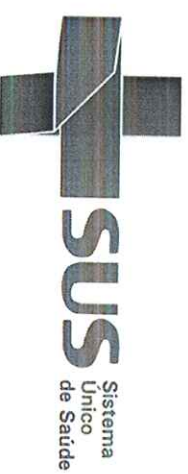
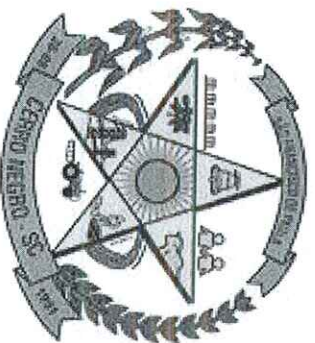


PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE CERRO NEGRO-SC

2018 – 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CERRO NEGRO-SC

PREFEITO

VICE PREFEITO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CERRO NEGRO – SANTA CATARINA

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

- Prefeitura Municipal de Cerro Negro
- Secretaria Municipal de Saúde

Equipe técnica responsável pela elaboração:

- Anaquele de Fátima do Nascimento (Agente Comunitário de Saúde);
- Dhelfes Barbosa Ramos (Enfermeiro do ESF);
- Jaine Antunes (Técnico Administrativo);
- Sandra Mara Conrado de Jesus (Secretária Municipal de Saúde);
- Vanessa Campos Teles (Médica da Atenção Básica da USB).

Colaboradores:

- Prefeitura Municipal de Cerro Negro
- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Agricultura

- Secretaria Municipal de Educação
- Secretaria Municipal de Finanças
- Secretaria Municipal de Assistência Social
- Conselho Municipal de Saúde
- Agentes Comunitários de Saúde
- 26º Regional de Saúde
- Epagri - Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
- Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Cerro Negro
- Estratégia Saúde da Família – ESF

LISTA DE ABBREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AC	Alta Complexidade
AF	Assistência Farmacêutica
AGEMED	Agência Espanhola de Medicamentos e Produtos Sanitários
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AMURES	Associação dos Municípios da Região Serrana
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BTUs	Unidade Térmica Britânica (<i>British Thermal Unit</i>)
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
CASAN	Companhia Catarinense de Água e Saneamento
CELESC	Centrais Elétricas de Santa Catarina
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
CIASC	Centro de Informática e Automação de Santa Catarina
CIB	Comissão Intergertora Bipartite
CIES	Comissão Integrada de Educação em Saúde
CIR	Colegiado Intergestor Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde

CIT	Comissão Intergertora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DN	Declarações de Nascidos Vivos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTA's	Doenças Transmitidas por Alimento
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDUDATA	Sistema de Estatísticas Educacionais
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERSA	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HIPERDIA	Hipertensão e Diabete
HIV	Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana
IBDF	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice da Educação Básica

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA	Instituto nacional do Câncer
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira
IRA	Insuficiência Renal Aguda
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAC	Média e Alta Complexidade
MC	Média Complexidade
MDDA	Manual de Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF a	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das nações Unidas
PDR	Plano de Desenvolvimento Regional
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PIB	Produto Interno Bruto
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMAQ	Programa Nacional Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNH	Política Nacional de Humanização
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDR	Secretaria de Desenvolvimento Regional
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SIAB	Sistema de Informação em Saúde/Sistema Informação de Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISAGUA	Sistema de Informação da Qualidade da Água para o Consumo Humano
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SME	Secretaria Municipal de Educação

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Serviço Vigilância Epidemiológica
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
THDS	Técnicos de Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
USA	Urgência em Saúde Ampliada
UNIMED	Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense
VIGIAGUA	Programa Qualidade da Água para Consumo Humano
VISA	Vigilância em Saúde

Sumário

SUMÁRIO

PLANO DE SAÚDE REGIONAL	1
1 ATRIBUIÇÃO DO MUNICÍPIO	1
1.1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO	12
1.2 IDENTIFICAÇÕES MUNICIPAIS	15
2 INFORMAÇÕES A NÍVEL REGIONAL	15
2.1 ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SITUAÇÃO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO	23
2.2 ATRIBUIÇÕES DO MUNICÍPIO	23
2.3 ANÁLISE EM RELAÇÃO A ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE	24
2.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO A GESTÃO DE SAÚDE	24
3 COMPROMISSO DA GESTÃO	24
4 ATENÇÃO BÁSICA	25
5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	27
7 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	56
7.1 IMUNIZAÇÃO	66
7.2 IST/AIDS/HIV	67
7.3 IST/AIDS/HIV	68

7.3 COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL.....	75
7.4 DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HIPRICA E ALIMENTAR.....	81
8 HANSENIÁSE/TUBERCULOSE/TRACOMA.....	83
9 TABAGISMO E DOENÇAS DE AGRAVOS NÃO NOTIFICADOS – DANTS.....	88
10 ZOONOSES – DENGUES.....	91
11 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	99

PLANO DE SAÚDE REGIONAL 2018-2021

1. ATRIBUIÇÃO DO MUNICÍPIO:

ESTRUTURA DO PLANO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CERRO NEGRO

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal é clara, quando em seu artigo 196 configura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantindo através de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças e outros agravos quanto para a universalidade do sistema, elementos centrais de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Toda a pessoa tem direito à saúde, independente de idade, convicção religiosa ou raça. Pelo SUS, o cidadão tem atendimento conforme sua necessidade e até o limite que os recursos do sistema possam oferecer.

O município de Cerro Negro está habilitado como Gestão Plena de Atenção Básica. Sendo a Atenção Básica o primeiro nível da atenção em saúde a ser ofertado pelo município, com qualidade e suficiência para sua população. Deve contemplar um conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes, definindo as estratégias, que precisam ser materializadas em políticas concretas, que se expressam mediante objetivos, diretrizes e metas.

Sendo que estes deverão ser alcançados em quatro anos, expressos no Plano Municipal de Saúde, necessários para a consolidação das propostas do Pacto que, por sua vez, são fundamentais para a consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde.

Os objetivos definem o que se deseja obter nesse período, e as diretrizes são formulações que indicam a linha de atuação a

serem seguidas, apresentadas sob forma de enunciado - síntese, seguido de uma breve contextualização, na qual se busca delimitar a prioridade geral a ser adotada.

Outras ações e outros elementos para atingir os objetivos expressos no Plano são explicados na Programação Anual de Saúde.

Assim em harmonia com o Sistema de Planejamento do SUS - PLANEJASUS, com o planejamento municipal e os princípios legais do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde por meio do Plano Municipal de Saúde, busca entregar resultados sólidos a sociedade, contribuindo para uma vida com qualidade, no que diz respeito a sua competência e governabilidade.

Neste sentido, submete-se ao Conselho Municipal de Saúde, em conformidade com o Arcabouço Legal do SUS - O Plano Municipal de Saúde garantindo a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social.

Ressalta-se que todo o planejamento precisa levar em conta a sua viabilidade de execução. Portanto, o Plano Municipal além de considerar as ações de acordo com as outras esferas de gestão, alinhou o mesmo com o Plano Plurianual onde estão definidos as programações e ações da Administração Pública Municipal e sua respectiva previsão física e orçamentária.

1.1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

1.2 IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

APRESENTAÇÃO

Vizinho dos municípios de Campo Belo do Sul, Abdon Batista e Anita Garibaldi, Cerro Negro se situa no Planalto Sul de Santa Catarina, Micro-Região da AMURES, com sede em Lages, centro polarizador da região serrana e da qual dista 54 km. A cidade está localizada às margens da SC 458 que liga Campo Belo do Sul a Cerro Negro e Anita Garibaldi, ao Sul com o Estado do Rio Grande do Sul, ao Norte com o município de São José do Cerrito, ao Leste com o Município de Campo Belo do Sul e ao Oeste com o município de Anita Garibaldi. De clima subtropical e inverno bem definido com geadas e neves, relevo de planalto e algumas irregularidades na superfície terrestre constituído de campos, capões de pinheiros araucárias. O município é

banhado pelos rios dos Portões, Pelotas, Canoas, Caveiras e também por outros rios de pequena extensão. Sendo os citados acima os mais importantes de sua bacia hidrográfica. Nos Rios Canoas e Pelotas estão localizadas, respectivamente, as Usinas Hidrelétricas Garibaldi e Barra Grande como forte produtoras do desenvolvimento da região.

Anterior a 1853, se tem notícia que na região já residiam alguns fazendeiros, índios e escravos. Na região os indígenas eram como ainda são denominados pelos ocupantes de “bugres”, das tribos, Xokleing, Guaraniis ou Carijós e Kaigangues. Viviam de caça, pesca e coleta de frutos, principalmente o pinhão.

O povoamento do município de Cerro Negro e região são, na maioria, de origem cabocla. Esta por sua vez, apresenta como características estatura mediana, pele geralmente parda, bastante resistente ao rude clima e ao trabalho que exerce e, se constitui um indivíduo de grande valentia e bravura.

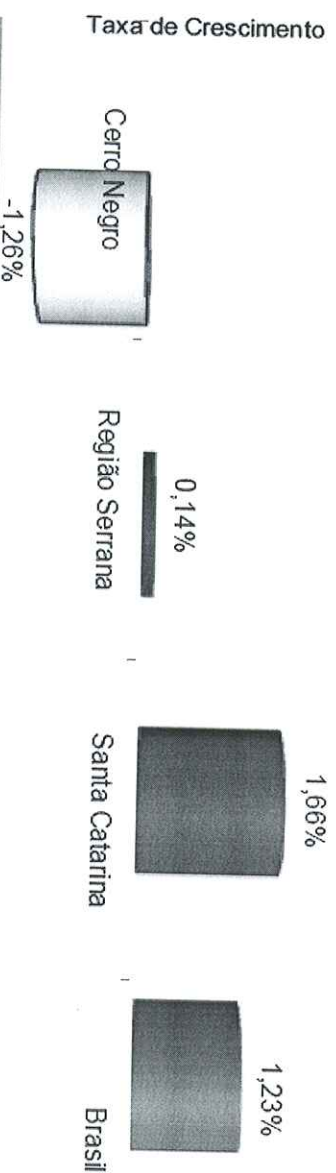
Por volta do ano de 1880, chegaram ao município os primeiros moradores desta localidade, a qual deu o nome de Freguesia de São Francisco do Cerro Negro.

O nome Cerro Negro teve origem na localidade Nove de Maio, onde existem dois montes ou morros-gêmeos, mais ou menos uniformes que, ao redor dos mesmos, se situava uma grande mata formada por muitas espécies de madeiras nativas juntamente com a majestosa Araucária Angustifolia (Pinheiro do Paraná), que projetavam sobre os morros-gêmeos uma sombra escura, vista à distância, cuja sombra significa o preto, que também significa negro. Resultando nos dois morros a sombra dos pinheiros, com morro escuro que na linguagem popular dos antepassados substituí-se por CERRO NEGRO.

O distrito de São Francisco de Cerro Negro que ao passar dos anos chamou-se somente Cerro Negro, foi criado pela Lei nº 435 de 6/7/1916 sendo instalado em audiência especial e extraordinária no dia 16 de Janeiro de

DENSIDADE DEMOGRAFICA	<p>1919, sendo seu primeiro Escrivão de Paz o Senhor Oscar Monteiro Schemes e como Juiz de Paz o Senhor José Albino da Silva.</p> <p>Nas décadas de 50 e 60, Cerro Negro foi chamada de Capital da Madeira da região serrana, tendo um único Posto de Arrecadação de Tributos Estaduais, que abrangia na época, o distrito de Capão Alto no município de Lages, Campo Belo do Sul e Anita Garibaldi. Nessa época existiam no município serrarias, um comércio maior, depósitos de madeiras e seus habitantes tinham melhores condições de vida.</p> <p>Com as novas leis do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal - IBDF, Cerro Negro foi prejudicado, acabaram-se as serrarias e os depósitos de madeiras, desta forma, fazendo regredir o comércio que era mantido por este setor econômico. Para Cerro Negro restou então manter-se com a agricultura e a pecuária, tentando novamente desenvolver o comércio do município.</p> <p>Em 1961 surge o primeiro movimento emancipacionista no distrito, mas o mesmo não obteve êxito. No ano de 1987 mais uma vez foi tentada a emancipação do distrito o que só veio a ocorrer no ano de 1991 no dia 26 de setembro.</p> <p>2009 (hab/km²) 9,7</p>
--------------------------	---

TAXA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL



EDUCAÇÃO

O desenvolvimento de um povo é diretamente proporcional aos esforços dispensados para educação. A seguir apresentamos os principais indicadores da educação do município de Cerro Negro.

