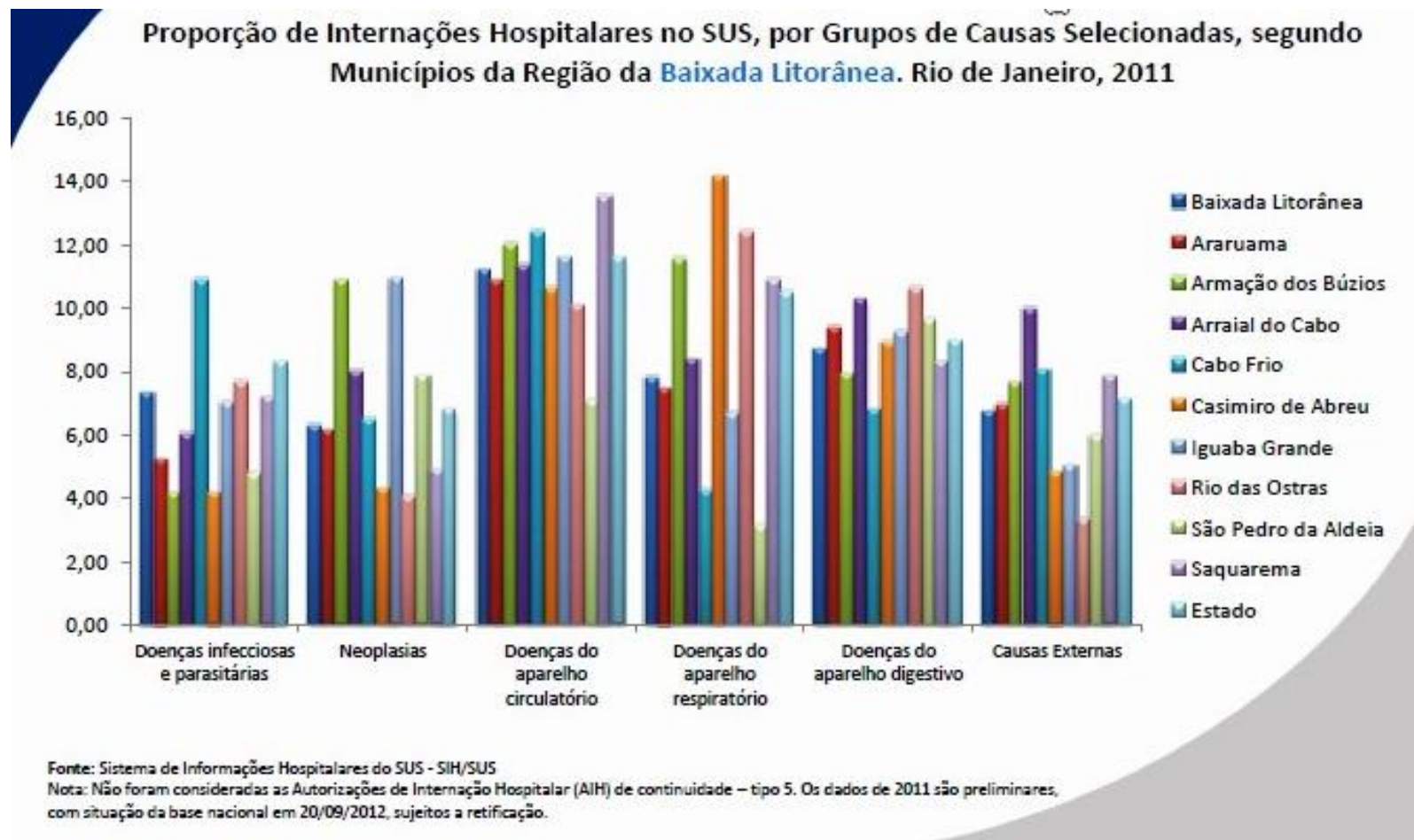
ABC ↑ proporção na região em relação aos demais grupos de causas

\* Todos os demais grupos de causas somados

Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH / SUS

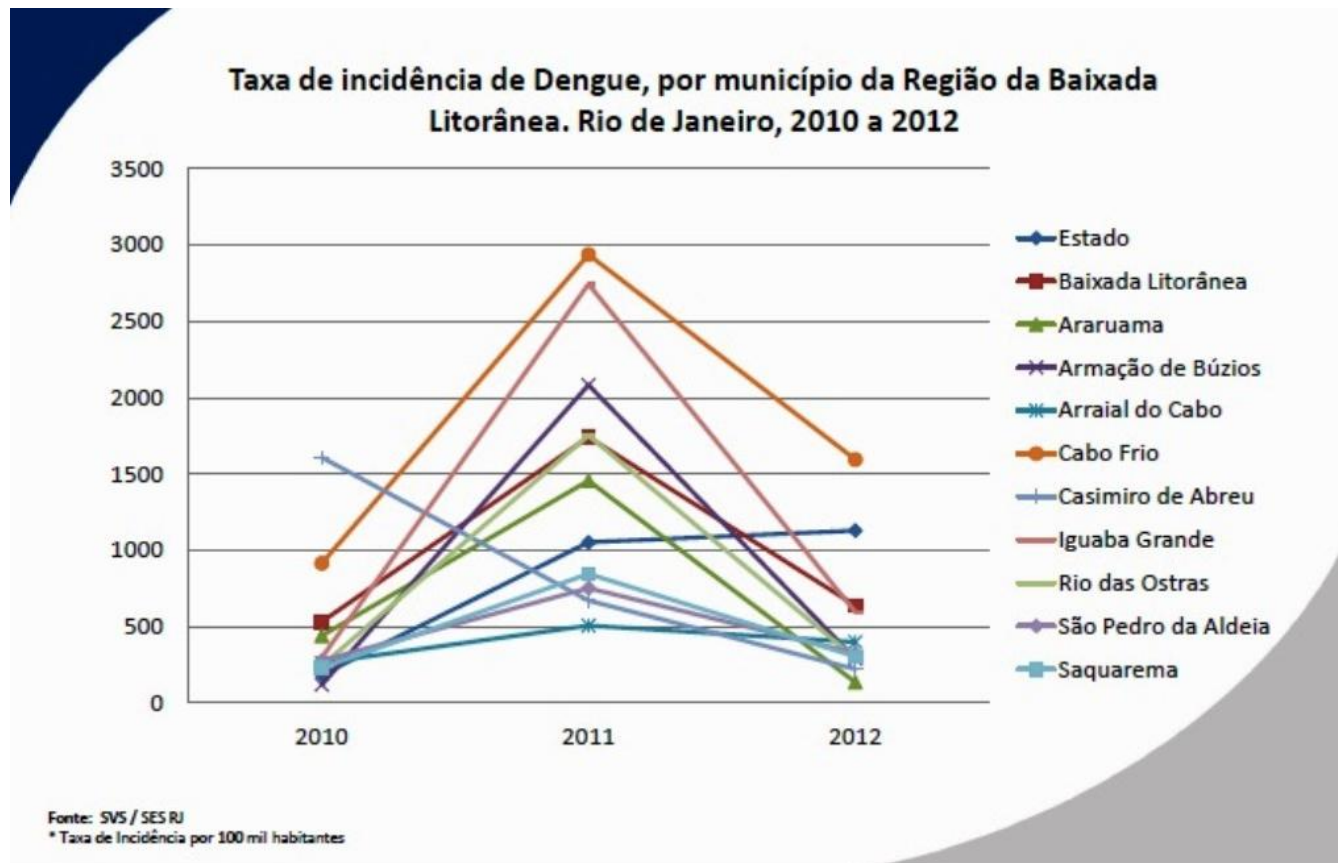
Nota: Não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade – tipo 5. Os dados de 2011 são preliminares, com situação da base nacional em 20/09/2012, sujeitos a retificação.

## PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR POR MUNICÍPIO

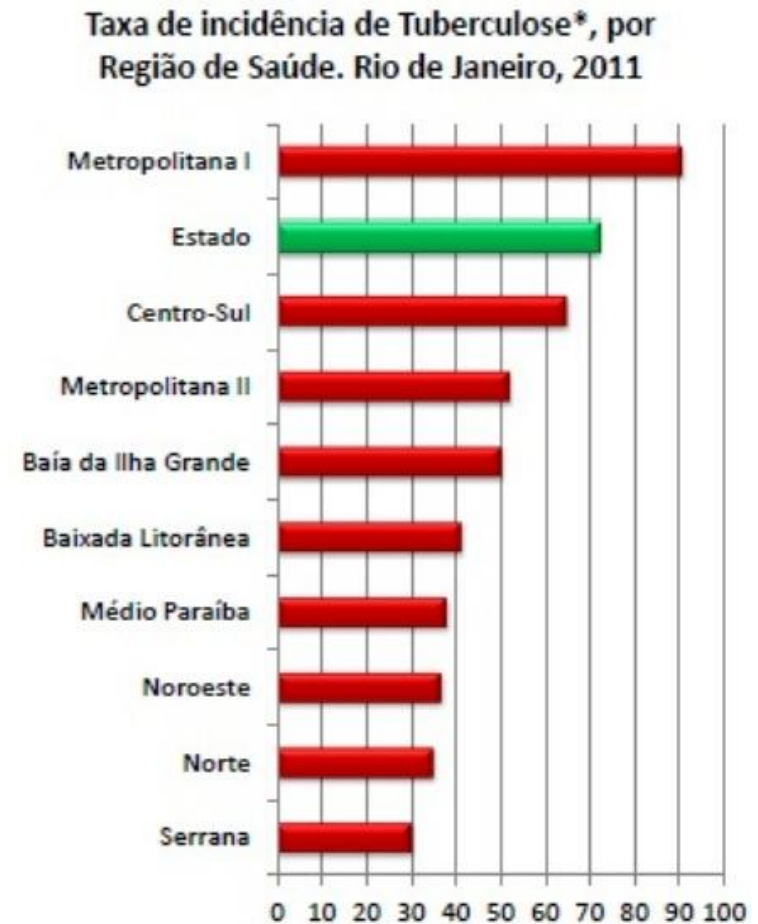
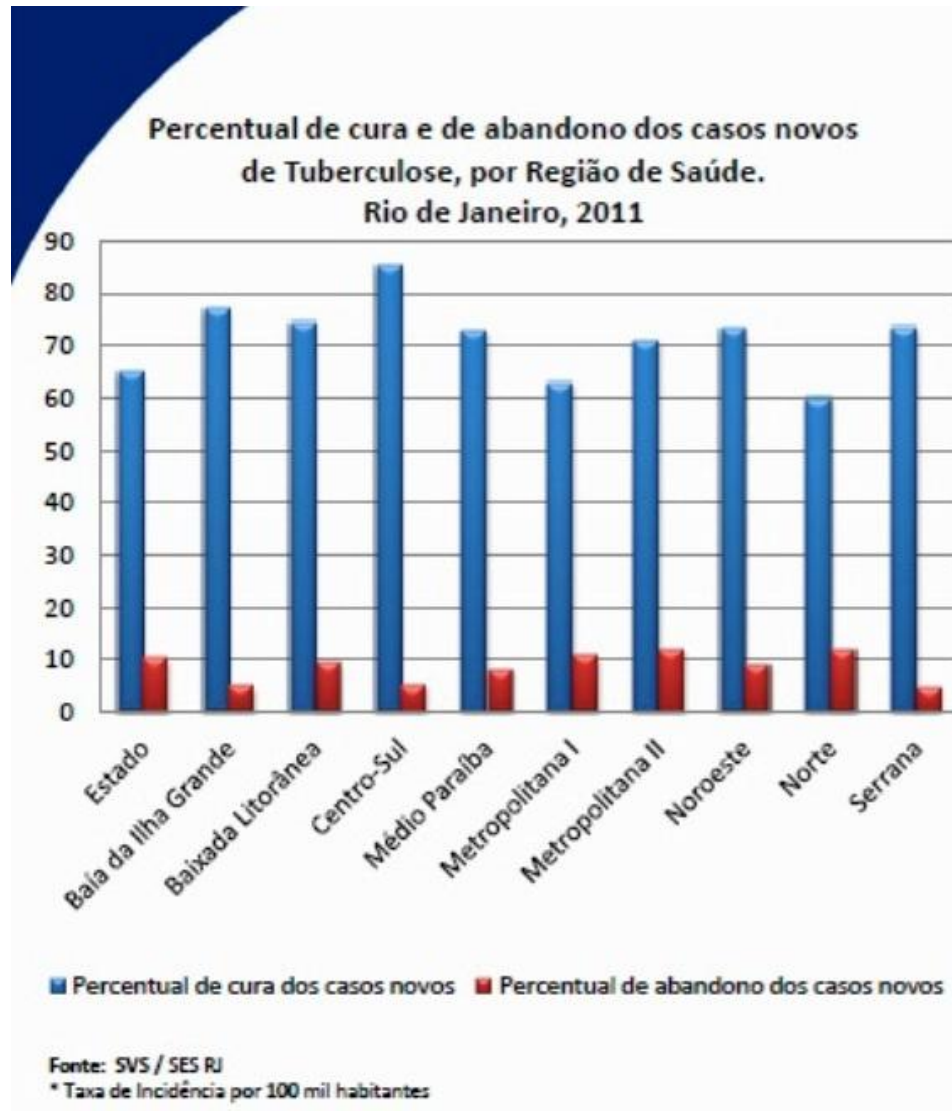


## PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE NA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA

No ano de 2011, segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde (2012), verifica-se a alta incidência de dengue nos municípios, denotando uma epidemia da doença nesta região. Entretanto, no ano de 2012, os indicadores apresentam um reduzido número de casos se comparado aos demais. Os municípios de Araruama e Casimiro de Abreu são os menos afetados pela doença.