Os dados coletados referentes à educação municipal em 2015 foram coletados junto ao à Secretaria Municipal de Educação. A organização destas informações permite avaliar a evolução de diversos indicadores relacionados à educação em Cerro Negro.

O transporte escolar está dividido em rotas, com veículos próprios e terceirizados. As rotas cobrem toda a área do município, de acordo com as necessidades da comunidade escolar, deslocando-se a maioria para a sede do município.

Alunos Matriculados por Dependência Administrativa

Em 2015, Cerro Negro apresenta 1.045 alunos matriculados (não inclusos os alunos do ensino superior), sendo este número resultado do balanço extra oficial da Secretaria Municipal de Educação relativo

ao mesmo ano.

Tabela 08: Número de alunos matriculados por dependência administrativa em Cerro Negro, no período de 2013 a 2015.

NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS		
Ano	Municipal	Estadual
2013	511	493
2014	477	480
2015	578	467

Fonte: Ministério da Educação, Sistema de Estatísticas Educacionais (Inepdata), Secretaria Municipal de Educação, 2015.

Com relação à oferta destas matrículas, conforme tabela anterior, as redes municipais e estaduais responderam, em 2015, por 100,0% do número de matriculados no município.

Distribuição do Número de Alunos por Modalidade de Ensino

Os dados extraídos do Ministério da Educação apontam que, em 2012, o maior contingente de alunos matriculados no município estava relacionado ao ensino fundamental e educação infantil.

A tabela a seguir demonstra o número de alunos matriculados segundo as modalidades de ensino em 2012.

Distribuição dos alunos por modalidade de ensino em Cerro Negro, em 2012.

DISTRIBUIÇÃO DE ALUNOS POR MODALIDADE DE ENSINO

Modalidades	Detalhamentos	Alunos
Educação Infantil	Centro Educação Infantil	78
	Pré-Escola	34
Ensino Fundamental	1º à 5º (Anos Iniciais)	488
	6º à 9º (Anos Finais)	226
Ensino Médio	Pré-Escola	119
Educação Especial	1º à 5º (Anos Iniciais)	-
	6º à 9º (Anos Finais)	01
		03

Fonte: Secretaria Municipal de Educação, 2015.

Índice da Educação Básica – IDEB

O IDEB é calculado a partir de dois componentes: taxa de rendimento escolar (aprovação) e a média de desempenho nos exames padronizados aplicados pelo INEP. Este índice permite traçar metas de qualidade educacional.

A tabela a seguir apresenta o Índice da Educação Básica nos anos iniciais, durante o período de 2005 e 2013.

Índice da Educação Básica (IDEB) de Cerro Negro, no período de 2009 a 2015.

ÍNDICE DA EDUCAÇÃO BÁSICA-IDEB										
Ideb Observado					Metas Projetadas					
Ens.Fundamental	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013	2015

Anos Iniciais	3,0	3,6	4,5	4,3	***	3,1	3,4	3,8	4,1	4,4
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), 2015; Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), 2015.

Nota: Os resultados marcados em verde referem-se ao IDEB que atingiu a meta;

*** não há média na Prova Brasil de 2013: não participou ou não atender os requisitos necessários para ter o desempenho calculado

HABITAÇÃO

Neste aspecto o investimento municipal em habitação e urbanismo em relação ao PIB, em 2011, obteve percentual menor que em 2010 e 2009, ficando bem acima dos anos de 2008 e 2009, porém manteve-se próximo da média nacional.

Percentual de investimento municipal em habitação e urbanismo em relação ao PIB, período de 2007 a 2011

INVESTIMENTO MUNICIPAL EM HABITAÇÃO E URBANISMO EM RELAÇÃO AO PIB		
ANO	MUNICIPAL	MÉDIA NACIONAL
2011	0,68 do PIB	0,96 do PIB
2010	0,96 do PIB	0,94 do PIB
2009	0,90 do PIB	0,92 do PIB
2008	2,85 do PIB	1,04 do PIB
2007	1,26 do PIB	0,93 do PIB

Números de Domicílios

Domicílio é considerado um local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, podendo ser particular ou coletivo. Neste aspecto, o município de Cerro Negro possuía, em 2010, 1.100 domicílios, deste total, eram 86,6% próprios, 10,3% cedidos, 2,7% alugados e, 0,4% em outra condição.

Condição de ocupação dos domicílios, segundo Cerro Negro, 2010.

CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO DOS DOMICÍLIOS			
ALUGADO	CEDIDO	PRÓPRIO	OUTROS
2,7%	10,3%	86,6%	0,4%

Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia, Censo Demográfico, 2010.

Nota: Dados referentes a domicílios particulares permanentes.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SMS E SERVIÇOS

A Secretaria Municipal de Cerro Negro, atualmente possui a seguinte estrutura oficial:

- Organograma Organizacional da Secretaria Municipal de Cerro Negro – 2015

<p>RECURSOS HUMANOS SMS</p>	<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD SMS([SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE]) --- FMS[Fundo Municipal de Saúde] SMS -.- CM[Conselho Municipal de Saúde] SMS --- C[Consórcio Intermunicipal de Saúde AMURES] SMS --- AB[Atenção Básica] SMS --- VS[Vigilância em Saúde] SMS --- TFD[TFD] C --- C1[•Agendamento de consultas e exames especializadas] C --- C2[•Transporte de pacientes] AB --- AB1[•UBS Central] AB --- AB2[•UBS Araçá] AB --- AB3[•Unidade Móvel] AB --- AB4[•Farmácia Básica Municipal] AB --- AB5[•ESF / ESB/ EACS] AB --- AB6[•NASF 3] AB --- AB7[•Consultório de Fisioterapia] AB --- AB8[•SISVAN] AB --- AB9[•TELESSAÚDE] AB --- AB10[•TELEMEDICINA] AB --- AB11[•e-SUS] VS --- VS1[•Vigilância Epidemiológica (Imunização, SINAN, SINASC, MDDA)] VS --- VS2[•Vigilância Sanitária] TFD --- TFD1[•] </pre> </div> <p>Com relação aos profissionais de nível superior o quadro apresenta o seguinte perfil:</p> <p>Número de profissionais vinculados por tipo de categoria, segundo Cerro Negro, em 2015.</p>
-----------------------------	---

CATEGORIA		2015
Médico Estratégia Saúde da Família		1
Clinico Geral		3
Cirurgião Dentista Estratégia Saúde Bucal		1
Cirurgião Dentista Atensão Básica		1
Farmacêutico		1
Psicólogo		1
Fisioterapeuta		2
Enfermeiro		3
Auxiliar de Enfermagem		3
Técnico de Enfermagem		4
Auxiliar em Saúde Bucal		1
Telefonista		1
Assistente Administrativo		1
Agentes Comunitários de Saúde		14

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015.

Utilizando-se os parâmetros da Portaria GM 1101/02 e o Caderno n° 5 da Série Pacto, observa-se que o município não possui os profissionais nas diversas áreas estratégicas como pediatria, ginecologia, obstetrícia e nutricionista. Tais profissionais prestam serviço através do Consórcio Intermunicipal de Saúde/AMURES, no município de Lages/SC.

Outro aspecto importante a ser observado é a ausência de estrutura administrativa, e de apoio sugerindo o acúmulo ou desvio de funções de algumas categorias profissionais, estrangulamentos em algumas funções e

ociosidade em outras. =

Outro indicador importante a ser observado e comentado é o perfil das habilitações que poderemos comparar mais adiante com as necessidades de saúde da população na análise das condições de saúde.

2 INFORMAÇÕES A NÍVEL REGIONAL:

2.1 ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO										
TAXA DE NATALIDADE	ANO						TOTAL			
	2013	2014	2015	2016	2017					
MORTALIDADE GERAL POR SEXO	ANO	2013	2014	2015	2016	2017				
	FEMININO	13	8	12	12	3	48			
	MASCULINO	14	12	10	11	8	55			
	IGNORADO	0	0	0	0	0	0			
	TOTAL	27	20	22	23	11	103			
MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA	ANO	2013	2014	2015	2016	2017/06				
	ÓBITO FETAL	-	-	1	-	-	-			
	ÓBITO INFANTIL	1	-	1	1	1	1			
	ÓBITO MATERNO	-	-	-	-	-	-			
	TOTAL	1	0	2	1	1	3			
MORBIDADE SINAN	2013	2014	2015	2016	07/2017	TOTAL				
	1	0	0	0	0	1				

2.2 ATRIBUIÇÃO DO MUNICÍPIO

2.3 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

ESTRUTURA DAS REDES DE ASSISTENCIA	UNIDADES BÁSICAS
	NASF
	SAÚDE BUCAL
	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA
	CONVENIO COM SAMU
	ASSISTENCIA FARMACEUTICA
	LABORATORIO MUNICIPAL (TERCEIRIZADO)
	PROGRAMAS DESENVOLVIDOS
	SISTEMA DE INFORMACÃO EM SAÚDE
	PRODUÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
	VIGILANCIA SANITARIA
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
	VIGILANCIA AMBIENTAL

2.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE

CONTROLE SOCIAL	
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	
CONFERENCIA DE SAÚDE	
PLANEJAMENTO	
FINANCEIRO	
LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS POR EIXOS	
CONDIÇÕES DE SAÚDE AS	
POPULAÇÃO	
DETERMINANTES E	

CONDICIONANTES DA SAUDE	
GESTAO EM SAUDE	

3 COMPROMISSO DA GESTAO			
OBJETIVO	Fornecer a comunidade cerronegrense uma infra estrutura para a melhor qualidade e prestação de serviços médicos ambulatoriais, laboratoriais, odontológicos e outros. Visando dar continuidade a saúde publica.		
DIRETRIZ	METAS	SERVIÇOS	PERIODO
	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da secretaria da saúde; • Aumentar o orçamento anual com o CIS; • Adquirir uma unidade móvel nova; • Pintura e reforma dos postos; • Aquisição de equipamento para o posto do araçá; • Aquisição de veículos para renovar a frota; • Reestruturação física da farmácia básica, e recursos qualificados do SUS; • Aquisição de ambulância nova; • Contratar um médico psiquiatra; • Manter convenio com hospital Nossa Senhora Do Patrocínio de campo belo do sul (plantação); • Aquisição de equipamento para a implantação da NASF; • Aquisição e melhoramento do equipamento em geral; 	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte de pacientes para consultas, TFD, tratamentos, exames e cirurgias; • Atendimento medico semanal no interior; • Atendimento odontológico na unidade básica, interior, escolas e creches; • Grupos com a saúde mental, sede e Araçá (mensal); • Grupos com hipertensos e diabéticos (mensal); • Exames laboratoriais; • Testes rápidos realizados na unidade básica de suade; • Visita domiciliar semanal; • Próteses odontológicas; • Programa saúde na escola; • Pactuar convenio com Içara para cirurgias de cataratas; • Pactuar convenio com Hospital Frei 	2018 - 2021

	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar clínico geral com residência no município com plantão 24 horas; • Manter, melhorar e ampliar o fornecimento de consultas, medicamentos, exames e transporte para pacientes, dentro e fora de domicílio; • Adesão de programas voltados à prevenção de doenças como tabagismo e câncer; • Estabelecer novos convênios com hospitais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Rogério para raio X; • Pactuar convenio com Ana Carolina para serviços de Ecografia com Dopler. 	
<p>A Unidade Básica de Saúde não possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir que seja realizado a manutenção de forma recomendada de cada fabricante. • Fazer um levantamento de todos os aparelhos que necessitam de manutenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar uma proposta de manutenção a gestão. • Elaborar a proposta e ser encaminhada a gestão para garantir a manutenção e instalação. • Contratar serviços especializados para a manutenção. 	

4 ATENÇÃO BÁSICA

INDICADOR: Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Cobertura de ESF e/ou ESB	O município possui 95% de cobertura e deseja aumentar número de ACS para garantir cobertura total da população.	Fazer proposta para o Conselho municipal da saúde e após aprovação elaborar projeto lei de criação de área junto ao poder legislativo municipal.	Sanacionar a lei Descrever área Aprovar Conselho municipal da saúde Realizar processo seletivo para contratação ACS.	Coordenador da AB, Enfermeiro do ESF e Secretário(a) Municipal da Saúde, acessória jurídica e RH.	1 ano	Fazer reunião de equipe para apresentar a ACS e equipe NASF III. Organizar capacitação previa do ACS antes que comece no território.
Estruturar NASF III	Formação da equipe para garantir cobertura adequada	Manter quadro de servidores por processo seletivo.	Realizar cadastro dos profissionais no CNES e lançar produção dos profissionais no e-SUS. Monitorar os repasses			

		Solicitar Implantação ou adequar o uso desta conforme a política que rege.	financeiros no fundo a fundo municipal.			
--	--	--	---	--	--	--

ATENÇÃO BÁSICA

INDICADOR: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Numero elevado de internações por causas sensíveis da AB	O município possui cobertura 95% de AB, mas não esta conseguindo evitar internações por	Realizar reunião de equipe mensal com todos os membros da equipe inclusive de agentes de saúde.	Buscar nas bases de dados de internação hospitalar Conhecer o CID que descreve as doenças	Coordenador da AB e Secretario (a) Municipal da Saúde, responsáveis pelas equipes ou unidades. Todos os membros	Mensal	Pactuar reuniões de equipe semanal para organização do processo de trabalho desta equipe. Realizar contratualização na

	<p>causas sensíveis por AB devido à</p> <p>Não não seguimento das orientações dadas pelos profissionais da saúde (dietas, forma incorreta do uso de medicamentos) e resistência a consulta de prevenção, e não realização dos exames solicitados.</p>	<p>Discutir casos sensíveis de AB com a equipe e matriciar a fim de trazer novas soluções ao usuário do SUS.</p> <p>Organizar a agenda de cuidado longitudinal</p> <p>Treinar agentes de saúde para melhor acompanhamento dos casos de alerta, como avaliar caderneta da criança e inclusive vacina e desenvolvimento, avaliar caderneta gestante e seus componentes, avaliar usos medicamentoso dos doentes crônicos e situações de vulnerabilidade, etc..</p> <p>Realizar grupo comunitário sem enfoque na doença.</p> <p>Equipe com NASF buscar apoio</p>	<p>sensíveis da AB</p> <p>Registrar no e-SUS sempre que realizar atendimento de doente crônico (hipertensão), Diabético, obesos, problemas respiratórios.</p> <p>Registrar no e-SUS sempre que realizar atendimento de doente crônico (hipertensão), Diabético, obesos, problemas respiratórios.</p> <p>Obter instrumento de coordenação do cuidado para causas sensíveis da atenção básica evitando encaminhamento inadequados.</p>	<p>da equipe.</p> <p>Nasf</p>		<p>equipe para como ser a dinâmica das reuniões</p> <p>Comunicar comunidade e conselho de saúde.</p>
--	---	--	--	-------------------------------	--	--

		<p>matricial e de educação permanente.</p> <p>Equipe independente de NASF deve buscar estudar temas pertinentes de seu perfil epidemiológico para melhor acesso e qualidade.</p> <p>Utilizar AMAQ como base</p> <p>ESB quando realizar consulta ou visita melhorar sua triagem.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: razão preventivo em mulheres de 25 a 64 anos

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Número reduzido de preventivos de colo de útero	Falta de busca ativa Falta de meta mensal Dias específicos de coleta	Realizar reunião de equipe semanal com todos os membros da equipe inclusive de agentes de saúde. Realizar levantamento de quantas mulheres de 25 a 64 anos estão cadastradas no município. Verificar quantas dessas mulheres cada ACS tem em sua área de abrangência e estipular meta mensal de busca ativa Capacitar os ACS e demais membros da equipe de como abordar para busca ativa do preventivo A ACS que cumprir a meta semestralita ganhar uma tarde folga. Colocar como rotina na triagem de enfermagem que cada mulher de 25 a 64 anos seja abordada sobre seu preventivo e agendado	Capacitação de todos os profissionais da Atenção Básica, quanto às diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero: periodicidade; população alvo, método de coleta do exame e registro do procedimento no sistema de informação para a atenção básica (SISAB). • Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes da Atenção Básica, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como	Coordenador da AB e Secretário (a) Municipal da Saúde, responsáveis pelas equipes ou unidades. Todos os membros da equipe. Nasf	Diariamente	Pactuar reuniões de equipe mensal para organização do processo de trabalho desta equipe. Realizar contratualização com a equipe Comunicar comunidade e conselho de saúde.

		<p>se for caso</p> <p>Estipular como rotina do NASF que as mulheres dessa faixa etária sejam encaminhadas para coleta de preventivo e sua importância.</p> <p>Estipular como rotina da odontologia que quando realizado anamnese a pergunta se o preventivo de colo de útero esta em dia, caso não orientar a importância e encaminhar para agendamento.</p> <p>Realizar horário estendido quando pactuado com a gestão, através de um levantamento pelos acs da quantidade relevante de mulheres nessa faixa etária que estão trabalhando.</p> <p>Organizar a agenda de cuidado longitudinal</p> <p>Utilizar AMAQ como base</p>				
			<p>assessoramento à gestão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação à população quanto à necessidade do exame é realizar busca ativa das mulheres na idade de 25 a 64 anos, para realização do exame citopatológico conforme normas preconizadas pelo Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero 			

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: NÚMERO DE AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Ações de saúde na escola ainda frágl e pouco resolutive.	Resistencia da Educação para execuão das ações. Adesão recente do PSE com 12 eixos de ação: 1 Atualização vacinal dos estudantes. 2 Alimentação saudável e prevenão da obesidade infantil 3 Avaliação de Saúde bucal e aplicaão tópica de flúor 4 Avaliação da saúde auditiva e identificaão de possíveis sinais de alteraão 5 Prevenão das violências e dos acidentes 6 Identificaão de sinais de agravos de doenças	Constituir um Grupo de Trabalho Intersetorial – Saúde (Atenão Básica e Vigilância em saúde), Educação e Assistência Social Para cada eixo deve planejar as ações já estabelecidas e pactuar com a escola.	Realizar planejamento estratégico das ações previstas no PSE com cada escola conforme perfil. Estabelecer cronograma de ação quinzenal para atuaão no ambiente escolar Solicitar como documento obrigatório o cartão do SUS dos escolares. Registrar no e-SUS toda produão realizada, na ficha de ação coletiva com cada nome do aluno e cartão do SUS Organizar atividades resolutive e com impacto para o publico,	Coordenador da AB e Secretario (a) Municipal da Saúde, responsáveis pelas equipes ou unidades. Todos os membros da equipe. Nasf	Quinzenal	

	<p>em eliminação(Hanseníase, tuberculose, tracoma e esquistossomose, entre outras)</p> <p>7 Realização de práticas corporais, da atividade física e do lazer</p> <p>8 Promoção da cultura de paz, 10 cidadania e direitos Humanos</p> <p>9 Prevenção de DST/AIDS e orientação sobre direito sexual e reprodutivo</p> <p>10 Saúde ocular e identificação de possíveis sinais de alteração</p> <p>11 Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas</p> <p>12 Ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti</p>		<p>como por exemplo roda de conversas sobre perspectivas de vida e neste surgir diversos assuntos, como: violência, drogas, sexo, corpo e higiene, etc..</p> <p>Atender as demandas dos eixos, mas sempre estipulando seguimento e vínculo.</p> <p>Analisar a produção e discutir em equipe ações para encaminhamentos e soluções de problemas encontrados, sejam de prevenção e promoção como de intervenção.</p> <p>Folder educativo sobre os principais meios de transmissão</p> <p>Divulgação na mídia local (rádio e jornal)</p> <p>Estar atentos aos padrões do AMAQ que se referem ao PSE.</p> <p>Kits para PSE</p>			
--	--	--	--	--	--	--

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: NÚMERO DE AÇÕES DO PROGRAMA DE MELHORIA E ACESSO DE QUALIDADE – PMAQ

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Fragilidade no Processo de Condução do PMAQ	Estruturação de rotina de trabalho baseada nos padrões do PMAQ. Associar PMAQ como trabalho extra e/ou recurso financeiro.	Instituição de Comissão Municipal do PMAQ. (Coordenação AB, Saúde Bucal, NASF ou AB, profissional de nível médio) Eixos Transversais: Autoavaliação, Apoio Institucional, Educação Permanente, Cooperação Horizontal e Monitoramento	Compor os membros da Comissão Municipal do PMAQ (registrar em ofício institucional) e estabelecer cronograma de encontros. Por meio da Comissão que deverá devida ser permanente, mesmo após avaliação externa, descaracterizando a existência do PMAQ como algo extra e de cunho financeiro. Realizar educacões permanentes para a Comissão se estruturar enquanto apoio, elegendando as ações e prioridades. Estabelecer vínculo	Comissão Municipal do PMAQ Coordenador da AB e Secretário (a) Municipal da Saúde, responsáveis pelas equipes ou unidades. Todos os membros da equipe.	Semanal	

		<p>Registro adequado das informações nos sistemas exigidos pelo ministério.</p>	<p>com os de mais profissionais da atenção básica como referência de apoio. Responder e discutir os padrões do AMAQ a cada seis meses a 01 ano e criar ou revisar matriz de intervenção de 06/06 meses.</p>			
		<p>Garantir a lista de padrões essenciais para a qualidade mínima da assistência e prevê em programação anual de saúde o custo destes padrões.</p>	<p>Manter os perfis no sistema PMAQ no e-GESTOR atualizado (Gestor, Coordenador AB, responsáveis por cada equipe) Cada equipe deve registrar no e-Gestor perfil PMAQ o AMAQ e matrizes. Construir instrumentos de coordenação do cuidado que sejam úteis por toda equipe. Verificar de e-SUS e CNES estão atualizado em todos os estabelecimentos de saúde.</p>			
			<p>Registro adequado no e-SUS: cadastro individual e</p>			

		<p>Monitoramento das ações e indicadores de Saúde PMAQ associados ao SISPACTO.</p>	<p>domiciliar, consultas gerais e de situações vulneráveis devem ser especificadas, visita domiciliar, reuniões, atendimentos coletivos ou grupos, procedimentos, etc..</p> <p>Organizar todos os documentos exigidos na avaliação externa.</p> <p>Padrões essenciais do Módulo I – Condições de Funcionamento das EAB</p> <p>Padrões essenciais do Módulo II – Processo de Trabalho das EAB</p> <p>Padrões essenciais do Módulo IV – Processo de Trabalho dos NASF</p> <p>Padrões essenciais do Módulo V - Condições de Funcionamento das ESB</p> <p>Padrões essenciais do Módulo VI - Processo de Trabalho das ESB</p> <p>Estabelecer rotinas ainda não encontradas na equipe como: consulta de enfermagem, visita</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>domiciliar por todos, busca ativa, reunião de equipe e educação permanente, agenda e acesso em tempo oportuno, pré-natal por todos da equipe, etc...</p> <p>Estabelecer meta mensal e monitoramento dos indicadores de saúde.</p> <p>Propor investimentos necessários, seja de estrutura física, insumos e equipamentos ou investimento a profissionais, cabe a cada município determinar para incentivar os profissionais a melhorar o desempenho</p>			
--	--	--	---	--	--	--

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: PROPORÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – PBF

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Cobertura das condicionalidades da Bolsa Família	Baixa cobertura mensal das condicionalidades. Registro da Cobertura no final da vigência	Constituir um Grupo de Trabalho Intersetorial – Saúde, Educação e Assistência Social (pode ser o mesmo do PSE)	Registrar este grupo por meio de ofício institucional. Manter lista de cadastros atualizados, solicitando a assistência social que exclua as famílias não existentes, ou que procure no banco de dados onde estarem realizando saque do benefício a fim de localizá-la. Dividir as famílias nas áreas e microáreas cobertas pelo AB (equipe e ACS)	Coordenador da AB e Secretário (a) Municipal da Saúde, responsáveis pelas equipes ou unidades. Todos os membros da equipe. ESF, NASF e ESB principalmente ACS	diário	
	Desconhecimento da aplicabilidade das informações geradas nas condicionalidades.	Conhecer as famílias cadastradas no PBF.	Estabelecer meta semestral de acompanhamento.	Para os beneficiários onde não possui agente de saúde, deve pensar em		