O número de casos de tuberculose varia entre esses municípios. Vale destacar que a alta incidência dessas doenças na região pode ser sanada com programas públicos de prevenção.





Estado e Regiões	Tuberculose 2011		
	Taxa de incidência	Percentual de cura dos casos novos	Percentual de abandono dos casos novos
<b>Estado</b>	<b>72,3</b>	<b>64,8</b>	<b>10,3</b>
Baía da Ilha Grande	50,2	76,8	4,8
Baixada Litorânea	41,4	74,4	9,3
Araruama	31,5	50,0	16,7
Armação de Búzios	56,6	81,3	0,0
Arraial do Cabo	60,7	94,1	0,0
Cabo Frio	47,2	75,6	11,1
Casimiro de Abreu	22,0	37,5	0,0
Iguaba Grande	29,8	57,1	0,0
Rio das Ostras	37,8	76,2	16,7
São Pedro da Aldeia	33,4	80,0	10,0
Saquarema	56,6	86,0	2,3
Centro-Sul	64,8	85,1	5,0
Médio Paraíba	38,0	72,8	8,0
Metropolitana I	90,6	62,7	10,6
Metropolitana II	52,1	70,8	11,8
Noroeste	36,8	73,0	9,0
Norte	35,1	59,7	11,7
Serrana	30,3	73,4	4,7

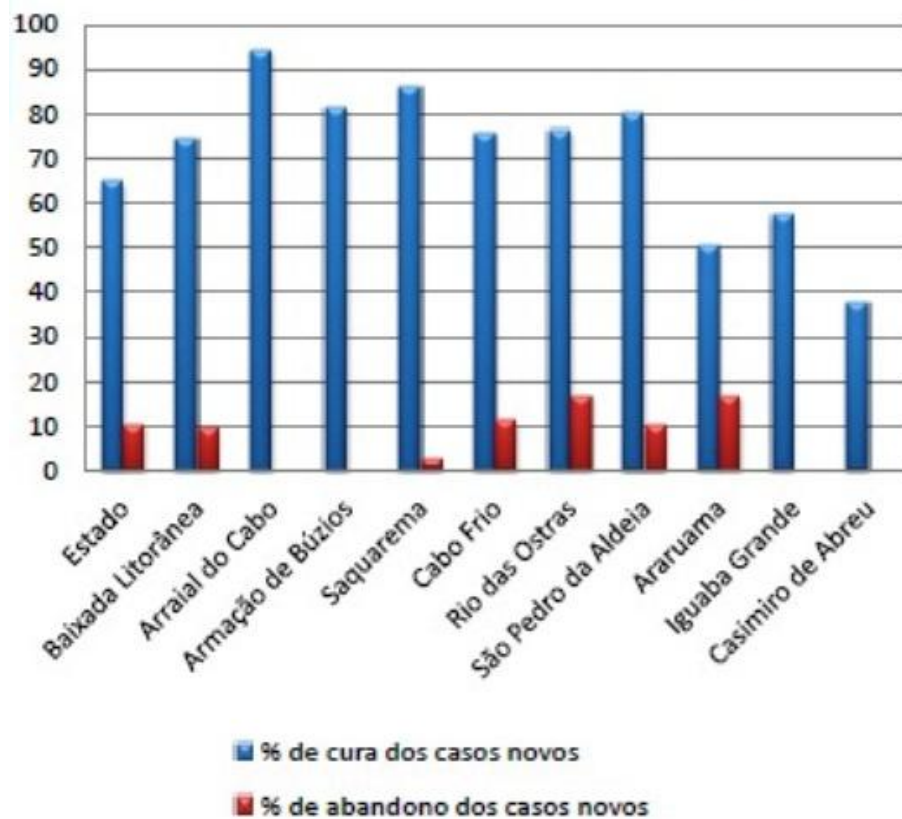
Legenda:

- ↑ ou ↓ (>20%) no município em relação a proporção da REGIÃO
- ↑ ou ↓ (<20%) no município em relação a proporção da REGIÃO
- ↑ proporção na região em relação ao ESTADO

Fonte: SVS / SES RJ

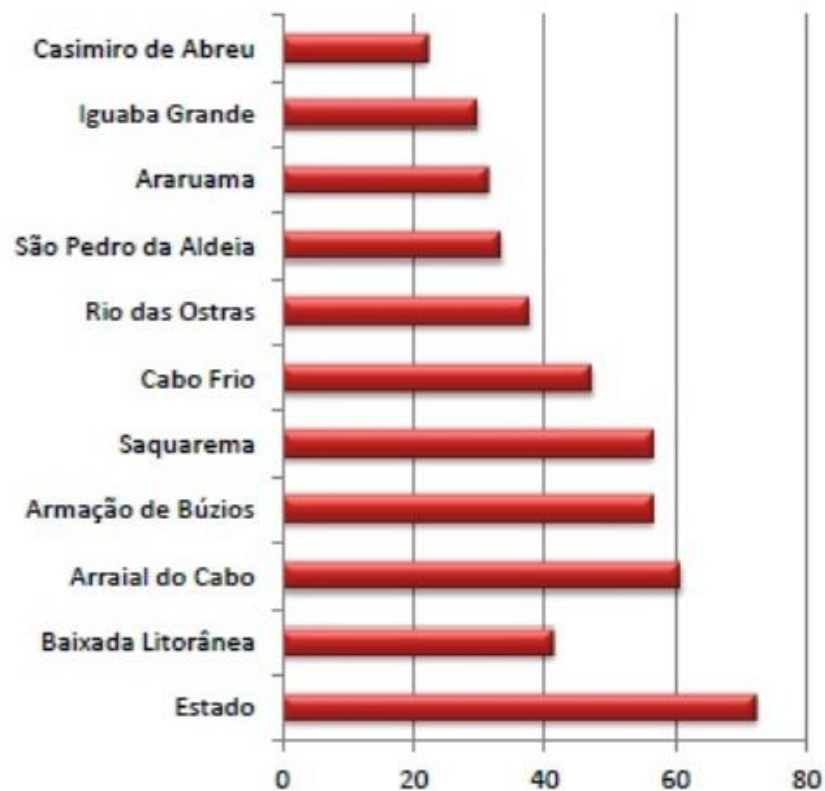
\* Taxa de Incidência por 100 mil habitantes

Percentual de cura e de abandono dos casos novos de Tuberculose, por município da Região da Baixada Litorânea. Rio de Janeiro, 2011



Fonte: SVS / SES RJ  
 \* Taxa de Incidência por 100 mil habitantes

Taxa de incidência de Tuberculose, por município da Região Baixada Litorânea. Rio de Janeiro, 2011



## **PACTUAÇÃO PARA 2014/2017 DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

O diagnóstico que se descreve a seguir foi elaborado a partir da realização de “oficinas de planejamento estratégico”, no qual foram listados os principais problemas e desafios dos serviços de saúde do município, levantados e discutidos pelos gestores e técnicos presentes nas oficinas.

Sendo assim, são listados a diante os principais problemas da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

### **GESTÃO EM SAÚDE**

- Demora no processo licitatório;
- Dificuldade administrativa no processo de licitação na compra de materiais e insumos básicos;
- Ausência de setor de compras e empenhos na estrutura própria para controle e melhor orçamento para a saúde,

### **ATENÇÃO BÁSICA**

- Transporte insuficiente para a supervisão das unidades;
- Reestruturar as equipe de do PSF e ACS;

- Ampliação das equipes saúde bucal na Estratégia Saúde da Família;
- Reestruturação das unidades básicas;
- Capacitação para os funcionários das unidades;
- Revisão salarial dos agentes comunitários e demais profissionais da ESF;
- Insuficiência de estrutura física e falta de material;
- Descumprimento de ações em saúde na Estratégia Saúde da Família.

### **ATENÇÃO MÉDIA COMPLEXIDADE**

- Dificuldade para referenciar pacientes para serviços de média e alta complexidade (hospitalar) e para serviços de emergência;
- Insuficiência de exames complementares (de média e alta complexidade) na região;
- Definir fluxo de urgências e emergências em protocolos;
- Falta de dispositivos de saúde mental, como um Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e leito específico para emergência psiquiátrica;
- Dificuldade contratação de algumas especialidades médicas como endócrinos, pediatras, dentre outros;



- Dificuldade de entendimento por parte de médicos no preenchimento da contra-referência;
- Falta de transporte adequado para os pacientes do Tratamento Fora do Domicílio (ambulâncias);

### **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

- Falta de veículo específico para atender as necessidades da vigilância em saúde
- Inexistência de laboratório em saúde público regional;
- Inexistência de comitê de mortalidade materna e infantil;
- Falta de infra-estrutura;
- Formação de profissionais de nível técnico insuficientes.

### **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

- Sub-financiamento e recursos insuficientes;
- Informações e registros insuficientes;
- Processo de judicialização prejudicando o planejamento;

## OUVIDORIA DO SUS

- Inexistência de espaço físico adequado para atendimento do Serviço de Ouvidoria;
- A não inserção do serviço de Ouvidoria no Organograma;
- Ausência de instrumento normativo para regulamentar o Serviço de Ouvidoria do âmbito Municipal;
- Equipe mínima para atuar no Serviço de ouvidoria
- Não possui todos os canais de entrada e o fluxo de tramitação da manifestação
- Não há fortalecimento da Rede de Ouvidoria do SUS
- Não possui folder informativo
- A Ouvidoria Não participa de reuniões de colegiados
- Equipe de Ouvidoria sem Capacitação
- Não Implantou Descentralização de Ouvidoria
- Não Implantou Sub-Rede de Sistema Ouvidor SUS
- Falta de garantia que Ouvidoria fosse contemplada com o apoio financeiro da SES-RJ destinado para melhoria da qualidade de infra-estrutura de Ouvidoria
- Falta de seminário para disseminação da existência de Ouvidoria SUS em Araruama

**Diretriz – Instrumentalizar a gestão para garantir a oferta de serviços de saúde e insumos à população de forma efetiva, eficaz e eficiente.**

**Objetivo – Organização e fortalecimento da gestão.**

**GESTÃO DA SAÚDE**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Demora no processo licitatório	Demora na entrega de materiais e serviços prejudicando o andamento dos serviços principalmente de emergência.	Criar uma comissão de acompanhamento nos processos composta por um servidor da secretaria municipal de saúde e um conselheiro municipal de saúde.	Atuar junto a equipe de licitação facilitando e orientando pra agilização dos processos.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Secretário Municipal de Administração.
Dificuldade administrativa no processo de licitação.	Demora na avaliação da documentação para execução do processo.	Rapidez na avaliação processual.	Garantir eficácia, efetividade e eficiência no produto final.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Secretário Municipal de Administração
Ausência do setor de compras na estrutura.	Não formalizado no organograma	Criar no organograma da SMS setor de compras.	Boa resolutividade nas compras e agilidade no processo.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Secretário Municipal de Administração
Efetivar regionalização.	Participar de reuniões da CIR/BL	Garantia de pactuações que visam uma melhor estruturação da rede de serviços	Participar de estudo e distribuição equitativa para a região de saúde que incluam projetos regionais de regulação	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coordenador da CIR/LL Câmara Técnica da CIR/BL
Efetivar pactuação pactuada Integrada.	Pactuações inadequadas e sem garantia de referências.	Participar do GT de Planejamento Integrado para acompanhamento das pactuações.	Garantir fluxo adequado estabelecendo real necessidade de serviços de referência e contra-referência.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coordenador da CIR/BL GT de Planejamento Integrado da CIR/BL

**Diretriz – Efetivar a política de Recursos Humanos vistas a garantia de continuidade dos processos técnico-administrativos da gestão.**

**Objetivo: Adequação do quadro funcional da Atenção Básica**

**GESTÃO DO TRABALHO/ATENÇÃO BÁSICA**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	49% (SEM ESF)	Ampliar em 10%	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	2014 a 2017	Secretário Mun. Saúde Secretário Mun. Administração COSAC
Número de avaliações semestrais da atenção básica	Relatório mensal	Manter 12 relatórios mensais e 02 semestrais	Realizar avaliações semestrais da Atenção Básica	2014 a 2017	COSAC

**Diretriz – Regionalizar a rede pública de modo hierarquizado tendo como princípio o fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada do sistema para efetivar a resolutividade em todos os níveis de atenção à saúde.**

**Objetivo - Fortalecimento, expansão e qualificação da Atenção Básica Municipal**

**PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE /ATENÇÃO BÁSICA**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Baixa cobertura populacional estimada pela ESF	30,8%	Atingir 50% de cobertura	Aumentar a cobertura pela ESF para 50%	2015 a 2017	Secretário Municipal Saúde COSAC Atenção Básica
Baixo número de programas implementados no PSF	30%	Ampliar a descentralização de programas para PSF	Descentralizar as ações dos Programas para as Unidades de Saúde da Família	2015 a 2017	Secretário Municipal Saúde COSAC Atenção Básica Coord. de Programas
Baixo atendimento do modelo preconizado pelo MS pelo PSF	20%	60%	Instituir nas USF existentes no município descentralização de programas de saúde, sistema de referência e contra-referência, saúde bucal, atividades educativas e preventivas, dentre outras, observando a estrutura física recomendada pelo MS	2015 a 2017	Secretário Municipal Saúde COSAC Atenção Básica

**Diretriz – Incorporar programas de saúde pública à estratégia agregando linhas de cuidado às populações vulneráveis e/ou prioritárias para realizar intervenção nas condições de saúde.**

**Objetivo – Ampliação da oferta de serviços pela Atenção Básica**

**ATENÇÃO AO CUIDADO À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA**

INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO DESEJADA	METAS	PRAZO	STATUS
Proporção de ações de atendimento, em especial ao idoso acamado e portador de patologia crônica e incapacitante.	30%	Ampliar a oferta para 50% da população alvo	Ampliar para 50% as ações de atendimento domiciliar, em especial ao idoso acamado e portador de patologia crônica e incapacitante.	2015 a 2017	Atenção Básica PSF
Número de ações de educação permanente para conscientizar e fortalecer os direitos dos idosos.	Sem dados formalmente computados	50%	Realizar trabalho educativo na comunidade visando fortalecer os direitos dos idosos alcançando 50% da população alvo.	2015 a 2017	Atenção Básica PSF
Proporção de captação de gestantes no 1º trimestre	57,40%	75%	Ampliar para 75% a captação das gestantes no 1º. trimestre no CIMI, HMPASC e nas USF	2015 a 2017	Atenção Básica PSF/USF CIMI e HMPASC
Taxa de internação hospital por fratura de fêmur	13,10%	11%	Reduzir para 11% a taxa de internação hospitalar por fratura fêmur	2015 a 2017	Atenção Básica
Número de internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB)	749 internações - 2011 602 internações - 2012	- 5%	Reduzir as ICSAB em 5%	2015 a 2017	COSAC Atenção Básica PSF
Percentual de oferta de medicamentos pelos programas	60%	100%	Garantir o fornecimento de medicamentos padronizados para 100% dos usuários cadastrados nos programas.	2015 a 2017	COSAC Atenção Básica Farmácia Básica

**Diretriz: Ofertar capacitações para Recursos Humanos lotados na Atenção Básica buscando impactar positivamente na qualidade da assistência prestada.**

**Objetivo – Qualificação dos Recursos Humanos da Atenção Básica Municipal**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas semestralmente	1,41%	60%	Modificar os processos de trabalho através da intervenção nas causas das doenças e nos diversos fatores de risco biológicos, ambientais, sociais e de grupos populacionais específicos, ampliando a oferta de ações de educação permanente para 60% das populações alvo.	2015 a 2017	Educação em Saúde
Percentual de cursos oferecidos referentes a área de saúde da família para a qualificação dos profissionais.	Sem dados formalmente computados	50%	Fomentar a qualificação profissional e ampliar a oferta de cursos referentes a área da saúde da família alcançando 50% dos recursos humanos.	2015 a 2017	Atenção Básica em Saúde PSF
Número de ações de educação continuada ofertada às equipes de Saúde da Família/ ACS.	Sem dados formalmente computados	50%	Ampliar a participação das equipes de Saúde da Família/ ACS em 50%	2015 a 2017	Atenção Básica em Saúde PSF

**Diretriz – Otimizar as ações e serviços ofertados pelo Programa de Hipertensão e Diabetes com vistas a reduzir a morbimortalidade nas populações vulneráveis.**

**Objetivo – Manutenção das ações de prevenção e controle de doenças e agravos.**

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Número de dados inseridos no sistema e número de relatórios de análise do HIPERDIA	Início no final do ano de 2012	Alimentação semanal e emissão de relatórios de análise mensalmente.	Realizar 52 alimentações semanais do programa e emitir 12 relatórios de análise mensais.	2015 a 2017	Coordenação HIPERDIA
Percentual de cadastros por diabetes	36,26%	+10%	Ampliar em 10% o cadastramento de diabéticos	2015 a 2017	Coordenação HPERDIA
Percentual de cadastros por hipertensão	44,24%	+10%	Ampliar em 10% o cadastramento de hipertensos	2015 a 2017	Coordenação HIPERDIA
Taxa de internação por Diabetes	4,34%	- 2,5%	Reduzir em 2,5 % a taxa de internações por diabetes	2015 a 2017	Coordenação HIEPRDIA
Taxa de internação por AVC	3,69%	- 5%	Reduzir em 5% a taxa de internação por AVC	2015 a 2017	Coordenação HIPERDIA



**Diretriz – Ampliar o acesso da população e oferta de ações de prevenção de doenças imunopreveníveis para as populações estratégicas.**

**Objetivo – Manutenção das ações de prevenção, promoção da saúde e controle das doenças imunopreveníveis.**

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Cobertura da vacina BCG disponibilizando para as maternidades	Realiza 100% de cobertura dos nascidos vivos	Manter vacinação de 100% dos nascidos vivos	Garantir a 100% dos nascidos vivos a vacinação com BCG disponibilizando o imunobiológico para as maternidades	2015 a 2017	Coordenação Imunização
Cobertura pela vacina contra influenza na população a partir de 60 anos	86%	Manter vacinação de 85% da população a partir de 60 anos	Vacinar idosos com faixa etária de 60 anos na campanha anual contra a influenza	2015 a 2017	Coordenação Imunização
Cobertura da vacinação de rotina do calendário básico	95%	Manter vacinação de 95% da população alvo com as vacinas do calendário básico	Vacinar 95% dos menores de 5 anos contra a Poliomielite; Vacinar 95% dos menores de 5 anos com os imunobiológicos do calendário básico Manter em 95% a cobertura vacinal com a Tríplice Viral	2015 a 2017	Coordenação Imunização
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP + HIB) Pentavalente em crianças menores de 1 ano	134%	Manter vacinação de 100% dos menores de 1 ano	Alcançar 100% de cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP + HIB) Pentavalente em menores de 1 ano	2015 a 2017	Coordenação Imunização

**Diretriz – Ampliar o acesso da população e oferta de ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal na Atenção Básica.**

**Objetivo – Ampliar a oferta de serviços da saúde bucal na Atenção Básica.**

**SAÚDE BUCAL**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Percentual de equipe de saúde bucal implantadas	70%	80%	Implantar equipes de saúde bucal visando alcançar 80% nas USF existentes	2015	Coordenação Saúde Bucal
Percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal	21,01%	25%	Ampliar o percentual de cobertura populacional pela saúde bucal para 25%	2015	Coordenação Saúde Bucal
Taxa da média de escovação dental supervisionada	Sem informação	10% (12.000 escovações)	Alcançar 10% da população alvo com a ação de escovação dental coletiva supervisionada	2015 a 2017	Coordenação Saúde Bucal
Percentual de escolas com ações odontológicas preventivas	Sem informação	15% das escolas municipais	Realizar ações preventivas odontológicas em 15% das escolas municipais	2015 a 2017	Coordenação Saúde Bucal

**Diretriz – Qualificar e ampliar a oferta de serviços/ações voltadas a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos na população materno - infantil.**

**Objetivo – Manutenção das ações de prevenção, promoção da saúde e controle de doenças e agravos à saúde Materno-infantil.**

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PAISMCA**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Percentual de gestantes realizando pelo menos 07 consultas de pré-natal.	39,15%	53%	Ampliar o acesso à consulta pré-natal garantindo no mínimo 53% das gestantes com acompanhamento mínimo de 07 consultas	2015 a 2017	PAISMCA PSF CIMI
Percentual de exames de rotina pré-natal realizados	Agilidade no processo do início do pré-natal e captação precoce das gestantes e tratamento oportuno das doenças transmissíveis após filtro VITAL BRAZIL	Agilidade no processo de agendamento e realização dos exames complementares do pré-natal pelo laboratório conveniado e adesão ao Papel Filtro do Vital Brazil em todas as USF	Descentralizar agendamento de rotina de Pré-natal e realização de exames no Vital Brazil em 100% das USF	2015 a 2017	PAISMCA PSF CIMI
Número de consultas para colocação de DIU e outros métodos contraceptivos.	2 DIU colocados	+2%	Ampliar em 2% o número de atendimentos para colocação de DIU e outros métodos contraceptivos.	2015 a 2017	PAISMCA Planejamento Familiar
Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos	1,28% (ano 2012)	-5%	Reduzir em 5% a taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda – IRA em menores de 5 anos	2015 a 2017	

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Número de relatório de acompanhamento de gestantes do SISPRENATAL	12 relatórios	12 relatórios	Emitir 12 relatórios/ano	2015 a 2017	PAISMCA
Razão entre exames citopatológicos do colo útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população alvo	0,38%	0,45%	Aumentar a razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população alvo, com programa de orientação a população.	2015 a 2017	PAISMCA
Razão entre as mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária	0,34%	0,35	Aumentar a razão entre as mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária para 0,35%	2015 a 2017	PAISMCA
Percentual de cobertura de testagem para Hepatite B no pré-natal.	100%	100%	Aumentar a cobertura de testagem para hepatite B no pré-natal	2015 a 2017	PAISMCA
Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões de alto grau de colo de útero	50%	50%	Manter 50% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	2015 a 2017	PAISMCA
Número absoluto de mortalidade infantil	58 (86,27%)	- 10% a cada ano	Reduzir as Taxas de Mortalidade Infantil (TMI), a Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal (TMI Neonatal) e a Taxa de Mortalidade Infantil Pós-Neonatal em 10% cada uma a cada ano	2015 a 2017	PAISMCA PSF CIMI
Número absoluto de Mortalidade infantil Neonatal	Tardia 6 (100%) Precoce 8 (87,5%)	- 10% a cada ano			
Número absoluto de mortalidade infantil Pós-Neonatal	10 (90%)	- 10% a cada ano			
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantado	2	3	Ampliar a notificação dos casos de violência atendidos para 3 unidades de saúde	2015	COSAC CIMI UPA
Percentual de partos normais	39,58%	45%	Aumentar para 45% a proporção de partos normais	2015 a 2017	PAISMCA

**Diretriz – Qualificar e ampliar a oferta de serviços/ações voltadas a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos à saúde**

**Objetivo – Fortalecimento da vigilância, prevenção, controle de doenças e agravos de saúde.**

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Número de diagnóstico epidemiológico anual realizado	Sem dados computados	1 relatório/ano elaborado	Elaboração de 1 relatório diagnóstico epidemiológico anual; Subsidiar o remanejamento anual de ações voltadas aos agravos mais importantes, através dos indicadores do diagnóstico epidemiológico	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de ações voltadas para os grupos vulneráveis nas diversas áreas adscritas dos PSF's	Sem dados computados	Parceria com PSF e PS para realizar levantamento das condições de saúde das populações adscritas, sinalizando os grupos vulneráveis.	Realizar estudo das diferentes realidades de saúde, visando conhecer as áreas, fatores e grupos da população de maior risco de adoecer.	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de Monitoramento dos Sistemas de Informações	Sem dados computados	1 relatório/ano	Realizar avaliação anual das atividades e Sistemas de Informação	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causa presumíveis de morte materna investigadas	100%	100% dos óbitos maternos e 65% dos óbitos de MIF	Investigar 100% dos óbitos maternos e 65%, no mínimo, dos óbitos em MIF	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica



<b>INDICADOR</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Número de banco de dados das notificações e acompanhamento dos casos de hanseníase e tuberculose atualizados mensalmente	12 relatórios mensais enviados	1 relatório/mês enviado	Manter os bancos de dados relativos à notificação e acompanhamento dos casos de hanseníase e tuberculose atualizados mediante a emissão de 12 relatórios /ano.	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coordenação Hanseníase Coordenação Tuberculose
Tempo médio de espera para liberação do resultado do exame de BAAR considerando apenas os dias úteis	15 para liberação de BAAR	Liberação do resultado do BAAR em 07 dias	Reduzir para 7 dias úteis a liberação do resultado do exame de BAAR	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coordenação Tuberculose Laboratório Municipal
Tempo médio de espera para liberação do resultado do Raio X do Tórax com laudo considerando apenas os dias úteis	15 a 20 dias para liberação de Raio X com laudo	Liberação do resultado do Raio X com aludo em até 15 dias	Reduzir para 15 dias a liberação do resultado do exame de Raio X com laudo	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coordenação Tuberculose
Número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador, conforme Portaria GM/MS nº 770/04	80 casos (2012)	+ 10 %	Ampliar em 10% o número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador, conforme Portaria GM/MS N°770/04	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de boletins epidemiológicos trimestrais elaborados	0	4 boletins epidemiológicos trimestrais	Elaborar e divulgar 4 boletins epidemiológicos trimestrais	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Proporção de coleta de declaração de nascidos vivos realizadas	100%	100%	Coletar 100% das declarações de nascidos vivos	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica

<b>INDICADORES</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	
Número de casos de sífilis em gestantes identificados	15 (2012)	-50%	Reduzir em 50% o número de sífilis em gestantes com base na estimativa de casos esperados	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de casos de sífilis congênita identificados	6 casos	- 50%	Reduzir em 50% o número de sífilis congênita	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de busca de contatos de tuberculose realizados	72 notificações e 40 contatos examinados	+ 10%	Ampliar a busca de contatos de tuberculose em 10%	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de Casos de Tuberculose encerrados oportunamente	100%	100%	Encerrar 100% dos casos de Tuberculose oportunamente no SINAM	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	76,5%	85%	Ampliar a cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes para 85%	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coord. Hanseníase
Percentual de avaliação do grau de incapacidade física no momento da cura	Grau zero – 66,7% Grau I – 33,3%	+ 10%	Aumentar 10% da avaliação do grau de incapacidade física dos casos curados de Hanseníase no momento da alta.	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coord. Hanseníase
Proporção de contatos registrados de casos novos de Hanseníase	75,6%	76,5%	Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano de avaliação	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coord. Hanseníase
Percentual de casos novos de Tuberculose Pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano	11 casos positivos 6 altas (55%)	85%	Ampliar para 85% a cura dos casos novos de Tuberculose Pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coord. Tuberculose
Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar bacilífera.	1 caso (100%)	85%	Ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento de Tuberculose Pulmonar (recidiva, reingresso pós	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica Coord. Tuberculose

			abandono e falência de tratamento)		
Proporção de casos novos de Hepatite B confirmados por sorologia	51 notificações 51 sorologias realizadas (100%) 32 positivas (63%)	Manter 100%	Manter em 100% a confirmação laboratorial dos casos de Hepatite B, ampliar a detecção de casos de Hepatite B e a qualidade dos casos por critério laboratorial.	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de gestantes, parturientes e crianças expostas com transmissão vertical de HIV	3 gestantes HIV + 0% de transmissão vertical	Manter zero	Aumentar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes, parturientes e crianças expostas.	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de notificações e investigações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	18 casos em 2012	+20%	Ampliar em 20% a cobertura da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de notificações de casos de acidentes e violência	0%	Investigar a causa básica do óbito, manter contato com o Conselho Tutelar após envio das fichas de notificação.	Monitorar a ocorrência de acidentes e violências notificadas.	2015 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC's) encerrados oportunamente após notificação.	90,28%	90%	Encerrar 90% das DNC's oportunamente com investigação das notificações registradas no SINAM	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de lotes de dados enviados	Dados enviados semanalmente	Manter o envio regular de dados	Enviar 1 lote de dados do SINAM semanalmente	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	91,56%	90%	Aumentar em x% a proporção de registros de óbito com causa básica definida	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica

Proporção de declarações de óbito coletadas	100%	100%	Coletar 100% das declarações de óbito	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número absoluto de Mortalidade materna detectado no ano	2 óbitos neonatal	Zero óbito	Anular a taxa de mortalidade materna	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de esquema profilático pós-exposição de vacinação contra raiva após mordedura por morcego	01 caso	100%	Realizar esquema profilático pós-exposição de vacinação contra raiva em 100% dos casos que forem agredidas por morcego.	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de notificações de Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos	0%	Notificar 1 caso a cada 100.000 habitantes	Aumentar a notificação de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos (01 notificação); Realizar coleta oportuna de fezes em 100% dos casos de Paralisia Flácida Aguda notificados.	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de casos de Sarampo e Rubéola investigados oportunamente	01 caso (investigado em 48 h)	Repasse imediato pela unidade de atendimento após suspeita de diagnóstico clínico para a V.E	Investigar 100% dos casos notificados de sarampo e rubéola em até 48 h.	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Proporção de casos de meningite encerrados por critério laboratorial	100% (48 h)	Manter 100%	Realizar diagnóstico laboratorial em 100% das doenças exantemáticas notificadas.	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de pacientes com diagnóstico de Tuberculose que realizaram baciloscopia	6 casos notificados 3 encerrados por critério laboratorial – 50%	+10%	Aumentar em 10% o diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura, contra imunoeletroforese e látex	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de casos graves de dengue notificados e investigados	61% (41 casos de TB com 25 baciloskopias)	70%	Aumentar para 70% a identificação dos casos de Tuberculose Pulmonar com baciloscopia de escarro	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica

	realizadas)				
Taxa de letalidade de dengue (febre Hemorrágica da Dengue – FHD/Síndrome do Choque Hemorrágico da Dengue/Dengue com complicações).	Total 2012: 416 casos	Manter o Plano de Contingência atualizado	Reduzir a totalidade dos casos de Dengue	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número absoluto de óbitos por Dengue	0	0	Manter zero o número absoluto de óbitos por Dengue	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número absoluto de Dengue com complicações	2	0	Anular o número absoluto de Dengue com complicações	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Número de envios mensais dos bancos de dados do SINASC e API à SES/RJ	12 envios de cada banco de dados	12 envios de cada banco de dados	Enviar 1 banco de dados de cada sistema por mês	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de Cura Clínica de Leishmaniose Tegumentar Americana	0	Manter zero casos	Curar clinicamente 100% dos casos de leishmaniose Tegumentar Americana diagnosticados	2014 a 2017	Vigilância Epidemiológica
Percentual de Tratamentos adequados para acidentes com animais peçonhentos	46 casos 33 encerrados – 72%	+ 10%	Ampliar em 10% o tratamento adequado dos casos de acidentes por animais peçonhentos	2015	Vigilância Epidemiológica
Número de Planos de Ação e Metas da AIDS e de Plano de Ações e Metas das Hepatites virais e outras DST1's	Realizado apenas PAM da AIDS	Realizar 01 PAM da AIDS e 01 PAM das Hepatites Virais e outras DST's	Realizar 1 PAM da AIDS e 1 PAM das Hepatites Virais e outras DST's	2015	Coord. DST/AIDS/Hepatites Virais
Proporção de gestantes inscritas no SISPRENATAL teste de sífilis e HIV ( Filtro e TRD)	Realizado 100% de testagem para HIV e hepatites dos exames realizados pelo	Aumentar a cobertura de testagem das duas rotinas no pré -natal através do filtro Vital Brazil e realizar	Aumentar a cobertura da testagem das gestantes para sífilis e anti-HIV. Realizar capacitação em testagem rápida para sífilis e HIV para profissionais da maternidade e garantir	2015	Coord. DST/AIDS/Hepatites Virais

	do filtro Vital Brazil	testagem rápida na maternidade (HIV e Sífilis)	o fornecimento dos testes às unidades.		
Cobertura de medicamentos para DST's (rol de insumos da Farmácia Básica).	95%	100%	Atender 100% da pactuação com a SES/RJ no que diz respeito à aquisição de medicamentos para DST's e preservativos	2015	Coord. DST/AIDS/Hepatites Virais
Incidência de AIDS em menores de 5 anos	0	0	Manter nula a incidência de AIDS em menores de 5 anos	2015 a 2017	Coord. DST/AIDS/Hepatites Virais
Número de portadores de tuberculose com realização do teste de HIV	63,85%	75%	Ampliar para 75% a realização da testagem de HIV para os portadores de tuberculose		Coord. DST/AIDS/Hepatites Virais
Prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.	Sem estatística formal para levantamento dos dados	Grupos de apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida e se possível aleitamento até os 2 anos de vida; Aplicação de questionários de práticas alimentares no CIMI; avaliação do SIAB	Aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida	2015 a 2017	DENUT CIMI PAISMCA
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	6,65%	Menor ou igual a 8% atendimento no Pré-natal com obstetra específico para gestante de risco; acompanhamento matricial das gestantes e interconsultas entre obstetras e enfermeiros;	Reduzir para 8% ou menos a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	2015 a 2017	DENUT



		referência para o CIMI dos pacientes alterados; Educação em Saúde			
Prevalência de baixo peso em menores de 5 anos	Sem informações	Menor ou igual a 8%	Reduzir para 8% ou menos e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.	2015 a 2017	DENUT
Percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	38%	50%	Aumentar para 50% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	2015 a 2017	DENUT
Percentual de exames de rotina pré-natal realizados	Sem dificuldade após filtro do Vital Brazil, porém existe a demora no agendamentos dos exames na SMS	Prazo máximo de 30 dias para agendamento e realização dos exames	Garantir e definir prazo máximo de 30 dias para realização dos exames necessários ao pré-natal	2015 a 2017	PAISMCA

## ÁREA: Vigilância em Saúde – Vigilância Ambiental

INDICADORES	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO DESEJADA	METAS	PRAZO	STATUS
Percentual de pendências	2012 – 243.835 visitas realizadas	Baixar para 50%	Ampliar o controle de vetores (Dengue) nos domicílios	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental PMCD
Elaborar anualmente o Plano de contingência da Dengue	01 plano elaborado	Maior adesão dos profissionais de saúde; melhor adesão da notificação; manter estoque de teste rápido para atender a demanda	Atualizar e implementar efetivamente o Plano de Contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos	2014 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental PMCD
Monitorar as áreas de incidência do Aedes Aegypti	Realizado 04 levantamentos 2012 –Média: Março – 2,3 Maio – 1,2 Agosto – 1,4 Outubro – 1,8	Realizar 05 levantamentos no ano.	Realizar Levantamento de Índice Rápido para Aedes Aegypti (LIRA)	2014 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental PMCD
Número de casos suspeitos de intoxicação por agrotóxicos	Dados não computados no ano anterior	Sensibilizar os profissionais de saúde para que haja notificação	Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental
Cobertura vacinal Anti – Rábica para cães e gatos	Estimativa de 2012 24.520 cães e 2.541 gatos ( média vacinada no ano – 10.000 cães e gatos)	Vacinar mais 10% do valor de animais estimado no ano anterior	Vacinar a população canina na campanha de Vacinação anti-rábica	2014 a 2017	Coord. Vigilância Ambienta

Número de visitas realizadas.	2012 – 243.835 visitas realizadas	+5%	Ampliar em 5% a realização de ações de eliminações de focos e criadouros do Aedes Aegypti e/ou Aedes albopictus nos imóveis	2017	Coord. Vigilância Ambiental
Número de pontos estratégicos cadastrados	35 pontos estratégicos cadastrados	Realizar 24 inspeções em cada ponto estratégico cadastrado Sensibilizar os donos de estabelecimentos dos pontos estratégicos com vistas a diminuição destes.	Realizar visitas quinzenais em imóveis do tipo Pontos Estratégicos (PE), cadastrados pelo município	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental
Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água referente ao parâmetro Coliformes Totais	18,33%	+ 16%	Ampliar em x% a proporção de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental
Número de relatórios enviado para a Coord. Geral da Vig. Ambiental (CGVAM) – Vigilância da qualidade da água.	2 relatórios anuais emitidos	Manter 2 relatórios anuais	Realizar a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano – VIGIAGUA	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental
Número de relatórios de inspeção no Sistema de abastecimento de água (SAA)	01 relatório emitido	Manter 01 relatório	Realizar a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano – VIGIAGUA, pela avaliação de risco dos Sistemas de Abastecimento de Água – SAA	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental

Número de Programa de Saúde do Trabalhador implantado	01 programa implantado com 80 notificações de acordo com a portaria de nº 777	Manter 01 programa implantado e aumentar em mais 5% as notificações; Capacitar profissionais de saúde para notificar	Implementação do Programa de Saúde do Trabalho com aumento de 5% das notificações	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental
Número de relatórios anuais com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado por contaminantes químicos	Nenhum dado computado em 2012	Emitir 1 relatório	Cadastrar áreas com populações expostas e solo contaminado por contaminantes químicos com a emissão de 1 relatório	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental
Número de análise de água com qualidade microbiológica	30 amostras	40 amostras semanais; Estruturar o envio semanal de água (carro) Laboratório de Referência Regional – local Barra de São João	Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade	2015 a 2017	Coord. Vigilância Ambiental