		<p>ao final da vigência os dados já se tornam possíveis de ser analisados pela equipe.</p>	<p>equipe em estratégias de busca ativa, por meio de endereço e visita.</p> <p>Criar rotina na recepção e acolhimento identificando os beneficiários diariamente e assim inserir no controle.</p> <p>Para as Crianças e gestantes a equipe já deve ter os dados antropométricos por meio de consulta, sendo assim já se deve registrar nas condicionalidades do PBF tanto no e-SUS como sistema próprio.</p> <p>Para os demais, como por exemplo uma criança maior ou adolescente, verificar se já esta no PSE, neste sentido em algum momento obterá os dados, devendo este ser registrado imediatamente no PBF e e-SUS.</p> <p>No caso de adultos, os dados obtidos em atendimento na UBS já são suficientes, salvo aqueles em processo de tratamento para</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			emagrecimento ou doença que envolve perda de peso. Aproveitar o mesmo público do PBF para dados no acompanhamento do SISVAN e PSE.			
--	--	--	---	--	--	--

ATENÇÃO BÁSICA

INDICADOR: NÚMERO DE AÇÕES DA REDE CEGONHA

(insirir decreto da aprovação e uso do Protocolo Regional de Atenção ao Pré-Natal e puerpério da Serra Catarinense.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Taxa de mortalidade infantil elevada	Fragilidade no pré-natal e puerpério Casos importados de sífilis Existência de problema de saúde bucal em gestantes	Organização do acesso e acolhimento: <ul style="list-style-type: none"> mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) situações de queixa de amenorreia consultapré-concepcional acompanhame 	Estudar o protocolo por meio de reunião de equipe e individual Criar estratégias de lembretes de partes importantes do Protocolo para fins melhor execução. Todos devem fazer busca dasmulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e queixa de amenorreia ou desejo de engravidar: <ul style="list-style-type: none"> saúde bucal no consultório, na VD e em grupos. 	Coordenador da AB e Secretário (a) Municipal da Saúde, responsáveis pelas equipes ou unidades. Todos os membros da	diário	Estabelecer rotina de monitoramento obrigatório com instrumento de coordenação do cuidado

		<p>nto e consulta de pré-natal acompanhado e consulta puerperal</p> <ul style="list-style-type: none"> acompanhamento e consulta de puericultura teste rápido em 100% das consultas pré-concepcional, pré-natal e puerpério. Tratamento adequado da sífilis conforme Protocolo. Encaminhamento para alto risco Gestantes da rede privada Estratégias de ação para mães de 10 a 19 anos. Encaminhamento em tempo oportuno nas situações de risco e parto. Parceria com vigilância 	<ul style="list-style-type: none"> Médico e Enfermagem em todos os possíveis contatos e forma de atendimento(consulta, VD, grupos , procedimentos, etc. ACS nas visitas domiciliares, grupos, escola, e outros pontos do território. <p>Consulta de pré-natal deve ser realizada pelo médico, enfermeiro e dentista conforme Protocolo, seja em âmbito de UBS ou domiciliar.</p> <p>Consulta Puerperal deve ser realizada pelo médico, enfermeiro e dentista conforme Protocolo, seja em âmbito de UBS ou domiciliar.</p> <p>Agente de saúde deve saber identificar os sinais e sintomas de risco nas visitas domiciliares alertando equipe, e também entender a caderneta da Gestante.</p> <p>Busca ativa por todos os membros da equipe das gestantes com tratamento inadequado para sífilis e seus parceiros.</p> <p>Discutir casos para matriciamento em reunião de equipe.</p> <p>Classificar risco obstétrico em cada consulta e se necessário encaminhar para alto risco em tempo oportuno e acompanhar mensalmente as de alto risco também na UBS.</p> <p>A gestante da rede privada e da equipe</p>	equipe.		
--	--	---	--	---------	--	--

		epidemiológico a.	também deve ser monitorada na UBS. Equipe deve ficar atentos as gestantes adolescente e trabalhar de forma diferenciada para evitar próxima gestação e situações de risco. Cadastrar as Gestantes que se enquadram nos critérios para o Benefício do Programa Bolsa Família e acompanhá-las mensalmente.			
--	--	----------------------	--	--	--	--

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: NÚMERO DE AÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Aumento da demanda de trabalho na AB.	Falta de planejamento das ações de atenção básica Sobrecarga de ações para alguns profissionais	Papel da Coordenação Municipal de Atenção Básica Atribuições da Atenção Básica Integração e responsabilização de	A gestão deve nomear a Coordenação de AB e esta preferencialmente deve ser exclusiva, participar de todas as reuniões de coordenações, seguir o instrutivo enviado sobre atribuições da coordenação de atenção básica enviada pela regional de saúde e tornar público aos demais membro da	Coordenador da AB e Secretário (a) Municipal da Saúde/Prefeito (a), responsáveis pelas equipes ou unidades.	Semanal	

		<p>todos os membros da equipe de Atenção Básica</p> <p>Uso adequado das Estruturas físicas (UBS)</p> <p>Organização de acesso e acolhimento</p>	<p>equipe.</p> <p>Cada equipe deve ter acesso a PNAB e discutir as atribuições individuais e comuns a todos para melhoria do processo de trabalho.</p> <p>Otimizar, manter e melhorar as estruturas físicas sempre que necessário para manter qualidade no atendimento, sempre utilizando para o fim destinado.</p> <p>Todas as equipes devem ter prontuário eletrônico, sendo assim a agenda deverá ser no e-SUS.</p> <p>Implantar acolhimento com estratificação de risco em todas as UBS por meio de Protocolo.</p> <p>Obter agenda para assistência ambulatorial, domiciliar e organizacional, conforme padrões do PMAQ.</p> <p>Garantir Consulta de Enfermagem, médica e odontológica em tempo oportuno.</p> <p>Todos os membros da equipe devem planejar VISITA DOMICILIAR, seja para atendimento e/ou consulta.</p>			
		<p>Rotina para Visita Domiciliar</p> <p>Reunião de Equipe</p> <p>Educação Permanente</p> <p>Atributos da Atenção Básica:</p>				

		<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro Contato • Longitudinalidade • Coordenação do Cuidado • Integralidade <p>Ampliação ou reforma da UBS</p>	<p>busca ativa como também de promoção da saúde.</p> <p>Toda UBS e/ou equipe deve ter seu horário reservado para reunião de equipe seja semanal como o mais adequado ou no mínimo quinzenal. A reunião deve seguir os passos adequados para discutir casos clínicos ou organizacionais, bem como educação permanente. Registrar no e-SUS.</p>			
		<p>Territorialização</p> <p>Prontuário eletrônico Registro e-SUS</p>	<p>A Educação Permanente é um espaço privilegiado que pode ocorrer em qualquer lugar e/ou durante reunião de equipe e disparar Educação Continuada caso houver necessidade, sendo que o ideal envolva alguém do controle social. Registrar no e-SUS</p>			
		<p>Programas da Atenção Básica :</p> <p>PSE, PBF, Vitamina A, NutriSUS, Rede Cegonha, Suplementação de Ferro, SISVAN, Amamenta e alimento,</p>	<p>A equipe deverá conhecer os atributos da Atenção Básica e planejar para que estes sejam registrados e adequados a rotina da equipe, com instrumentos.</p> <p>A Gestão junto com a Coordenação deveria ficar atenta as necessidades das equipes enquanto estrutura, sendo assim realizar proposta para</p>			

		<p>Mais médicos, teste do pezinho, imunização) Saúde Mental, encaminhamentos para CEO.</p>	<p>Regulifica UBS.</p>			
		<p>SISPACTO</p>	<p>Realizar territorialização sempre que a população ultrapassar 3.500 habitantes por equipe, a qual deve ser feita em sentido horário em toda extensão territorial. O Mapa geográfico de vera ficar exposto na UBS para toda população ter acesso e o mapa inteligente de vera ter espaço privilegiado para equipe atualizar, discutir e planejar.</p>			
		<p>PMAQ</p>	<p>Implantar em 100% das equipes o prontuário eletrônico.</p>			
		<p>TELESSAÚDE</p>	<p>Realizar treinamento contínuo para assegurar registro adequado.</p>			
		<p>CAPACITAÇÕES</p>	<p>Atualizar todos os cadastros sempre que oportuno. Manter os perfis de acesso atualizado e corretos Atualizar CNES sempre que houver mudança. Exportar produção para SIA.</p>			
			<p>A equipe de vera ter</p>			

			<p>conhecimento de todos os programas aderidos, contribuindo para o planeamento das ações, registo e análise de produção, mesmo que estes tenham responsáveis específicos.</p> <p>A equipe devera ter conhecimento de todos os indicadores pactuados no SISPACTO, contribuindo para o planeamento das ações, registo e análise de produção.</p> <p>As equipes que fazem parte do PMAQ deverá seguir todas as regras determinadas, discutir processo de trabalho e adequá-los, fazer auto avaliação e realizar matriz de intervenção com análise de tempos em tempos. (ver matriz do PMAQ)</p> <p>Todos os membros da equipe de atenção básica deverão ter acesso com login e senha ao Telessaúde.</p> <p>Organizar agenda para assisitr as web do cronograma, fazer consultórios assistências ou de processo de trabalho, é um critério obrigatório do PMAQ, o</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>uso da ferramenta do Telessaúde.</p> <p>Garantir acesso aos profissionais da AB para as capacitações e atualizações de processo de trabalho na linha de assistência e gestão.</p>			
<p>A equipe de Atenção Básica realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação de autonomia das pessoas com doenças crônicas.</p>	<p>As ações de apoio são feitas, porém são realizadas de forma individual e não interdiciplinar.</p>	<p>Garantir que seja elaborado um plano de ação voltado ao cuidado do usuário e de sua família.</p>	<p>Elaborar um folder educativo, informando sobre cuidados alimentares, atividade física, uso correto da medicação, riscos do tabagismo.</p> <p>Confeção dos folders elaborados em equipe</p> <p>Distribuição dos folders educativos em ações nas comunidades</p>	<p>Toda a equipe</p> <p>Secretaria de saúde</p> <p>Equipe do ESF</p>	<p>90 dias</p> <p>150 dias</p> <p>180 dias</p>	

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: NÚMERO DE AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Fragilidade no processo de trabalho	Processo de trabalho e Indicadores de saúde bucal desintegrado com as demais equipes Encaminhamento para CEO	Acesso e acolhimento Monitoramento de indicadores de saúde bucal	<p>Garantir cobertura de primeira consulta odontológica programática.</p> <p>Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas</p> <p>Proporção de ações de escovação coletivas</p> <p>Redução Número de exodontia</p> <p>Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas de demanda espontânea e agendada • procedimentos • Encaminhamentos de Próteses 	<p>Coordenador da AB e Secretário (a) Municipal da Saúde/Prefeito (a), responsáveis pelas equipes ou unidades.</p> <p align="center">ESB</p>	Semanal	
		Integração com a equipes NASF	Responsabilização em todos os Programas aderidos da Atenção			

<p>Básica.</p> <p>Fortalecer com a Rede Cegonha</p> <p>Programa Saúde na Escola</p> <p>Kit odontológico</p> <p>Equipamentos odontológico</p> <p>Garantir acesso de saúde bucal para as localidades com área descoberta</p> <p>Sistema de informação e Planejamento Estratégico previsto na organização do processo de trabalho da AB</p>		<p>Planejamento articulado da AB junto com a equipe de saúde bucal</p> <p>Saúde Bucal deve possuir mapa do território</p> <p>Garantir ações de saúde bucal conforme protocolo de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense: consulta de pré-natal odontológico em todos os trimestres e puerpério, visita domiciliar de busca ativa e atendimento, grupos de gestante, acesso de agenda livre, atenção a outros sinais e sintomas sugestivos a riscos.</p> <p>Fazer parte do planejamento do PSE e do GT, garantindo escovação coletiva, avaliação odontológica e aplicação de flúor (prevê no PAS orçamentos para estes materiais)</p> <p>Auxiliar a gestão no processo licitatório destes insumos e garantir na PAS estes.</p>					<p>Organizar agenda para cobrir</p>
--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------

			<p>estas demandas e registrar no e-SUS.</p> <p>Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação /atualização do cirurgião dentista da equipe de atenção básica para a qualificação dos atendimentos e melhoria da adesão aos tratamentos. • Estratégias para garantir a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, lembretes aos usuários das consultas agendadas, entre outros). • Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de saúde bucal, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. • Garantia de disponibilidade 		

			<p>suficiente de insumos e equipamentos para a realização e conclusão dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado. • Garantia de disponibilidade suficiente de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados. • Melhorar o acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal na atenção básica. 			
--	--	--	---	--	--	--

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: NÚMERO DE AÇÕES DE NASF

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
NASF ainda em processo de implantação	Ausência de profissionais atuando – aguardando processo seletivo para contratação	<p>Acesso e acolhimento</p> <p>Monitoramento de indicadores</p> <p>Integração com as demais equipes (ESF e ESB)</p> <p>Responsabilização em todos os Programas aderidos da Atenção Básica</p> <p>Planejamento Estratégico previsto na organização do processo de trabalho da AB.</p> <p>Ações Específicas para</p>	<p>Garantir o Índice de atendimentos realizados pelo NASF:</p> <p>Processo de Trabalho da Equipe NASF</p> <p>Planejamento e Monitoramento das Ações do NASF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio Matricial às EAB • Gestão do Cuidado Compartilhado • Coordenação do cuidado e integração à RAS • Resolutividade das Ações • Fortalecimento de Ações Intersetoriais <p>Doenças Crônicas, Práticas Corporais, Reabilitação, Saúde da Mulher e da Criança, Saúde Mental, Atenção Nutricional, Assistência Farmacêutica, Saúde do Trabalhador</p>	Coordenador da AB e Secretário (a) Municipal da Saúde/Prefeito (a), responsáveis pelas equipes ou unidades.	Semanal	

		<p>o Cuidado Integral (Ciclos de vida e Áreas Prioritárias)</p>	<p>Fazer parte do Planejamento Estratégicos dos Programas da AB auxiliando a executar e monitorar.</p> <p>Garantir Padrões essenciais e discutir e implantar padrões estratégicos</p> <p>Média de atendimentos individuais realizados pelo NASF</p> <p>Percentual de atendimentos domiciliares realizados pelo NASF</p> <p>Percentual de atendimentos compartilhados realizados pelo NASF</p> <p>Percentual de atendimentos em grupo realizados pelo NASF</p> <p>O NASF deveria ter programação para participação nas reuniões de equipe.</p>			
		<p>Programas da Atenção Básica</p>				
		<p>PMAQ</p>				
		<p>Reunião de Equipe e Educação Permanente. Matriciamento</p>				
		<p>Academias da Saúde</p>				

ATENÇÃO BÁSICA
INDICADOR: AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA AB

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
<p>Precarização dos cuidados em saúde mental na atenção básica</p> <p>Inexistência da territorialização do número de doentes mentais no município</p>	<p>Saúde mental não faz parte grupos de risco específicos de maior atenção aos cuidados</p> <p>Profissionais não se sentem qualificados para realizar atendimentos de saúde mental</p> <p>Uso abusivo de medicação psicotrópicas</p> <p>Medicalização do sofrimento cotidiano</p>	<p>Implementar Protocolo de cuidados em Saúde mental na Atenção Básica</p> <p>Estimular o desenvolvimento de atividades coletivas promotoras de saúde mental e bem-estar como caminhadas, dança, música, entre outros.</p>	<p>Aproveitar grupos que já existem ou ainda utilizar os momentos de datas comemorativas para fomentar as práticas.</p> <p>Sala de espera durante as consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, etc.</p> <p>Capacitação da equipe</p> <p>Discutir casos e criar Projeto Terapêutico Singular</p>	<p>Câmara Técnica da RAPS</p> <p>Toda equipe pode se desenvolver atividades promotoras de saúde e sala de espera.</p> <p>Equipe de atenção básica, NASF</p>	<p>Dentro dos 4 anos de gestão</p>	

	Falta de centro de referência para internação / tratamento para situações emergenciais	saúde mental Estimular uso de fitoterápicos e plantas medicinais	Matriciamento em saúde mental envolvendo os diversos equipamentos da rede				
--	--	---	---	--	--	--	--

5 ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

Indicador: Número de ações realizadas em assistência farmacêutica.
Fórmula: numero absoluto.

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	ESPECÍFICA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RELEVÂNCIA O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	LETALIDADE, O DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Necessidade de reestruturar e reorganizar assistência farmacêutica	Falta de recursos humanos (rotatividade)	Realizar concurso público ou processo seletivo para contratação de colaborador da assistência farmacêutica	Providenciar documentos, lançar os editais.	Secretário Municipal de Saúde, Assessoria Jurídica, Prefeito Municipal	Dentro dos 4 anos de gestão	
Falta de realização de atividades educativas para quadro de funcionários acerca da assistência farmacêutica (AF)	Capacitação de funcionários através de educação permanente	Promover ações sobre o uso racional de medicamentos de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM)	Criar cronograma de reunião de equipe da AF	Secretário Municipal da Saúde, Farmacêuticos, entidades profissionais		
Ausência ou não efetividade dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's)	Capacitação para que os farmacêuticos e colaborador envolvidos conheçam a operacionalização do setor do Componente especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e judicial	Buscar nas entidades representativas apoio para operacionalização das atividades exercidas em AF, como Conselho Regional de Farmácia (CRF), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Diretoria de Assistência farmacêutica (DIAF),	Video conferências	Constituir uma equipe para elaboração e implantação desses procedimentos na Farmácia Municipal. Aprovar no Conselho Municipal da Saúde		
Promover educação continuada dos	Operacionais	Promover educação continuada dos	Operacionais	Operacionais		

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
	Desabastecimento de medicamentos	Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados a atenção básica à saúde da população, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna	Ter sistema informatizado para gerar demandas conforme movimentação /controle de estoque. (Acesso ao FormSUS para implantação do sistema informatizado HÓRUS)	Farmacêuticos, Equipes de saúde da família, NASF		
	Uso indiscriminado de medicamentos pelos usuários	Adquirir além dos medicamentos destinados a atenção básica, outros medicamentos essenciais que possam estar previstos e definidos nos Planos Municipais de Saúde (PMS)	Realizar rigoroso controle de estoque	Realizar rigoroso controle de estoque		

	<p>Adequação da estrutura física da farmácia</p>	<p>Reelaborar o plano – FormSUS – realizar cadastro do estabelecimento gerador de resíduos de serviços de saúde de SC</p>	<p>Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), na forma de matriciamento ou orientação farmacêutica.</p> <p>Elaborar cronograma de ações sobre o uso racional de medicamentos em parceria com a atenção básica</p>	<p>Farmacêutico</p>		
<p>Inexistência de uma comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)</p>		<p>Investir na infraestrutura da central farmacêutica (receber, armazenar e dispensar adequadamente), visando fluxo adequado de processos de</p> <p>Estruturar e organizar setores</p>	<p>Verificar recursos disponíveis para realização</p> <p>Criar e implantar a CFT no município – formada por equipe multidisciplinar (revisão anual da Relação Municipal de Medicamentos</p>	<p>Gestor municipal, farmacêuticos, outros profissionais da área da saúde</p>		

		individuais de atenção básica, CEAF e judicial	(REMUME), promover o uso racional de medicamentos), etc....			
		Ampliação e reformas necessárias				
		Criar e se fazer ativa e efetiva a CFT				

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
	Falta de atualização da REMUME	Criação da CFT - realizar a revisão anual da REMUME Disponibilizar lista atualizada de medicamentos disponíveis, incentivando prescritores a receitarem medicamentos constantes na lista	Disponibilizar ferramenta informatizada para gestão da AF, auxiliando no planejamento, monitoramento e avaliação Preencher termo de adesão no FormsUS para formalizar a implantação			

	Gastos elevados com processos judiciais		<p>Realizar revisão anual da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) com base na Relação Nacional de medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde (RENAME), mantendo sempre a relação de medicamentos municipais ao acesso de profissionais prescritores e da população.</p> <p>Aprovação no Conselho Municipal da Saúde</p> <p>Formar uma equipe constituída por profissionais (farmacêutico, médico, enfermeiro, etc)</p> <p>Objetivo: analisar e sugerir alternativas de tratamento para determinada patologia dentro do rol de medicamentos padronizados pelas políticas públicas existentes, quando</p>			
--	---	--	---	--	--	--

			retornando o paciente à rede pública			
--	--	--	--------------------------------------	--	--	--

IMPORTANTE:

- Podem ser elencados vários outros indicadores a critério do gestor municipal e gerência da farmácia:
- Porcentagem de medicamentos em falta em relação ao número total de medicamentos da REMUME - mensal
- Porcentagem de pacientes insulino – dependente em relação ao número de pacientes atendidos mensalmente no município -mensal
- Porcentagem de pacientes hipertensos e insulino – dependentes em relação ao número total de pacientes atendidos no município – mensal
- Gastos com medicamentos judicializados com responsabilidade municipal – semestral

6 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA (ficara atento as datas previstas para SIOPS, SARGSUS, LOA, Plano Plurianual, Programação Anual de Saúde que deve ser compatível com o plano de saúde), entre outros, conforme calendário do COSEMS.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
<p>Controle e Avaliação Municipal não atuante/implantado</p>	<p>Gestão ineficiente -RH insuficiente - Não acompanhamento de despesas, produção e cadastros</p> <p>Cadastros (CNES)e - PPI Ambulatorial desatualizados</p> <p>Não acompanhamento (Produção SIA)</p> <p>Processamento de APACs e AIHs -</p>	<p>Reativar/implantar equipes de controle e avaliação na Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Manter sempre o CNES e a PPI atualizados.</p> <p>Autorizar, analisar, vistoriar e acompanhar produção conforme teto prestador e auditar requisições autorizadas Prestadores contratualizados em</p>	<p>Criar equipe de controle avaliação multiprofissional efetivo, com Médico, autorizador/audito, enfermeiro auditores administrativo, técnicos de informática</p> <p>Verificando inclusão ou exclusão de profissionais, bem como acompanhar PPI conforme necessidade do município.</p> <p>Acompanhar o BPA (boleim de produção ambulatorial) documento que consolda todas as informações referentes a produção de serviços realizados pelas</p>	<p>Gestor municipal de saúde.</p> <p>Gestor e controle e avaliação</p>	<p>- Sessenta dias</p> <p>Diário mensal</p> <p>Mensal</p>	<p>Buscar apoio da Equipe de Controle, avaliação e auditoria da 26ª Regional de Saúde.</p> <p>Manter os pagamentos em dia dos prestadores</p> <p>Após conferência/auditoria-10 dias úteis para realizar o pagamentos</p>

	<p>cirurgias eletivas; SIH, clínicas, todo prestador contratualizados. (MPG)</p> <p>- Ficha de programação orçamentária desatualizada (FPO);</p> <p>Falta de autorização de exames laboratoriais</p>	<p>geral</p> <p>Autorizar laudos e processar APACS e AIHS</p> <p>Manter atualizada FPO.</p> <p>Autorizar requisição, acompanhar a produção, auditar e realizar pagamento.</p>	<p>US, Acessar tabela de procedimentos (SIGTAP)</p> <p>Analisar, acompanhar e arquivar as 2 vias dos laudos e APACS.</p> <p>Esta ficha é a que defini o teto físico e orçamentário do prestador por grupos de procedimentos</p>	<p>Controle e avaliação</p> <p>Prefeito Municipal</p>	<p>Imediato</p>	
--	--	---	---	---	-----------------	--

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Falta de ouvidoria na SMS	<p>- Falta de autonomia e portaria do gestor municipal de saúde;</p> <p>- Não acompanhamento na aplicação dos recursos de despesas em saúde pelo Gestor Municipal de saúde;</p> <p>Conselho municipal de saúde constituído de forma irregular</p> <p>Demanda reprimida de denúncias e reclamações</p>	<p>- O gestor de saúde deveser designado e nomeado por portaria, devendo ter autonomia de gestão.</p> <p>Constituir CMS, conforme normas.</p> <p>Implantar ouvidoria na Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>- O que for previsto no plano municipal deve constar na programação anual.</p>	<p>O Gestor de saúde é quem deve ser o ordenador e gerenciador das despesas em saúde, inclusive devendo assinar pelo menos os empenhos/cheques, conforme normas vigentes. (Lei do FMS, Prestar contas ao conselho municipal de saúde (CMS), para apreciação/aprovação.</p> <p>Constituir o CMS conforme normas, manter paritário e atuante.</p> <p>Para atender as denúncias e reclamações de usuários do SUS</p>	<p>Gestor municipal de saúde Contabilidade</p> <p>Gestor municipal de saúde</p> <p>Gestor municipal de saúde</p>	<p>Bimestral/trim estral</p> <p>Imediato</p> <p>Annual</p>	<p>Programação anual</p>

	de saúde.					
--	-----------	--	--	--	--	--

7 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

7.1 IMUNIZAÇÃO

INDICADOR: Cobertura Vacinal em MENORES DE 1 ANO DE IDADE.