## ÁREA: Vigilância em Saúde – Vigilância Sanitária

INDICADORES	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO DESEJADA	METAS	PRAZO	STATUS
Número de relatórios de atividades emitidos com objetivo de divulgar o trabalho exercido pela Vigilância Sanitária com elaboração de material educativo atualizado.	Divulgação realizada através de materiais educativos.	Proceder a produção e distribuição de material educativo de VISA à população e ao setor regulado; estabelecer e implementar procedimentos de alertas sanitários nos meios de comunicação.	Divulgar o trabalho exercido pela Vigilância Sanitária no âmbito de sua competência	2015 a 2017	Coord. Vigilância Sanitária
Número de relatórios de cadastro do SINAVISA	Estabelecimentos cadastrados no setor de VISA por meio de abertura de processo.	Atualizar os dados cadastrais dos estabelecimentos sujeitos a ação de VISA	Manter cadastro de estabelecimentos atualizados	2015 a 2017	Coord. Vigilância Sanitária
Número de relatórios de atividades educativas para profissionais do setor regulado.	Não são realizadas.	Instituir parcerias com instituições de ensino técnico para promover capacitações e eventos para orientação e divulgação de normas sanitárias para profissionais do setor regulado.	Realizar atividade educativa para profissionais do setor regulado	2015 a 2017	Coord. Vigilância Sanitária
Número de relatórios de capacitações realizadas	Capacitação realizada pela VISA estadual	Identificar as necessidades de capacitação e programar as capacitações .	Elaborar e executar Plano de Capacitação de profissionais seletivos para execução das ações de VISA.	2015 a 2017	Coord. Vigilância Sanitária
Número de notificações, investigações e acompanhamento de todos os eventos inspecionados que estejam interligados com a vigilância	Realização de ações pontuais	Estabelecer articulação com as vigilâncias para ações conjuntas e integradas	Realizar ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência	2015 a 2017	Coord. Vigilância Sanitária

epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e assistência					
Proporção de serviços de saúde fiscalizados no ano	Fiscalização de estabelecimento/cadastro e apuração de denúncia	Setorizar das ações de fiscalização por áreas e incluir visita de rotina	Inspeccionar serviço de saúde	2015 a 2017	Coord. Vigilância Sanitária
Percentual de relatórios de cadastro do SISAGUA realizados	Ação realizada pela vigilância ambiental	Integração das ações das vigilâncias para atualização de dados de cadastro do SISAGUA	Aumentar os dados de cadastro no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano - SISAGUA	2015 a 2017	Coord. Vigilância Sanitária



**Diretriz – Implementar ações que viabilizem o acesso ao sistema de saúde com resolutividade e qualidade mediante o diagnóstico situacional para adequação da oferta de serviços às reais necessidades da população.**

**Objetivo – Organização do setor de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.**

**REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

INDICADORES	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO DESEJADA	METAS	PRAZO	STATUS
Percentual de agendamentos regulados	Central de regulação de procedimentos de alta complexidade desestruturada; Central de regulação de procedimentos hospitalares eletivos e de urgência em implantação; Implantação do NIR do HMPASC.	Reestruturar a central, definir atribuições, metas e fluxo; Central implantada com fluxo definido e programa de capacitações para os atores.	Identificar prioridades de ampliação de serviços e investimentos em cada unidade, para áreas estratégicas juntamente com o setor de planejamento	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. Coord. Planejamento
Número de protocolos de solicitação de procedimentos implantados					
Proporção de unidades com referência definida com conhecimento de toda a rede de atenção à saúde	Em processo de construção e conhecimento da rede; Existem alguns fluxos definidos	Definir fluxos e protocolos de toda a rede de saúde	Estabelecer referência entre unidades, segundo fluxos e protocolos de regulação do acesso.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.
Diferença entre o número de exames laboratoriais realizados e a Portaria 1101	Implementando novos serviços na unidade Policlínica de Araruama e HMPASC	Reativação do Laboratório Municipal de Araruama	Identificar prioridades de ampliação de serviços e investimentos em cada unidade própria para áreas estratégicas juntamente com o setor de Planejamento.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. Coord. Planejamento

Número de visitas realizadas	Sem apoio de transporte para visitar as unidades e melhor. Avaliar as necessidades com os diretores.	Disponibilização de transporte uma vez por semana para visita técnica nas unidades de saúde	Identificar prioridades de ampliação de serviços e investimentos em cada unidade própria para áreas estratégicas juntamente com o setor de planejamento	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.
Número de leitos ampliados	Insuficiência de leitos	Ampliação dos leitos na unidade própria; Habilitar serviços especializados na rede própria	Atualizar/credenciar leitos por especialidade	2017	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.
Número de recursos humanos atualizados in loco	CNES atualizado de acordo com a informação de cada unidade	Ter profissional designado para realizar visita as unidades para verificação in loco do cadastramento de cada unidade; Ter apoio de transporte uma vez por semana para visita técnica nas unidades de saúde	Fortalecer o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com 100% dos dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.
Número de capacitações oferecidas à equipe de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Sem informação	Programa de Educação Continuada da SESAU	Gerar a informação da produção ambulatorial da rede própria e da rede conveniada e contratada, através da qualificação de 100% dos recursos humanos do setor.	2015	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.
Falta de integralidade do processo de construção	Aguardando cronograma da DIAUD para acompanhamento das unidades	Avaliação sistemática de verificação de cada unidade; Ter apoio de transporte uma vez por semana para visita técnica das unidades de saúde	Realizar semanalmente supervisão, monitoramento, controle e avaliação dos contratos de gestão firmados entre a secretaria e a rede pública e privada, previamente aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Coord. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

**Diretriz – Atender a necessidade da população no tocante a assistência farmacêutica para impactar positivamente nos indicadores de saúde e reduzir os processos judiciais**

**Objetivo – Organização da Assistência Farmacêutica Municipal**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

<b>INDICADORES</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Taxa de dispensação de medicamentos	Atendimento Reduzido 60%	Atendimento ampliado a 100% da população atendida pelo SUS	Atendimento para 100% o percentual de atendimento aos munícipes que são atendidos pelo SUS	2014 a 2017	DIFAR Farmácia Básica PAM
Relação de Medicamentos dispensados	Sem controle	Relatórios semestrais	Realizar avaliações semestrais da Atenção Básica	2014 a 2017	DIFAR Farmácia Básica PAM
Medicamentos	Listagem reduzida	Ampliação de lista de dispensação	Aumenta o número de medicamentos na REMUME	2014 a 2017	DIFAR Farmácia Básica PAM
Padronização	Blisteres acondicionado em caixas de papelão	Caixas plásticas	Colocar todos os blisteres em caixas plásticas para padronizar e evitar incidência de baratas e outros animais	2014 a 2017	DIFAR Farmácia Básica PAM
Taxa de Dispensação	Três Farmacêuticos atendendo toda a rede de PSF 70%	Todos os PSF, com Farmacêuticos nos seus atendimentos diários 100%	Aumento da Cobertura do PSF	2014 a 2017	DIFAR Farmácia Básica PAM
	Plantões de 02 dias em cada PSF 50%	Farmacêuticos em todas as unidades 100%	Contratação de 5 farmacêuticos para as unidades	2014 a 2017	DIFAR Farmácia Básica PAM
	Nenhum computador 0%	Computador em cada unidade 100%	Informatizar 100% das unidades	2015	DIFAR PSF

	Taxa de atendimentos 70%	Atendimento na totalidade das receitas 100%	Aumentar para 100% a quantidade de medicação dispensada	2014	DIFAR PSF
	Baixo números de medicações na padronização	Ampliação desta listagem atual	Ampliar o elenco de medicamentos na dispensação novo REMUNE	2014	DIFAR PSF
Programas de Atenção Básica	Distribuição na Atenção Básica diariamente 70%.	Dispensação na Atenção Básica 100% de atendimento.	Aumentar quantitativamente a dispensação	2014	DIFAR
			Informatizar a dispensação e controle de estoque	2015	DIFAR
			Substituição das caixas pelos bins para armazenamento de blisters	2015	DIFAR
Atendimento de prescrição de internação	Dispensação individualizada	Dispensação individualizada com prescrições informatizadas.	Evitar erros de dispensação de medicação por erro de escrita	2015	DIFAR Hosp. Municipal
Padronização de medicação	Abrangência reduzida 50%	Aumentar o número de medicações de abrangência (100%).	Nova REMUME	2014	DIFAR Hosp. Municipal
Número de Processos Judiciais e processos da Defensoria Pública	Muitos processos em andamento	Mínimo de processos atendimento na Atenção Básica de alguns medicamentos que hoje estão no judicial	Inclusão de medicamentos na REMUME	2014 a 2017	Coord. DIFAR
Departamento específico	Atuação de dispensação de medicação de mandatos Judiciais em	Sala com balcão para atendimento e condição de trabalho ideal	Balcão para dispensação, armário para armazenagem e estrutura ideal para dispensação de mandatos judiciais.	2015	Coord. DIFAR

	sala sem estrutura ideal, sem balcão (50%)	(100%)			
Armazenamento no Almoxarifado Central	Armazenagem indevida, palletes de madeira, sem refrigeração adequada (50%)	Palletes de plástico e refrigeração adequada em 15 ° conforme legislação (100%)	Troca e modernização de todo ambiente	2014	Coord. DIFAR
Sistema HÓRUS	Processo de Implantação	Utilização plena do sistema, com controle de entradas e saídas, com ciência do Estado.	Implantação do Sistema HORUS em sua totalidade	2014	Coord. DIFAR
Programas do Governo	Atendimento específico aos programas cadastrado (95%)	Aumento da abrangência (100%)	Aumentar locais de atendimentos dos medicamentos especiais	2015 a 2016	DIFAR SAÚDE COLETIVA
Localização da farmácia da saúde coletiva	Sala no PAM (50%)	Localizada dentro do pólo da Saúde Coletiva (100%)	Transferir o atendimento para o local aonde os paciente fazem as consultas	2015	
Informatização	Dispensário com 1 computador (50%)	Dispensário com 02 computadores, com acessibilidade à internet (100%)	Melhorar atendimento	2014	
Inclusão de medicação	Relação restrita dos medicamentos sob controle especial (80%)	Ampliar para outras especialidades de atendimento (100%)	Novo REMUME	2014	

Inclusão de Antribióticoterapia	Sem venda (0%)	Venda de antibióticos 100%	Atender adequadamente todos os medicamentos do programa	2014	DIFAR FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL
Inclusão dos Psicotrópicos	Sem venda (0%)	Vender psicotrópicos 100%	Atender adequadamente todos os medicamentos do programa	2014	
Manutenção	Vidro quebrado, Extintor vazio, rede de internet deficiente (50%)	Consertos das pendências 100%	Um técnico em refrigeração para reparar o ar condicionado, vidro íntegro e extintores recarregados	2015	
Climatização	Ar condicionado na dispensação sem funcionar. Temperatura inadequada (50%)	Climatização como de referencia 15° (100%)	Conserto de 01 ar condicionado da dispensação	2015	
Plantonista 24 h	01 farmacêutica 3x por semana (15%)	07 plantonistas por 24 h , de acordo com regimento CRF-RJ alta complexidade e 02 diaristas de 30 h por semana (100%)	Cumprida	2014	DIFAR FARMÁCIA DA UPA
Medicamentos REMUME	Elenco com deficiência de especialidades (50%)	Aumentar a relação (100%)	Incluir alguns medicamentos de especialidades	2014	
Treinamento	04 atendentes sem especialização (80%)	04 atendentes com especialização (100%)	Curso de atendimento	2014	

**Diretriz – Criar rede de informação capaz de suprir a demanda dos programas e da gestão.**

**Objetivo – Informatização da toda a Secretaria Municipal de Saúde**

**TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

<b>INDICADORES</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Percentual de unidades integradas	Todas as unidades de saúde estão desintegradas	Integração das UBS, Hospitais, Policlínica	Integrar de forma total todas as unidades de saúde através de sistemas de informação.	2014 a 2017	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Percentual de consultas agendadas por meio informatizado	Marcação de consulta em papel em todas as UBS	Marcação de consulta informatizada	Informatizar o processo de marcação de consulta em todas as UBS, policlínica e hospitais	2014 a 2017	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Número de central de marcações de consultas	Marcação de consulta no local de atendimento	Marcação de consulta on-line e por telefone	Criar uma central informatizada de marcação de consulta	2014	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Número de sistemas de prontuário eletrônico implantados	Prontuário em papel	Prontuário informatizado	Implementar um sistema de prontuário eletrônico	2016	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Número de sistemas de memorando eletrônico implantados	Memorandos em papel	Memorandos informatizados	Implementação para toda a secretaria sistema de memorandos informatizados	2014 a 2015	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Número de sites de ouvidoria em funcionamento	Canal de comunicação com a Ouvidoria somente por papel	Canal de comunicação com a ouvidoria on-line	Criação de um site para ouvidoria onde será possível realizar a comunicação com a ouvidoria	2014 a 2015	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Taxa de ocupação hospitalar	Falta de controle de ocupação de leitos nos hospitais	Ter maior controle nas ocupações dos leitos	Informatizar o controle de leitos no hospital municipal	2014 a 2015	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Número de capacitações realizadas	Falta de capacitação dos funcionários	Capacitação dos funcionários quanto aos Sistemas de informação	Capacitação constante de todos os funcionários quanto aos sistemas de informação	2014 a 2016	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde



Número de servidores existentes	Não existe servidor para centralização das informações.	Compra de dois servidores para contemplar toda a saúde.	Compra dos dois servidores nas configurações necessárias para a secretaria	2014	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Quantidade de máquinas por funcionário	Falta de Máquinas clientes	Toda a saúde possuem máquinas clientes para todos os funcionários	Aquisição de 120 máquinas clientes nas configurações necessárias, divididos em três lotes de 40.	2014 a 2016	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Número de sistemas de monitoramento e gravação em funcionamento	Falta de sistema de monitoramento e gravação	Implementação de sistema de monitoramento e gravação	Aquisição de 30 DVR's e 320 câmeras de segurança.	2014 a 2016	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde
Número de capacitações realizadas	Falta de oportunidades de cursos na área de TI.	Reciclagem constante de conhecimentos dos funcionários de TI.	Participação de cursos e treinamentos diversos.	2014 a 2016	Secretário Mun. Saúde Coord. TI em Saúde

**Diretriz – Implementar ações que qualifiquem os serviços e impactem positivamente nos indicadores de morbimortalidade relativos a assistência às urgências e emergências**

**Objetivo – Organização do atendimento às urgências e emergências**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

<b>INDICADORES</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Número de leitos de retaguarda ampliados	Alta permanência de pacientes na sala amarela e vermelha com baixo fluxo de saída	Aumentar a resolatividade do fluxo de saída	Pactuação da PPI e suas revisões junto a Regulação; Discussão do CISBALI para aumento de leitos regionais	2014 a 2015	Secretário Mun. de Saúde Direção UPA Coord. Regulação
Número de Serviços implantados	Inexistência de Atenção Pré-Hospitalar municipal sendo realizado pela Defesa Civil/Bombeiros	Formulação de Projeto SAMU regional na CIR	Discussão do CISBALI para implantação do serviço.	2014 a 2015	Secretário Mun. de Saúde Representante da Câmara Técnica da CIR
Tempo médio de contratação de médicos socorristas	Contratos precários de trabalho	Médicos com perfil em urgência e emergência. Regularização dos contratos trabalhistas.	Fixação de médicos e criação de vínculos com o serviço de saúde	2014	Secretário Mun. de Saúde Secretário Mun. Administração
Percentual de manutenção de equipamentos e infraestrutura adequada	Equipamentos obsoletos e demora no reparo	Formalização de contrato com empresa especializada em manutenção	Melhoria da infraestrutura atual.	2014 a 2017	Secretário Mun. de Saúde Secretário Mun. Administração

		preventiva e corretiva.			
Percentual de manutenção da estrutura física	Falta de manutenção da estrutura física	Realizar manutenção preventiva e corretiva da estrutura física	Adequação e manutenção da estrutura física da UPA	2016 a 2017	Secretário Mun. de Saúde Secretário Mun. Obras Direção da UPA
Resolutividade dos procedimentos cirúrgicos.	Pacientes sendo encaminhados ao HERC e em aguardo de vagas.	Criação de especialidades médicas e cirúrgicas no Hospital Municipal	Aumentar o número de procedimentos cirúrgicos realizados, com a diminuição do tempo de espera.	2014 a 2015	Secretário Mun. de Saúde Secretário Mun. Administração Direção da UPA
Número de ISAB's	Alto índice de internação de pacientes com ISABS (Internação por causa sensível da Atenção Básica)	Criar espaço de discussão permanente entre Atenção Básica e o serviço de urgência e emergência.	Reorganizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS)	2014 a 2017	Coord. Atenção Básica Direção da UPA.
Número de equipes implantadas	Dificuldade de referência nas internações em leitos de pacientes crônicos	Diminuir o número de internações na sala amarela.	Criar as equipes de atendimento domiciliar de acordo com o programa Melhor em Casa.	2014 a 2015	Secretário Mun. de Saúde Direção da UPA

**Diretriz – Fortalecimento da política de promoção, recuperação e reabilitação da saúde.**

**Objetivo – Ampliação da oferta de serviços/ações de fisioterapia voltadas para promoção, recuperação e reabilitação da saúde.**

**REABILITAÇÃO (FISIOTERAPIA)**

INDICADORES	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO DESEJADA	METAS	PRAZO	STATUS
Número de procedimentos de Fisioterapia oferecidos distribuídos pelas especialidades oferecidas (Acupuntura, Osteopatia, RPG, Fisioterapia Neurológica adulto e infantil, Drenagem Linfática, Fisioterapia Cardio-Pulmonar, Terapia Manual, Terapia em Grupo, Hidroterapia)	Falta de espaço físico com material, mobiliário, equipamentos de telefonia e informática adequados. Contratos precários de trabalho.	Adequação da estrutura física do Serviço de fisioterapia; Aquisição de equipamentos de fisioterapia, mobiliário, equipamentos de informática e telefonia, climatização.	Ampliar a oferta de procedimentos tanto quantitativa quanto qualitativa	2014 a 2016	Secretário Mun. Saúde Coord. Fisioterapia.
		Construção, ampliação e reforma de Centros Especializados de Reabilitação (CER)		2016 a 2017	
		Programa de Fisioterapia na Educação em Saúde no Envelhecimento Saudável			

		Oficina de Prevenção de Quedas nos Idosos			
		Oficina de Reeducação Postural			Secretário Mun. Saúde Coord. Fisioterapia.
		Cartilha de Orientações Posturais Preventivas nas Atividades da Vida Diária			
		SAD- Serviço atendimento domiciliar/Programa “melhor em casa”	2014 a 2015		
		Atualizar os atributos dos procedimentos, da tabela de procedimentos, órteses, próteses e matérias especiais do sistema único de saúde (SUS)			
		Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.	2015		

**Diretriz – Organizar a estrutura jurídica da Secretaria Municipal de Saúde mediante a participação ativa nos processos e demandas judiciais**

**Objetivo – Implantação da Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde**

**DEJUR**

<b>INDICADORES</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Implantação do Setor Jurídico da Secretaria Municipal de Saúde com atribuições de cargos e funções no organograma	Setor não organizado no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.  Não há função definida dos servidores	Aquisição de equipamento de imobiliário e equipamentos de informática  Criação no organograma de Cargos de Advogado, Auxiliar Administrativo e Chefe de Divisão.	Melhorar a avaliação dos processos judiciais; Cumprimento dos prazos; Acompanhamento no Fórum dos processos judiciais; Responder ofícios do Ministério Público, Defensoria Pública e Varas Diversas.	2014	Secretário Mun. de Saúde Conselho Municipal de Saúde

**Diretriz – Implantar ações intersetoriais com vistas a contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde**

**Objetivo – Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população.**

### **TUBERCULOSE E HIV NA ATENÇÃO BÁSICA**

<b>Indicadores</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Situação Desejada</b>	<b>Metas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Status</b>
% de unidades básicas com programa implantado	Ausência do Programa na AB, centralizado na Rede Secundária.	Programa Municipal de Tuberculose descentralizado.	Descentralizar o PMCT em 60% das Unidades Básicas	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de Unidades Básicas que realizam busca ativa de sintomáticos respiratórios para realização de baciloscopia.	Dificuldade de Acesso ao Atendimento	Ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios descentralizados	Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios, garantindo a coleta de escarro para realização de baciloscopia em 100% das unidades básicas de saúde.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de Unidades Básicas que realizam tratamento Diretamente Observado (TODO) dos casos de tuberculose.	Baixa Cobertura de PSF.	Tratamento Diretamente Observado (TODO) dos casos de tuberculose descentralizado.	Realizar Tratamento Diretamente Observado (TODO) dos casos de tuberculose em 100% das ESF.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de Unidades Básicas que examinam os contatos de pacientes de Tuberculose	Déficit de Recursos Humanos; Desconhecimento do Processo.	Descentralizar o exame dos contatos de pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva para as unidades básicas de saúde.	Ampliar a cobertura de PSF para 50%	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Número de médicos especialistas contratados.	Dificuldade de acesso a especialidades	Definir fluxos de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade,	Contratar médicos especialistas para servirem de referência aos cadastrados no PMCT.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-

	médicas	monitorando as consultas e procedimentos necessários para desenvolvimento das ações.			SESAU/OSC
% de concordância dos resultados dos exames realizados	Ausência de Polo laboratorial de referência na Baixada Litorânea e de Controle de qualidade dos exames realizados.	Organizar a rede de referência municipal para realização das baciloscopias, garantindo a remessa das lâminas para o controle de qualidade do LACEN.	Manter envio das lâminas para LACEN verificando concordância dos resultados e qualificar o laboratório municipal junto ao LACEN.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de Unidades Básicas que realizam coleta diária de escarro para realização de baciloscopia.	Dificuldade na logística; Morosidade na análise de entrega de resultado, dificultando o fechamento diagnóstico.	Realizar coleta diária de escarro para baciloscopia nas UBS, garantindo o transporte das amostras para os laboratórios no mínimo 3 vezes por semana, com disponibilização do resultado em, no máximo, 48 h após a coleta.	Prover as estruturas físicas, equipamentos e insumos necessários para coleta de escarro.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de amostras adequadas enviadas		Garantir o fluxo de envio de amostras para os laboratórios de referência para realização de cultura.	Garantir que a amostra coletada chegue ao destino com segurança (acondicionamento correto – transporte adequado – identificação).	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de pacientes resistentes às drogas identificados encaminhados para unidade de referência.	Supervisão inadequada	Garantir o acesso dos pacientes com tuberculose resistente às drogas nas unidades de referência terciária.	Garantir o acesso dos usuários a serviço de referência da rede terciária.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de TOD realizados compartilhados com a AB	Ausência do programa na rede AB.	Garantir o tratamento diretamente observado (TOD) compartilhado com a atenção básica, exames, medicamentos e	Distribuir benefícios sociais (cesta básica) para os pacientes em TOD que aderirem ao tratamento.	2014	CRAS-CREAS-PSF



		suporte social para os casos de pacientes com tuberculose resistentes às drogas.			
% de pacientes de tuberculose cadastrados que receberam oferta para realizar testagem de HIV.	Cobertura de 100%	Garantir a oferta de testagem de HIV para pacientes com tuberculose acompanhados na rede de saúde.	Oferecer testagem de HIV para 100% dos pacientes com tuberculose acompanhados na rede de saúde.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de resultados de teste de HIV liberados em 15 dias.	Em implantação	Agilizar a liberação do resultado do teste de HIV para os pacientes com tuberculose.	Disponibilizar em, no máximo 15 dias, o resultado do teste de HIV para os pacientes com tuberculose.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de unidades de referência secundária de Tuberculose	Implantado	Manter o Teste Rápido Diagnóstico (TRD) de HIV nas unidades de referência secundária de Tuberculose.	Manter programa estabelecido.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de pacientes de Tuberculose com teste de HIV positivo inscritos/avaliados no ambulatório de HIV/AIDS	Implantado	Assegurar aos pacientes de tuberculose com teste HIV positivo a consulta em ambulatório de HIV/AIDS	Manter programa estabelecido	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº de unidades de saúde com TRD implantado.	Dificuldade de acesso ao atendimento, baixa cobertura de PSF, implantação do TRD na rede secundária.	Garantir acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.	Descentralizar o TRD na rede AB/PAM, UPA e maternidade.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de unidades básicas que ofertam testagem	Implantado.	Descentralizar para as unidades básicas de saúde a oferta de teste	Ampliar o quadro de RH através de concurso público.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação

de HIV		anti-HIV			em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
% de unidades com TRD implantado.	Ausência de profissionais capacitados na rede AB, dificuldades de Insumos, dificuldade de equipamentos e material permanente (geladeira), déficit de recursos humanos, desconhecimento do processo.	Implantar o teste rápido diagnóstico de HIV (TRD) nas unidades de saúde cuja entrega do resultado do exame anti-HIV (ELISA) seja superior a 15 dias.		2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
Nº. de Centros de Testagem e Aconselhamento implantados.	Implantado.	Garantir o atendimento ambulatorial às pessoas vivendo com AIDS por equipe multidisciplinar, composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem, Assistente Social e/ou Psicólogo.	Garantir o acesso a rede AB; Ampliar a rede (SAE); Promover ações educativas e sociais; Implantar o Centro de Testagem e Aconselhamento.	2014 2015	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
Nº. de especialistas contratados.	Implantado.	No diagnóstico de HIV, garantir agendamento da primeira consulta no ambulatório especializado em, no máximo, 7 dias (sintomáticos) e em 30 dias (assintomáticos).	Manter as ações já implantadas e ampliar o quadro especialistas.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
% de pacientes HIV	Implantado.	Garantir a solicitação da	Manter as ações já implantadas.	2014	PSFs-AB Coord.