Fórmula: N° de crianças vacinadas x 100

N^o de população alvo

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Baixa cobertura vacinal em cças < de 1 ano e 1 ano e não homogênea nos municípios da 26 ^a Gersa	Oportunidade perdida	Aplicar Simultaneamente todas as vacinas na data aprazada.	Técnico em sala de vacina com capacitação. Não há contra indicação. Todos os membros da equipe devem estar atentos e orientar as oportunidades para	Responsável técnico pela imunização. Técnico de Informática de	Diário Diário	Cada Município deve ter no mínimo 02 técnicos capacitados em sala de vacina

<p>Erro de Registro</p>	<p>População Superestimada?</p>	<p>Registrar no SIPNI desktop.</p>	<p>realização da vacina.</p>	<p>Imunização do município</p>	<p>Mensal</p>	<p>Supervisão Semestral, repassar todas as informações recebida da GEVIM</p>
<p>Técnico de sala de vacina não tem conhecimento da taxa de abandono</p>	<p>Falta busca ativa dos fatosos</p>	<p>Comparar o boletim de doses aplicadas com o boletim de doses digitadas.</p>	<p>Conscientizar os técnicos das sala de vacinas sobre a obrigatoriedade da digitação no SIPMI.</p>	<p>Técnico de sala de vacina e técnicos do ESF e Atenção Básica com conhecimento de sua população, para justificar baixa cobertura ou cobertura > de 120%.</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Prestar orientações via telefone.</p>
<p>Falta capacitação para transferência dos dados para o SIPNI Data SUS</p>	<p>Efetuar a taxa de abandono efetuada no cálculo de vacinados que iniciaram a 1ª dose e os que não terminaram o esquema vacinal</p>	<p>População do SIPNI > que a População SINASC.</p>	<p>Efetuar parceria com a equipe de saúde, Atenção Básica e ESF (e-SUSAB)</p>	<p>Secretária municipal de saúde e equipes de saúde do município</p>	<p>Mensal</p>	<p>Capacitação em sala de vacina - GEVIM</p>
<p>Fazer parceria com outros programas de saúde, radio comunitária e conselho municipal de saúde.</p>	<p>-D1-D3x100 D1</p>	<p>Incentivar</p>	<p>Técnicos de sala de</p>	<p>Téc. de sala de vacina e agentes comunitários de saúde.</p>	<p>Mensal</p>	<p>Simpósio Estadual de vacinação - GEVIM</p>
<p>Toda a equipe de</p>	<p>Incentivar</p>	<p>Téc. de sala de vacina e agentes comunitários de saúde.</p>	<p>Toda a equipe de</p>	<p>Toda a equipe de</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Parceria com outros programas de saúde</p>
<p>Toda a equipe de</p>	<p>Incentivar</p>	<p>Téc. de sala de vacina e agentes comunitários de saúde.</p>	<p>Toda a equipe de</p>	<p>Toda a equipe de</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Aproveitar a ida da equipe quando se desloca para atendimento na localidade, do Médico.</p>

		Gersa, Gevim e PNI Capacitar mais técnicos da sala de vacina em informática.	Vacina e atenção básica	saúde, deve ter conhecimento e divulgar no seu trabalho.		
--	--	---	-------------------------	--	--	--

IMPORTANTE:

Toda terça-feira a vig. Epidemiológica deve enviar para a Gersa a planilha de Notificação N- Negativo P- Positivo S- Silencioso (PFA, Tétano

Acidental, Meningite bacteriana e Doença Exantemática, todo caso suspeito notificação imediata).

Objetivo: O Brasil tem o certificado de erradicação da paralisia Infantil (Mas ainda temos países que circula o vírus selvagem e devemos ter boa

cobertura vacinal contra a Pólio para evitar que o vírus seja reintroduzido).

-O Brasil conseguiu controlar o sarampo, a rubéola e a síndrome da rubéola congênita (Mas o vírus circula livremente na Europa e América) Devemos estar vigilantes.

- Todas as SMS devem ter sala de vig. Epidemiológica estruturada e o técnico.

- Vacina contra a febre amarela em crianças de 09 meses a < de 60 anos deve ter 01 dose. somos área de transição.

7.2 IST/AIDS/HV

INDICADOR: NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE

Fórmula: Número de casos novos de SC em menores de 1 ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
<p>Aumento do número de casos de sífilis congênita no município.</p> <p>1 caso em investigação 2017</p>	<p>- Pré-natal tardio?</p> <p>- Não realização de TRS no município de origem</p> <p>- Paciente vinda de outro município com pré-natal e tratamento incompleto</p> <p>- População “itinerante”</p> <p>- Falta de medicamento na UBS</p>	<p>- Realizar testagem rápida no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação e no momento do parto.</p> <p>- Melhorar o processo de busca ativa e registro e troca de informações com regiões vizinhas.</p> <p>- Realizar busca ativa de gestantes e/ou parceiros que não comparecem para a administração do medicamento/tratamento, bem como de seus parceiros (com caráter de urgência).</p> <p>- Acionar conselho tutelar e Ministério público em casos nos quais a equipe apresenta dificuldade de manejo local.</p> <p>- Discutir em reunião de equipe a organização do</p>	<p>- Manter os profissionais responsáveis em realizar a testagem em horários maleáveis</p> <p>- Testar as gestantes para hepatite B e C (coinfecção) no 1º, 2º e 3º trimestre.</p> <p>- Garantir a qualidade do manejo dos TRS para manter a confiabilidade dos mesmos.</p> <p>- Realizar monitoramento mensal de todos os casos de gestantes com sífilis, bem como sífilis congênita.</p> <p>- Responsabilizar a equipe diante da busca ativa destes pacientes dentro do aprazamento correto da medicação para finalização do tratamento.</p> <p>- Ensinar/Conscientizar a equipe quanto à necessidade da correta anotação de todos os</p>	<p>Direto: Coordenador das ISTs/AIDS/HV.</p> <p>Coordenador da VE e AB, técnicos dos sistemas (sisloglab, sinan e sicon)e Secretário(a) Municipal da Saúde / Prefeito (a)</p>	<p>Diariamente.</p> <p>Diariamente</p> <p>Mensal</p> <p>Diariamente.</p> <p>Semanal.</p>	<p>Fazer reunião de equipe para discutir as ações necessárias.</p> <p>Organizar capacitação previa da equipe antes que comece no território, quanto ao seguimento e acompanhamento do caso enquanto gestacional e após o nascimento.</p> <p>Pactuar reuniões de equipe quinzenal para organização do processo de trabalho desta</p>

	<p>- Inexistência de Comitê de Investigação de TV.</p>	<p>processo de trabalho.</p> <p>- Realizar informações dos segmentos por meio da coordenação do cuidado.</p> <p>- Referenciar para a maternidade o histórico dos resultados laboratoriais e tratamento da gestante e seu parceiro para sua internação.</p>	<p>procedimentos e resultados laboratoriais no prontuário e na caderneta da gestante (ou outro documento que sirva como referência).</p> <p>- Alimentar e monitorar a alimentação do sistema SISLOGLAB, SINAN e Siclón, referente aos agravos do programa.</p> <p>- Educação permanente.</p>	<p>Diariamente.</p> <p>Mensal</p> <p>Diariamente</p>	<p>equipe.</p> <p>LEGISLAÇÃO SOBRE FINANCIAMENTO:</p> <p>- Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013;</p> <p>- Portaria nº 3.276 de 26 de dezembro de 2013;</p> <p>- Deliberação CIB 032/2014;</p> <p>- Portaria nº 183 de 30 de janeiro de 2014;</p> <p>- Portaria nº 1.708 de 16 de agosto de 2013;</p> <p>- Nota Técnica nº 08/2016/DIVE/SUV/SES.</p>
--	--	--	--	--	---

IST/AIDS/HV
INDICADOR: NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS - Atualmente sem casos.
Fórmula: Número de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
<p>Aumento do número de casos de AIDS em menores de 5 anos na região.</p> <p>4 casos de transmissão vertical nos últimos 3 anos. 2 HIV 2 AIDS</p>	<p>- Pré-natal tardio? - Não realização de TRS?</p>	<p>- Realizar testagem rápida no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação, no momento do parto e a cada 3 meses durante todo o período de amamentação.</p>	<p>- Testar as gestantes para hepatite B e C (coinfecção) no 1º, 2º e 3º trimestre. - Incentivar, divulgar e orientar quanto a prevenção combinada, como o próprio nome sugere, o uso combinado de métodos preventivos, sem excluir ou sobrepor um método a outro, conforme as possibilidades e escolhas de cada indivíduo.</p>	<p>Direto: coordenador das ISTs/AIDS/HV. Coordenador da VE e AB, técnicos dos sistemas (sisloglab, siran e siclou) e Secretário(a) Municipal da Saúde/Prefeito(a)</p>	<p>Diariamente. Mensal. Semanal.</p>	<p>Fazer reunião de equipe para discutir as ações necessárias. Organizar capacitação previa da equipe antes que comece no território, quanto ao seguimento e acompanhamento do caso enquanto gestacional e após o nascimento. Pactuar reuniões de equipe semanal para organização do processo de trabalho desta equipe. LEGISLAÇÕES SOBRE FINANCIAMENTO:</p>
	<p>- População “itinerante”?</p>	<p>- Melhorar o processo de busca ativa e registro e troca de</p>	<p>Investigar/acompanhar as crianças expostas (VE/AB/SAE) até os</p>			

	<p>- Déficit de organização da equipe? - Falta de RH para fazer busca ativa?? - Inexistência de referência e contra referência entre AB/VE do município de residência e SAE?</p>	<p>informações com regiões vizinhas. - Discutir em reunião de equipe a organização do processo de trabalho. - Realizar informações dos segmentos por meio da coordenação do cuidado.</p>	<p>18 meses quando não infectada. - Realizar monitoramento mensal das gestantes HIV no município e junto ao SAE. - Educação permanente.</p>		<p>Diariamente. Diariamente.</p>	<p>- Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013; - Portaria nº 3.276 de 26 de dezembro de 2013; - Deliberação CIB 032/2014; - Portaria nº 183 de 30 de janeiro de 2014; - Portaria nº 1.708 de 16 de agosto de 2013; - Nota Técnica nº 08/2016/DIVE/SUV/SE S.</p>
<p>- Má adesão ao tratamento?</p>	<p>- Referenciar para a maternidade o histórico dos resultados laboratoriais e tratamento da gestante para sua internação.</p>	<p>- Preencher adequadamente os sistemas e fichas de investigação/notificação o de todos os procedimentos realizados referentes à testagem. - Alimentar e monitorar a alimentação do sistema SISLOGLAB, SINAN e Sictlon, referente aos agravos do programa. - Investir em equipe multiprofissional que</p>				
<p>- Acionar conselho</p>	<p>- Realizar busca ativa de gestantes que não tiveram boa adesão ao tratamento/seguimento.</p>					

		tutelar e Ministério público em casos nos quais a equipe apresenta dificuldade de manejo local.	realize busca e monitoramento de pacientes que tem dificuldade ou não aderem ao tratamento.			
--	--	---	---	--	--	--

IST/AIDS/HV
INDICADOR: NÚMERO DE ÓBITOS POR AIDS NO MUNICÍPIO - Atualmente sem casos.