inscritos no Programa que foram solicitados contagem de linfócitos CD4, quantificação da carga viral e demais exames necessários para os pacientes HIV+, na primeira consulta no ambulatório de HIV/AIDS.		contagem de linfócitos CD4, quantificação da carga viral e demais exames necessários para os pacientes HIV+, na primeira consulta no ambulatório de HIV/AIDS			TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº. de capacitações oferecidas;	Implantado.	Garantir agilidade non envio de amostras de CD 4 e carga viral ao laboratório de referência.	Manter as ações já implantadas, promover capacitação continua junto a rede laboratorial.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº de arquivos do SICLON enviados oportunamente.	Implantado.	Manter a regularidade na dispensação de medicamentos antirretrovirais, assegurando logística necessária.	Manter atualizado os dados do SICLON.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de profissionais da AB/Atenção Secundária em testes tuberculínicos.	Implantado.	Descentralizar a aplicação e leitura da prova tuberculínica (PT) para os serviços especializados de HIV/AIDS.	Promover capacitação de profissionais da rede AB/Atenção Secundária em testes tuberculínicos.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº. de SAE implantados e/ou ampliados.	Implantado.	Garantir que pacientes com AIDS que desenvolvam infecção latente ou doença por tuberculose sejam tratados para tuberculose nos ambulatórios especializados de AIDS.	Ampliação e implantação do SAE	2014 2015	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de serviços oferecidos pelo serviço de farmácia em relação ao período anterior.	Implantado.	Garantir que as Unidades Dispensadoras de Antiretrovirais disponibilizem medicamentos para AIDS e Tuberculose.	Manter as ações já implantadas e promover ampliação do serviço de farmácia junto a rede especializada.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC

Nº. de parcerias firmadas	Implantado.	Garantir em seu território e/ou pactuar consultas e procedimentos nas especialidades médicas para avaliação de co-morbidades	Fortalecer parcerias.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº. de exames de apoio diagnóstico e terapêutico.	Implantado.	Garantir a oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com HIV/AIDS.	Manter as ações já implantadas.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de ampliação de serviços hospitalares	Implantado.	Definir rede de referência para internação hospitalar de pacientes com AIDS.	Ampliar SISREG.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº. de pontos de distribuição de preservativos.	Implantado.	Facilitar o acesso aos insumos de prevenção, garantindo a disponibilidade do preservativo masculino em UBS, maternidades, hospitais e ambulatórios especializados.	Manter as ações já implantadas, promover maior divulgação, ampliar aquisição de preservativos femininos, promover ações efetivas de autonomia feminina sobre o aspecto preventivo.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº. de serviços de distribuição de profilaxia de pós exposição.	Implantado.	Definir rede de referência para profilaxia pós exposição sexual ou por acidentes com material biológico.	Redefinir a rede através da ampliação de novos locais de apoio para a profilaxia de pós exposição.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
% de notificações realizadas momento do diagnóstico completas.	Implantado.	Garantir a notificação dos casos de tuberculose, HIV/AIDS, no momento do diagnóstico, aperfeiçoamento a completude da ficha de investigação.	Ampliar o número de veículos, ampliar recursos humanos através de concurso público/contratação, adquirir material de informática compatível com as necessidades.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº de lotes semanais do SINAM enviados	Implantado.	Inserir semanalmente os casos notificados no SINAM,	Manter as ações implantadas.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação

oportunamente.		provendo equipamentos e recursos humanos necessários.			em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
Nº. de parcerias implantadas.	Fragilidade na articulação deste processo.	Promover articulação entre o SUS e o Sistema único de Assistência Social, visando a garantia de acesso de pessoas com HIV/AIDS e tuberculose aos benefícios sociais como auxílio doença, vale social, restaurante cidadão, bolsa família.	Promover interlocução, fortalecer e ampliar demais parcerias.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
Nº. de mapeamentos realizados.	Dificuldade logística (veículos e informática); Desatualização da real situação do mapeamento epidemiológico da população vulnerável local; Déficit de recursos humanos.	Identificar e mapear, em conjunto com a Saúde Mental, Atenção Básica, Assistência Social e Direitos Humanos, os dispositivos e equipamentos (existentes e a serem implantados) para a implantação da rede intersetorial das populações vulneráveis (população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo, usuários de drogas e outras), de acordo com a resolução CNS nº. 444.	Ampliar o número de veículos; Realizar em parceria os programas afins o mapeamento da rede existencial da população vulnerável; Ampliar os recursos humanos existentes para cobertura eficaz da população vulnerável.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
Nº. de ações desenvolvidas com participação social.	Déficit financeiro; Ausência de benefícios sociais.	Fomentar e fortalecer a participação da sociedade civil e do controle social no acompanhamento das ações de controle de TB e HIV/AIDS.	Criar agenda de interlocução dos atores afins para o fortalecimento da atenção social para os pacientes de TB e HIV.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC- SESAU/OSC
Nº. de ações implantadas de	Enfraquecimento da sociedade civil	Implantar e incorporar as ações de comunicação, advocacy e	Reestruturar a parceira com OSC para avaliação da necessidade de atenção aos	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação

comunicação advocacy e mobilização social (CAMS)	na participação do controle social.	mobilização social (CAMS) no planejamento municipal anula, de forma a estabelecer estratégias de interlocução.	direitos da população vivendo com HIV/AIDS.		em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº. de Boletins Epidemiológicos confeccionados e divulgados.	Déficit de logística (informática e insumos); Ausência de boletim epidemiológico local.	Consolidar, analisar e divulgar relatórios e informes epidemiológicos municipais sobre TB e HIV AIDS>	Confeccionar, implantar e divulgar boletim epidemiológico local; incluir e ampliar indicadores epidemiológicos; Intensificar as notificações compulsórias.	2014 2015	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC
Nº. de parcerias firmadas com entes diversos.	Implantado; Necessidade de reestruturação continua no processo.	Implementar/fortalecer parcerias entre os programas de saúde, as Secretarias Municipais, os CRAS, os Conselhos Profissionais e o setor privado para debater ações/estratégias de enfrentamento TB/AIDS, visando o fortalecimento de ações intersetoriais.	Ampliar recursos humanos e logística para trabalho de divulgação e integração; Criar agenda de ações educativas e interativas permanente.	2014	PSFs-AB Coord. TB/HIV/Educação em Saúde/SEDUC-SESAU/OSC

**Diretriz – Programar ações intersetoriais com vistas a contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde**

**Objetivo – Ampliação da oferta de serviços/ações de Saúde Mental voltadas para promoção da saúde.**

**SAÚDE MENTAL**

<b>INDICADORES</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>SITUAÇÃO DESEJADA</b>	<b>METAS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>STATUS</b>
Nº. de capacitações dos Profissionais da Rede de atenção psicossocial.	Profissional sem capacitação.	Profissionais capacitados da rede de atenção psicossocial, inclusive da Rede de Urgência e Emergência pelas CIES.	Negociar planejamento regional na CIES com o objetivo de capacitar profissionais na rede de serviços em saúde mental	2014	
Nº. de equipe no CAPS para atender a demanda da rede.	Equipe do CAPS insuficiente para atender a demanda da UPA, fazer VD, atendimentos externos e capacitação em serviço.	Acréscimo de: - 2 psicólogos - 1 Terapeuta Ocupacional - 1 Musicoterapeuta - 1 Psiquiatra - 1 Recepcionista - 1 Oficineiro - 1 Motorista	Ampliação dos recursos humanos do CAPS	2014	Secretaria Municipal de Saúde/PSM
% de projetos terapêuticos singulares	Somente 30% pacientes possuem projeto terapêutico individualizado.	Construção dos Projetos Terapêuticos; Qualificação do cuidado	Conclusão de 100% dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários do CAPS.	2015	Equipe do CAPS
Nº absoluto de Associação de familiares dos usuários do CAPS	Pouca ação e comprometimento da família dos usuários do CAPS no processo terapêutico	Participação ativa dos familiares na condução de estratégias de inclusão social e no processo terapêutico dos usuários.	Criação da Associação de familiares	2015	Equipe Técnica do CAPS/famili ares
Implantar em 100% a utilização do protocolo	Protocolo elaborado, porém não utilizado pelos médicos da Rede	Utilização do protocolo de atenção à crise pelos médicos da	Capacitar toda a equipe da rede de urgência e	2014	Programa Municipal de

de atendimento emergencial em saúde mental pelos médicos da rede de urgência/emergência.	de Urgência e Emergência.	Rede de Urgência e Emergência	emergência; Garantir a utilização do protocolo de atendimento emergencial em saúde mental pelos médicos.		Saúde Mental/Médicos da rede/CAPS
Garantir aluguel e manutenção preventiva e corretiva do imóvel, de eletroeletrônicos e mobiliário;	Importantes problemas estruturais; imóveis com espaço insuficiente, necessitando de manutenção e reposição de mobiliário.	Manutenção frequente do imóvel; Manutenção de eletrônicos e reposição de material permanente.	Aluguel de um imóvel maior com salas adequadas para o funcionamento do CAPS, com garantia de manutenção.	2014	Secretaria Municipal de Saúde/Programa Municipal de Saúde Mental/CAPS
Nº. absoluto de supervisor clínico institucional no CAPS	Não há supervisor clínico institucional no CAPS	Melhor acesso, organização e ordenamento do dispositivo.	Contratação de 1 supervisor clínico institucional para CAPS	2014	Secretaria Municipal de Saúde/Programa Municipal de Saúde Mental
Nº. absoluto da compra de veículos	- Muitas visitas e atendimentos domiciliares não realizados; - Impossibilidade de fazer VD,s e busca ativa de pacientes em abandono de tratamento; - Dificuldade da equipe em acompanhar os pacientes em crise na UPA e Hospital de São Vicente, por falta de veículo; - Não cumprimento dos prazos do Ministério Público das solicitações de Visitas domiciliares;	-Realizar Vd's; -atividade externa com pacientes; -capacitação; Busca ativa de pacientes em abandono; -acompanhamento dos pacientes em crise; -Atender as solicitações da Justiça.	-Aquisição de 1 veículo para atender o dispositivo CAPS; -Garantia de manutenção e abastecimento do veículo.	2014	Secretaria Municipal de Saúde Mental