Fórmula: Número de casos de morte precoce por AIDS em determinado ano de diagnóstico e local de residência.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Alta taxa de mortalidade por AIDS na região.	- Diagnóstico tardio? - População “itinerante”?	- Facilitar o diagnóstico precoce. - Identificar coinfeções.	- Oferecer TRs em livre demanda (HIV, sífilis, HBV e HCV). - Oferecer o TRs em ações extra muro para populações chave – jovens de 15 a 24 anos (universidades, cursos técnicos, etc). - Oferecer e realizar TRs em ações conjunta com AB (como outubro rosa e novembro azul, carnaval, dia mundial de luta contra o HIV, etc).	Direto: coordenador das ISTs/AIDS/HV. Coordenador da VE e AB, técnicos dos sistemas (sistologab, sinan e sicon)e Secretario(a) Municipal da Saude/Prefeito(a)	Diariamente. Trimestral.	Fazer reunião de equipe para discutir as ações necessárias. Organizar capacitação previa da equipe para ações extra muro. Pactuar

<p>- Falha em campanhas preventivas?</p>	<p>- Realizar ações extra muro com TRs, principalmente voltada para populações chave – jovens de 15 a 24 anos (universidades, cursos técnicos, etc).</p>	<p>- Alimentar e monitorar a alimentação do sistema SISLOGLAB, SINAN e Siclón, referente aos agravos do programa.</p>		<p>Semestral.</p>	<p>- Deliberação CIB 032/2014; - Portaria nº 183 de 30 de janeiro de 2014;</p>
<p>- Falta de RH para fazer busca ativa? - Má ou não adesão ao tratamento?</p>	<p>- Realizar informações dos segmentos por meio da coordenação do cuidado.</p>	<p>- Preencher adequadamente os sistemas e fichas de investigação/notificação de todos os procedimentos realizados referentes à testagem.</p>		<p>Diariamente.</p>	<p>LEGISLAÇÕES SOBRE FINANCIAMENTO: - Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013;</p>
<p>- Inexistência de referência e entre AB/VE do município de residência e SAE?</p>	<p>- Discutir em reunião de equipe a organização do processo de trabalho.</p>	<p>- Realizar monitoramento trimestral dos pacientes HIV/AIDS no município e junto ao SAE. - Educação permanente. - Investir em equipe multiprofissional que realize busca e monitoramento de pacientes que tem dificuldade ou não aderem ao tratamento.</p>		<p>Semanal.</p>	<p>reuniões de equipe semanal para organização do processo de trabalho desta equipe.</p>
<p>- Déficit de organização da equipe? - Falta de RH para fazer busca ativa?</p>	<p>regiões vizinhas.</p>	<p>Incentivar, divulgar e orientar quanto a prevenção combinada, como o próprio nome sugere, o uso combinado de métodos preventivos, sem excluir ou sobrepor um método a outro, conforme as possibilidades e escolhas de cada indivíduo.</p>		<p>Mensal.</p>	<p>- Portaria nº 1.708 de 16 de agosto de 2013;</p>
<p>Necessidade de ampliar a cobertura regional por UDMs.</p>	<p>Realizar a abertura de uma nova UDM (em São Joaquim).</p>				

- Ausência de Comitê de Investigação de Óbitos por AIDS.	- Realizar a implantação do Comitê de Investigação de Óbitos por AIDS (Lages).	- Incentivar e apoiar a abertura de uma nova UDM regional (São Joaquim). - Facilitar o acesso aos medicamentos com consequente melhora de adesão ao tratamento. - Participar do Comitê de Investigação de Óbitos por AIDS (municípios da região).				- Nota Técnica n° 08/2016/DIV E/SUV/SES.
--	--	---	--	--	--	--

7.3 Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal

INDICADOR: Número de óbitos maternos, infantil e fetal em determinado período e local de residência.

Fórmula: Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Aumento do número de casos de óbitos maternos, infantis e fetais	Pré-natal tardio Fragilidade no pré-natal	- Captação precoce das gestantes e mulheres em idade fértil	- Definir o papel de cada profissional responsável à identificar e reconhecer provável gestante	Coordenador da VE e AB e digitador responsável pelo sistema – SIM (Secretário(a) Municipal da	Diário	Fazer reunião de equipe para apresentar a “proposta”

	População itinerante	<p>- Qualificação da assistência e discussão dos casos clínicos em reunião de equipes</p> <p>Melhorar processo de busca ativa e registro e troca de informações com as regiões vizinhas</p> <p>Discutir em reunião de equipe o processo de trabalho</p> <p>Realizar informações dos segmentos por meio da coordenação</p> <p>Realizar / Investigar em oportuno</p> <p>Continuar participando do comitê municipal e regional quando</p>	<p>- Responsabilizar a equipe diante dos casos apresentados</p> <p>- Criar instrumentos de controle</p> <p>- Manter uma equipe móvel para atender a população descoberta pela ESF</p> <p>- Conscientizar a equipe quanto à necessidade de utilizar o protocolo Regional de Atenção ao pré-natal da Serra Catarinense</p> <p>Conscientizar a equipe quanto à necessidade de todos participarem das reuniões para discussão do processo de trabalho</p> <p>- Correta anotação de todos os procedimentos e resultados laboratoriais no prontuário e na caderneta da gestante e</p>	Saúde/Prefeito(a)		
	<p>Algunas falhas na referência e contra referência entre VE, AB e rede hospitalar</p> <p>Manter o comitê no município.</p>					

		solicitado.	E-SUS e SISPRENATAL (ou outro documento que sirva como referência). - Realizar todas as investigações dentro do prazo de 120 dias para o encerramento do caso - Organizar e efetivar os comitês municipais para analisar e preencher adequadamente as investigações.			
--	--	-------------	--	--	--	--

Sistema de Informação de Mortalidade

INDICADOR: Para município e região com menos de 100 habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Fórmula: número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 -I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local.

IDENTIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO O /	DETALHAMENTO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO	OBSERVAÇÕES
---------------	-----------------------	------------------	--------------	-------------	-------------------	-------------

DO PROBLEMA	ENCONTRADA	INTERVENÇÃO PROPOSTA	DA EXECUÇÃO		/ DATA LIMITE	
<p>Reduzir a mortalidade prematura (< 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).</p>	<p>Falta de grupos de prevenção e promoção da saúde</p>	<p>- Criar grupos de pacientes nesta faixa etária e alimentar os sistemas</p>	<p>- Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.</p> <p>- Captar precocemente os portadores de DCNT e acompanhamento sistemático</p> <p>- Promoção à saúde através de prevenção como a vacinação da pessoa idosa e outras faixas</p> <p>- Ativar as Academias da Saúde tendo como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a</p>	<p>Coordenador da VE e AB (médico) e digitador responsável pelo sistema – SIM</p>	<p>Diário</p>	
	<p>Falta da implementação política para acompanhar esses pacientes (GEVRA/DCNTs)</p>	<p>- Ampliar o acesso e qualificar a assistência aos portadores de DCNT e otimizar os registros sistematizados por patologia</p>				
	<p>Fragilidade na captação de dados deste grupo na DO</p>	<p>- Melhorar a qualidade dos dados</p>				

	na DO (causa básica)	orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis)				
		- Criar instrumentos de controle e anotação de dados de portadores de DCNTs (Coordenação do Cuidado)				

Sistema de Informação de Mortalidade

INDICADOR: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

Fórmula: Total de óbitos não fetais com causa básica definida / Total de óbitos não fetais X 100
(Parâmetro Nacional para Referência: $\geq 90\%$)

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Registro de óbito	Dificuldade para emissão de declaração de óbitos fora dos	Discutir a possibilidade de implementar uma escala de sobreaviso	Escala de sobreaviso após o horário do expediente da UBS e por 24h nos finais de	Coordenador da VE e AB (médico) e digitador, responsável pelo	Diário	

	horários de expediente da UBS.	entre os médicos para que os óbitos sejam confirmados e atestados	semana e feriados.	sistema – SIM		
		Discutir a possibilidade de acordos com os hospitais dos municípios vizinhos para que os mesmos acolham estes pacientes e emitam as DOs	Realizar contato com a direção dos hospitais para alinharem convênio para confirmação e atestado do óbito			
		Manter o setor de VE e manter uma Equipe responsável pelos sistemas de informações	- Digitar corretamente todos os dados da DO no SIM e da investigação de Causa Mal Definida			
		Organizar RH para manter técnicos já capacitados atuando no sistema - SIM	Criar fluxo de rotina diário de investigação de DO's sem causa básica			
			- Manter uma equipe estruturada da VE			
			Conscientizar a equipe quanto à necessidade de manter atualizado o sistema - SIM			

7.4 Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

INDICADOR: Proporção de casos novos de Doenças Diarreicas Agudas e DTHA-Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar (surto).
Fórmula: proporção populacional com acometimento das DDA\ registro adequado (absoluto)

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Aumentar a notificação de casos novos de DDA\DTHA\Surto	Déficit de registro e alimentação do sistema	<ul style="list-style-type: none"> - Manter e melhorar processo de registro dos casos de DDA - Capacitar técnicos para identificar e notificar os casos - Manter o sistema SIVEP-DDA alimentado semanalmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilizar todos sobre a importância de notificar e reconhecer casos de surto. Manter técnicos capacitados e responsáveis na alimentação do sistema SIVEP-DDA dos casos de Rotavirus, diarreia e surtos 	<p>Técnicos da VE\VS e AB, agentes de saúde e médicos</p> <p>Técnico da VE\VS</p>	<p>Diária</p> <p>Diário</p> <p>Semanal</p>	

Sistemas de Informação – Notificação Compulsória Imediata

INDICADOR: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

Fórmula: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação/Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação X100

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data da notificação.	Falta de notificação em tempo oportuno Impossível não existir casos de notificação Ausência de notificação e investigação dos casos	- Notificar todas as doenças de notificação compulsória Evitar a sub-notificação dos casos - Notificar e Investigar em tempo oportuno	- Responsabilizar o técnico da VE a notificar todos os casos de notificação compulsória - Responsabilizar a os técnicos e auxiliars na observação da busca dos casos Registrar no sistema SINAN e alimentar o sistema online Dengue e Influenza e informar em caso de surto DTHa	Coordenador da VE e AB e digitador responsável pelo sistema – SINAN Médicos Laboratórios (Secretario(a) Municipal da Saúde/Prefeito(a)	Diário	Monitorar POAVS.

--	--	--	--	--	--	--

8 TRACOMA

TRACOMA

INDICADOR: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

Fórmula: N° de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes – PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação – e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação/Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local X 100

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Aumento na proporção de cura nas coortes de casos novos de tracoma	Precariedade nas ações preventivas	Implementar ações preventivas de forma semestral Instruir profissional da educação (professores e auxiliares) a identificar os casos	Palestras educativas, orientações aos alunos e pais sobre as doenças Capacitar as redes de ensino	Coordenador da VE e AB e digitador responsável pelo sistema – SINAN	Semestral	São ações previstas no SISPACTO e PSE.

		de tracoma.				
--	--	-------------	--	--	--	--

HANSENÍASE

INDICADOR: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase – **Ausência de novos casos**

Fórmula: N° de contatos intradomiciliares examinados de hanseníase por local de residência atual entre os casos novos diagnosticados nos anos de coortes – Paucibacilar (PB) diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e multibacilar (MB) diagnosticados dois anos antes do ano de avaliação/n° de contatos intradomiciliares de hanseníase por local de residência atual, entre os casos novos em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes – paucibacilar (PB) diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e multibacilar (MB) diagnosticados dois anos antes de avaliação X 100

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Garantir exames de contato intradomiciliares nos casos novos de hanseníase	Resistência do doente em não contar para família	- Conversar com o paciente, sobre a importância de contar sobre a doença e que a mesma é curável	- Responsabilizar o técnico e médico quando da entrega das doses supervisionadas e/ou no momento da consulta para conversar com o paciente sobre a importância de trazer seus contatos domiciliares para exames	Coordenador da VE e AB e digitador responsável pelo sistema – SINAN Médicos Laboratórios (Secretario(a) Municipal da Saúde/Prefeito(a))	Mensal	

--	--	--	--	--	--	--

TUBERCULOSE

INDICADOR: Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera - Ausência de novos casos

Fórmula: Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferacurados/ total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticado X 100

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Aumentar a proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Alta migração dos pacientes	- Melhorar processo de busca ativa e registro e troca de informações com as regiões vizinhas	- Criar instrumentos de controle	Coordenador da VE e AB e digitador responsável pelo sistema – SINAN Médicos Laboratórios (Secretario(a) Municipal da Saúde/Prefeito(a))	Diária	

TUBERCULOSE

INDICADOR: Proporção de exames anti- HIV realizados entre os casos novos de tuberculose - Ausência de novos casos

Fórmula: Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado/total de casos novos de tuberculose diagnosticados no ano X 100

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Importância para realização dos testes rápidos	Fortalecer índice para os casos testados	- Realizar o teste rápido frente ao caso notificado de tuberculose	Coordenador da VE e AB e digitador responsável pelo sistema – SINAN Médicos Laboratórios (Secretario(a) Municipal da Saúde/Prefeito(a))	Diária	

TRACOMA

INDICADOR: Proporção de escolares examinados para o Tracoma nos municípios prioritários (Portarias MS/GM nº 3.208 de 29/12/11, MS/GM 3.206 de 29/12/11 e MS/GM nº 3.269 de 30/12/11). Municípios Prioritários: Anita Garibaldi, Cerro Negro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Ponte Alta, São José do Cerrito, Palmeira, Bocaina do Sul e Rio Rufino.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º anos do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região	Realizado anualmente	Reflete a cobertura das ações da VE e controle do tracoma nos municípios prioritários	Profissionais da saúde capacitados agendam anualmente 1 dia de ação para detecção de novos casos	Coordenador da VE, Secretários M. de Saúde, AB, professores, e digitador	Anual	São ações previstas PSE.