Nº absoluto de contratação de psiquiatra para sobreaviso.	- Não há sobreaviso de psiquiatra; - Aumento do número de internações	Garantir o psiquiatra de sobreaviso todos os dias da semana, preferencialmente nos fins de semana.	Contratação de psiquiatra para sobreaviso na emergência	2014	Programa Municipal de Saúde Mental/Secretaria Municipal de Saúde
Nº. absoluto de supervisor clínico institucional para a rede	Inexistência de supervisão clínico institucional para a rede de SM.	Melhor acesso, qualidade e organização dos dispositivos de saúde mental.	Contratação de 1 supervisor clínico de saúde mental para a rede.	2015	SMS/Programa Municipal de Saúde Mental
Nº de curso de capacitação realizados com recursos do PAHI e do cofinanciamento da Atenção Básica.	Não há utilização do recurso no programa de saúde mental.	Utilizar recursos do PAHI e do cofinanciamento da AB para capacitação e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial	Garantia da utilização do recurso para o Programa de Saúde Mental; Profissionais da RAPS capacitados;	2015	
Implantar em 100% a utilização do protocolo para atendimento na Unidade de Acolhimento Adulto via CAPS.	Não há Unidade de Acolhimento em nenhum Município da Baixada Litorânea.	Utilização do protocolo de atendimento na UA	Criação, Validação e utilização do Protocolo para atendimento na Unidade de Acolhimento de Adulto, via CAPS	Concomitante e a funcionamento da UA.	CAPS/Programa de Saúde Mental
% de vagas na Regulação da UA através da Central Regional de Regulação da Baixada Litorânea	Não há Unidade de Acolhimento implantada na região.	Incluir vagas da Unidade de Acolhimento na Central Regional de Regulação da Baixada Litorânea	Regulação efetiva das vagas pela CER/BL	Concomitante e a funcionamento da UA.	Programa de Saúde Mental/Central de Regulação de vagas.
Nº absoluto de implantação de Unidade	Não há Unidade de Acolhimento implantada na região.	Oferecer acolhimento voluntário de atenção residencial de caráter	1 Unidade de Acolhimento de Adulto Municipal,	2015 a 2016	Secretaria Municipal de

de Acolhimento de adulto Municipal		transitório e, cuidados contínuos para pessoa com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.	implantada e credenciada. -Implantação – 2º. Semestre de 2015 -Habilitação – 1º. Semestre de 2016.		Saúde/Programa de Saúde Mental.
Nº absoluto de implantação de Unidade de Acolhimento infanto-juvenil regional.	Não há Unidade de Acolhimento implantada na região.	Acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	01 Unidade de Acolhimento Infantil (UAI) regional, implantada e credenciada, para atender a microrregião: Iguaba, Araruama e Saquarema.	2015 a 2016	Secretaria Municipal de Saúde/Programa de Saúde Mental.
Garantir a compra anual de insumos.	Não há abastecimento de insumo	Ordenação de abastecimento, com a garantia de materiais para condições mínimas de trabalho.	Prover o abastecimento necessário de insumos no ano.	2014 a 2017	Secretaria Municipal de Saúde
Garantir material de consumo e permanente	Carência de material necessário às atividades psicoterápicas, material lúdico para atendimento da infância.	Facilidade na aquisição dos recursos solicitados anteriormente para adequar as salas de atendimento em saúde mental; Ex.:material de papelaria, jogos infantis, tinta guache, massinha, etc.	Realização de compras semestrais.	2014 a 2017	Secretaria Municipal de Saúde
Nº. absoluto de cargo de coordenador do Programa de saúde	Inexistência do Cargo de Coordenador do Programa de Saúde Mental.	Garantia de salário de coordenação; Inclusão da coordenação do	Criação e aprovação do Cargo de Coordenação de Saúde Mental.	2014	SMS/CMS /Câmara dos Vereadores.

mental.		programa de saúde mental no organograma;			
% de leitos credenciados e habilitados pelo Ministério da Saúde	Os pacientes em crise são atendidos na UPA de Araruama; Aumento do número de internações.	Evitar a internação dos pacientes em clínicas psiquiátricas, oferecendo internação de curto prazo e suporte da equipe do CAPS para os pacientes em crise, no leito cadastrado.	Implantar e habilitar 04 leitos de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no Hospital Municipal Prefeito Armando da Silva Carvalho.	2015 a 2016	Secretaria Municipal de Saúde/Programa de Saúde Mental.
% de matriciamento realizados por profissional de saúde mental no NASF.	NASF sendo implantado recentemente; Não há matriciamento em saúde mental.	Realizar matriciamento da rede e promover discussão de casos entre os profissionais do CAPS, os profissionais do NASF e os outros profissionais da rede, sempre que necessário.	Garantir profissional de saúde mental em cada NASF implantado, para realizar o matriciamento da rede, descentralizando e universalizando o acesso; Reuniões mensais da intersectorialidade.	2014	Programa de Saúde Mental/CAPS/NASF/Atenção Básica/SEPOL
% de moradores de hospitais psiquiátricos acima de 1 ano.	Equipe composta por 1 Assistente Social e 1 Psicóloga realizando a desinstitucionalização desde Junho de 2013	Identificação da população interna de longa permanência (acima de 1 ano) em hospitais psiquiátricos e retorno para o Município de origem.	Disponibilização de veículo e de equipe para realizar a desinstitucionalização dos pacientes com internação de longa permanência.	2014	

% Projetos Terapêuticos individuais elaborados pela equipe de desinstitucionalização Municipal.	Projetos Terapêuticos Individuais sendo elaborados pela equipe de desinstitucionalização do Município	Definição de projetos de desinstitucionalização individuais	Reinserção dos pacientes na sociedade; Retorno ao município, sendo retorno familiar ou moradia no serviço residencial terapêutico.	2014	Equipe de desinstitucionalização/CAPS
% de pacientes contemplados com PVC (Programa de Volta para Casa).	O PVC já se encontra habilitado no município. Apenas 01 paciente recebeu. Alguns pacientes estão com pendência nos documentos	Todos os usuários com internação de longa permanência, com perfil, recebendo o PVC.	Garantir que todos os pacientes com internação de longa permanência sejam contemplados com o PVC. Contemplar todos os usuários que tem direito	2014	
Nº de pacientes de longa permanência desinstitucionalizados, em acompanhamento nos dispositivos extra-hospitalares municipais.	Pacientes do município de Araruama em vários hospitais psiquiátricos. Hospital Colônia de Rio Bonito, Clínica Ego, N.S. das Vitórias, Clínica Santa Catarina e também nos hospitais de custódia.	Desinstitucionalização dos usuários longa permanência. Disponibilização de 01 veículo para a realização da desinstitucionalização	Garantir o retorno de pacientes egressos de longa permanência para Residência Terapêutica ou retorno familiar em acompanhamento nos dispositivos extra-hospitalares municipais.	2014	
Nº. absoluto de RT's tipo I ou II implantada e habilitada	01 imóvel alugado em reforma e a mobília em processo de licitação e processo seletivo e capacitação dos cuidadores	Implantação e habilitação dos serviços residenciais terapêuticos; Retorno dos pacientes egressos de longa internação psiquiátrica.	Implantar e habilitar 2 Serviços Residenciais Terapêuticos em 2014	2014	
Nº absoluto de projetos previstos e implantados.	Algumas oficinas terapêuticas já funcionam no CAPS, porém, não há Projeto de geração de renda	Conseguir o incentivo para desenvolver as oficinas de geração de renda autonomia e	Implantar projeto de geração de trabalho e geração de renda no CAPS	2015	

	implantado.	reabilitação social, inserindo os pacientes em um programa cultural da cidade e em um mercado de trabalho informal.			
% de Profissionais de Saúde Mental capacitados.	Inexistência de Programa de Capacitação Regular em Saúde Mental	Utilizar o recurso da educação permanente da CIES/CIRBL para capacitações regulares em Saúde Mental	Capacitação dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.	2014	
% de Profissionais capacitados em saúde mental nos cursos de educação à distância.	Não há capacitação de profissionais	SES, Coordenações municipais de saúde mental e coordenação municipal de atenção básica: Fomentar a capacitação dos profissionais através de cursos de educação à distância (curso SUPERA e TELESSAÚDE REGIONAL, entre outros.)	Capacitações de profissionais em Saúde Mental através de cursos à distância	2014	SES/Programa de Saúde Mental/Atenção Básica
Garantir o recurso do Programa de Saúde Mental para prover o orçamento do programa.	Dificuldade de entendimento dos recursos do FAE para uso específico com dificuldades de compra de insumos estratégicos.	Regularizar junto ao coordenador do fundo, medidas cabíveis para gerenciar o recurso financeiro do programa.	Desvincular o recurso do Programa de Saúde Mental do teto FAE.	2014 2017	SMS/ FUMSA /PSM
Nº absoluto de ambulatório ampliado de Saúde Mental para crianças, adolescentes e adulto.	Ambulatório não é ampliado, não funciona em sede própria, sendo insuficiente e precário para o desenvolvimento das ações, tratamento e recuperação.	Crianças, adolescente e adulto em acompanhamento nas diversas modalidades de atendimento no ambulatório de Saúde Mental.	1 ambulatório ampliado de Saúde Mental implantado em sede própria, com equipe multiprofissional, realizando acolhimento, atendimentos individuais,	2014	

			em grupo e oficinas terapêuticas com transtornos mentais leves a moderados		
Nº. Absoluto de CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) implantado e habilitado.	Ambulatório não é ampliado, não funciona em sede própria, sendo insuficiente e precário para o desenvolvimento das ações, tratamento e recuperação da população infanto-juvenil com ênfase na Atenção Psicossocial	Atenção diária a crianças portadoras de transtorno mentais.	1 CAPSi implantado e habilitado. -Construção do CAPSi 1º. Semestre de 2014 -Contratação de RH – 2º semestre de 2014	2014	
Nº. absoluto de CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras Drogas)	O atendimento de Álcool e Drogas é realizado no ambulatório de saúde mental, com equipe técnica insuficiente.	Acolher e atender pessoas com problemas do uso decorrente de álcool e outras drogas; Estimular sua integração com a sociedade e família; Apoiá-las em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo tratamento especializado.	1 CAPS AD implantado e habilitado no 2º. Semestre de 2015; -Garantia de equipe multidisciplinar capacitada;	2015	

**Objetivo:** Promover a cidadania em saúde por meio da organização e sistematização das informações recebidas pela sociedade de forma a possibilitar a elaboração de ferramentas que possam servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo de gestão da saúde e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

## OUVIDORIA DO SUS

INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	PRAZO	STATUS
Estruturar o Serviço de Ouvidoria	Falta de estrutura adequada	Adequar espaço físico de acordo com os requisitos para atendimento do serviço de Ouvidoria Adquirir Equipamento e Mobiliário Inserir a Ouvidoria no Organograma da SMS. Criar instrumento normativo que regulamente o serviço de Ouvidoria. Compor equipe mínima para atuar no Serviço de Ouvidoria	Espaço físico adequado. Equipamento e Mobiliário Adquirido Ouvidoria Inserida no Organograma da SMS-Araruama-RJ. Lei da Criação da Ouvidoria da SMS-Araruama-RJ. Equipe de mínima de quatro Ouvidoras para atuar no Serviço de Ouvidoria.	2014 a 2017	Secretário Mun. de Saúde Conselho Mun. de Saúde Comissão Saúde Câmara Vereadores Prefeitura Mun. de Araruama
Estabelecer fluxo de trabalho		Estabelecer os canais de entrada e o fluxo de tramitação da manifestação Estabelecer a Rede da Ouvidoria do SUS	Aquisição de linha telefônica específica para Ouvidoria; Aquisição de 30 Urnas identificadas; Atendimento via WEB – Ouvidoria SUS Todas as Unidades de Saúde de ARARUAMA-RJ, com espaço de Ouvidoria SUS.	2014 a 2017	Secretário Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Araruama - ASCOM
Divulgar o papel da Ouvidoria do SUS		Criar folder informativo Participar de reuniões colegiadas	Folder informativo criado. Participação em todas as reuniões colegiadas.	2014 a 2017	Secretário Municipal Saúde Secretário Municipal Administração
Capacitar equipe de Ouvidoria			Fortalecer a capacitação em Ouvidorias do SUS – SES/RJ	2014 a 2017	Secretário Mun. Saúde SES/RJ

**Diretriz – Estruturar a gestão do SUS****Objetivo – Fortalecer os processos de trabalho e da Gestão em Saúde****GESTÃO DE RH**

<b>Indicadores</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Situação Desejada</b>	<b>Metas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Status</b>
Nº. PCCS elaborados	Inexistência de PCCS	Realização de PCCS.	Plano de Cargos e Salários elaborados	2014	SESAU, SMF, SMA, SEC. PLANJEMENTO, CMS, PREFEITURA.
Nº. de Organogramas elaborados	Organograma ultrapassado e inadequado	Elaboração de novo Organograma de SESAU	Organograma elaborado	2014	SESAU
Nº. de concursos públicos realizados	Alguns cargos ocupados por profissionais contratados	Provimento de cargos por servidores municipais concursados	Realização de concurso público para provimento dos cargos definidos no planejamento da SESAU.	2015	SESAU, SMA, SEC. PLANJEMENTO, PREFEITURA



**Diretriz – Estruturar/adequar a capacidade instalada do SUS****Objetivo – Fortalecer os processos de trabalho e da Gestão em Saúde****REDE PRÓPRIA**

<b>Indicadores</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Situação Desejada</b>	<b>Metas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Status</b>
Nº. de unidades hospitalares reativadas	Unidade hospitalar desativada.	Reabertura de unidade hospitalar com perfil Materno-infantil e Geral.	Realizar obras para adequação da estrutura física para atendimento integral das normatizações previstas na RDC 50.	2014	SESAU, SEC. OBRAS, PREFEITURA.
Nº. de unidades de pronto-socorro reativadas	Pronto-Socorro Municipal desativado.	Reabertura do Pronto-Socorro Municipal.	Realizar obras para adequação da estrutura física para atendimento integral das normatizações previstas na RDC 50.	2015	SESAU, SEC. OBRAS, PREFEITURA.
Nº. de unidades hospitalares readequadas	Unidade hospitalar de pequeno porte com perfil clínico e cirúrgico	Ampliar o porte hospitalar, as especialidades ambulatoriais e de internação (psiquiatria e crônicos).	Realizar obras de ampliação e adequação da estrutura física existente para atendimento integral das normatizações previstas na RDC 50.	2016	SESAU, SEC. OBRAS, PREFEITURA.