9 TABAGISMO E DOENÇAS DE AGRAVOS NÃO NOTIFICADOS – DANTS

TABAGISMO

INDICADOR: NÚMERO DE PACIENTES INSERIDOS NO PROGRAMA DO TABAGISMO COM CESSAÇÃO COMPLETA.

Fórmula: Número de casos novos regionais em população identificada em estratificação de risco de SC, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
<p>Permanência de casos de CA pulmonar em Tabagistas na região em índices superiores ao estadual e federal.</p>	<p>Encaminhamento de usuários apenas quando este procura o serviço?</p>	<p>- Realizar abordagem por parte de toda a equipe de saúde nas UBS, sobre o desejo em parar de fumar.</p>	<p>- Definir profissionais responsáveis em realizar as atividades nos grupos formados nas UBS, com devido registro para repasse à Coordenação Municipal.</p>	<p>Coordenador da VE, AB e Secretário (a) Municipal da Saúde/Prefeito (a).</p>	<p>DIÁRIO</p>	<p>Fazer reunião de equipe para apresentar a “proposta”.</p> <p>Organizar capacitação previa da equipe antes do primeiro trimestre de atuação, para obter-se o maior índice de adesão ao Programa com a cessação do Tabagismo.</p>
<p>Número de casos em 2016 da 26ª GERSA em relação aos índices a nível estadual e federal.</p>	<p>Os profissionais multisetoriais estimulam à participação nos Grupos de Tratamento do Tabagismo?</p> <p>Capacidade de RH que encaminhe</p>	<p>- Realizar a capacitação prevista para início de ações ativas em formação de Grupos de Do Programa de Tratamento do Tabagismo.</p>	<p>- Organizar o fluxo conforme repasse de instruções da Regional que recebe da Coordenação Estadual.</p>			

<p>Número de casos em 2017 da 26ª GERSA em relação aos índices anível estadual e federal.</p>	<p>cuidados para estes usuários da UBS? Busca ativa em situações de risco? - Déficit de organização ou capacitação da equipe?</p>	<p>- Monitorar as informações que irão alimentar o sistema para obtenção de insumos ao tratamento do Tabagismo. - Manter registro adequado do seguimento do fluxo do Programa de Tratamento do Tabagismo.</p>	<p>- Enviar dados da Coordenação Municipal para a Vigilância Epidemiológica em tempo hábil para previsão de sequência dos usuários em acompanhamento, em planilha própria.</p>			<p>Pactuar reuniões de equipe trimestrais para organização do processo de trabalho desta equipe.</p>
---	---	--	--	--	--	--

DOENÇAS DE AGRAVOS NÃO NOTIFICADOS – DANTS

INDICADOR: NÚMERO DE CASOS DE CÂNCERES IDENTIFICADOS PELO REGISTRO NO SISCAN.

Fórmula: Número de casos identificados à partir dos exames executados e com registros adequados no SISCAN, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
<p>Falta de retroalimentação do sistema com diagnósticos positivos para CA.</p> <p>Permanência de aumento dos casos de CA de mama, colo de útero em mulheres</p> <p>Permanência de aumento dos casos de CA de próstata, colo-retal em homens.</p>	<p>Solicitação de exames adequadamente, com retorno ao sistema para instituir registro adequado situacional dos casos de CA municipal.</p>	<p>Manter profissionais cadastrados para solicitação e retroalimentação do sistema quando de investigações diagnóstica, e positivamente deste.</p> <p>Encaminhar população identificada com risco para a patologia, por sexo, idade, exposição à fatores de extratificação de risco.</p>	<p>Solicitar à GERSA a realização dos cadastramentos profissionais habilitados à solicitar exames e manter contato em caso de dúvidas acerca dos registros.</p> <p>Alimentar com os dados adequados o SISCAN.</p>	<p>Coordenador da VE e AB, Digitadores qualificados para solicitações e registro no SISCAN, Secretário(a) Municipal da Saúde/Prefeito(a).</p>	<p>DIÁRIO</p>	

10 ZOONOSES - DENGUE

INDICADOR: NÚMERO DE AÇÕES (DIRETRIZES) DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO PRECONIZADA PELO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE (PCD)
Fórmula: Número de ações desenvolvidas/Número de ações preconizadas

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Descontinuidade das ações do Programa de Controle da Dengue	<p>Ação 1: Descontinuidade das atividades de vigilância em armadilhas e pontos estratégicos</p> <p>Ação 2: Não alimentação semanal do sistema Vigilantes</p> <p>Ação 3: Município não possui profissional</p>	<p>Vistoriar armadilhas de 7 em 7 dias e pontos estratégicos de 14 em 14 dias</p> <p>Disponibilidade de computador e Qualidade de internet</p>	<p>Disponibilidade de veículos</p> <p>Manter ACEs em quantidade suficiente para o trabalho</p>	<p>Gestor, responsável pelo PCD</p> <p>Gestor, responsável pelo PCD</p>	Contínuo	<p>Para o PCD ser efetivo é necessário que as atividades sejam contínuas, principalmente de novembro a maio.</p> <p>A não alimentação do Sistema pode acarretar em cancelamento de recurso do PVVS para ações de combate a dengue</p> <p>Decreto N°8474 de 22 Junho de 2015 –</p>

exclusivo ou em quantidade suficiente para as atividades do PCD.	exclusivo para atuar no controle de endemias (ACE)	Gestor	Assistência financeira complementar (AFC) para o cumprimento do piso do agente. Portaria N°535 de março de 2016 Revisa o quantitativo máximo de ACE de contratação com auxílio da AFC
Ação 4: Pouca integração entre o PCD e a AB (ACS)	Participação do ACE nas reuniões de equipe da AB	Coordenador da AB, responsável pelo PCD	A integração é importante visto que não é rotina do ACE realizar visitas domiciliares
Ação 5: Falta de materiais de campo e escritório para a execução do PCD	Aquisição dos materiais utilizando recurso específico para as ações de dengue	Gestor	Prever no plano anual a utilização de recurso do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS)
Ação 6: Ausência de ações educativas	Realizar campanhas educativas no dia D de combate a dengue, Programa Saúde na Escola	Gestor, coordenação de AB e responsável PCD	Prever a utilização do recurso do PVVS para a elaboração, impressão de materiais informativos
Ação 7: Falta de integração do PCD com a Vigilância Sanitária	Comunicação dos locais inadequados pelo PCD para a vigilância sanitária e ações de vigilância sanitária	Preenchimento pelo agente do PCD locais inadequados em formulário específico (FORMSUS) e atuação da VISA	Gestor, responsável PCD, coordenador VISA

	Ação 8: PCD sem profissional para coordenar o Programa	Designar técnico para coordenar os ACES, de preferência vinculado a Vig. Epidemiológica	conforme Nota técnica DIVE/DIVS	Gestor		
--	--	---	---------------------------------	--------	--	--

ZOONOSES – GERAL

INDICADOR: Número de casos suspeitos de zoonoses

Fórmula: Número de casos suspeitos de zoonoses

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Subnotificações ou notificações tardias de casos suspeitos de zoonoses (dengue, chikungunya, zika, leishmaniose, febre amarela, doença de chagas, malária, cisticercose, brucelose, febre	Subnotificações de doenças e agravos de notificação compulsória	Reuniões para definição de fluxos entre unidade notificante e vigilância epidemiológica Identificação das áreas de risco para cada doença	Participação da equipe de reuniões com a GERSA Participação da equipe médica e de enfermagem nas webconferências pelo Telessaúde e demais capacitações	Gestor municipal, das UBS, hospitais, coordenador AB, coordenador VE		

<p>maculosa, leptospirose, hantavirose etc.)</p>	<p>Investigações ambientais <i>in loco</i> (identificação do local provável de infecção) não realizadas ou realizadas tardiamente</p>	<p>Realização de identificação e orientação no local provável de infecção (LPI) pela vigilância epidemiológica para que outras pessoas não se exponham ao mesmorisco - Disponibilização do técnico e veículo</p>	<p>Nos casos suspeitos de dengue, chikungunia, zika, febre amarela a vigilância epidemiológica deverá repassar o caso para o responsável pelo PCD para realização de investigação entomológica (PVEGes</p>	<p>Gestor municipal, das UBS, hospitais, coordenador VE</p>	<p>A investigação deverá ser realizada no momento da suspeição do caso, não devendo ser aguardado a confirmação laboratorial</p>
<p>=</p>	<p>Investigações epidemiológicas não realizadas ou incoerentes</p>	<p>- Realizar investigação o mais breve possível e preencher todos os dados da ficha de investigação (SINAN)</p>	<p>Verificar locais e datas de deslocamentos do paciente e comparar com o período de incubação, transmissão da doença</p>	<p>Responsável VE</p>	<p>A investigação deverá ser realizada no momento da suspeição do caso, não devendo ser aguardado a confirmação laboratorial</p>
<p>maculosa, leptospirose, hantavirose etc.)</p>	<p>Investigações epidemiológicas não realizadas ou incoerentes</p>	<p>Reuniões para definição de fluxos entre unidade notificante e vigilância epidemiológica</p>	<p>Verificar locais e datas de deslocamentos do paciente e comparar com o período de incubação, transmissão da doença</p>	<p>Responsável VE</p>	<p>A investigação deverá ser realizada no momento da suspeição do caso, não devendo ser aguardado a confirmação laboratorial</p>
<p>maculosa, leptospirose, hantavirose etc.)</p>	<p>Investigações epidemiológicas não realizadas ou incoerentes</p>	<p>Reuniões para definição de fluxos entre unidade notificante e vigilância epidemiológica</p>	<p>Verificar locais e datas de deslocamentos do paciente e comparar com o período de incubação, transmissão da doença</p>	<p>Responsável VE</p>	<p>A investigação deverá ser realizada no momento da suspeição do caso, não devendo ser aguardado a confirmação laboratorial</p>

Casos não encerrados no SINAN dentro de 60 dias	Monitorar o resultado dos exames Atenção nos prazos estabelecidos					
---	--	--	--	--	--	--

ZOONOSES – ESCORPIÃO

INDICADOR: Número de acidentes por escorpiões

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
A serra catarinense possui o maior número de notificações de acidentes por escorpiões do estado	Municípios infestados por escorpiões	Realização de busca ativa de escorpiões (captura) para diminuição incidência de acidentes	Disponibilização de equipe (ACE) Disponibilidade de materiais e EPI (equipamento de proteção individual)	Gestor		Contratação de ACE (Portarias) Prever compra de materiais PFVS

Falta de orientação a população	Realização de orientação a população exposta quando ocorrer os acidentes	Visita em loco do responsável pela VE, CCZ, ACE.	Vigilância epidemiológica		
---------------------------------	--	--	---------------------------	--	--

ZOONOSES – EPIZOOTIAS

INDICADOR: Número de casos de epizootias

Fórmula: Coleta oportuna/número de epizootias

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Falta de informações relacionadas a morte de primatas não humanos (PNH) (Epizootias) nos municípios da Serra Catarinense, principalmente nos municípios divisa com RS (circulação do vírus da febre	Poucas notificações de morte de PNH Informações tardias	Informar a população a importância de informar a SMS quando ocorre morte de primatas	Incentivar o ACS o reforçar a necessidade de informação nas visitas domiciliares Utilizar os meios de comunicação	Atenção Básica Vigilância Epidemiológica		

<p>amarela silvestre) e São José do Cerrito</p>	<p>Falta do profissional médico veterinário nas SMS</p>	<p>Realizar parceria com médico veterinário da prefeitura ou outro órgão Solicitar médico veterinário do município vizinho caso não houver</p>	<p>Disponibilizar todo o apoio ao veterinário (transporte, materiais)</p>	<p>Gestor, vigilância epidemiológica</p>	<p>Lista de materiais disponível no Guia de Vigilância de Febre Amarela de SC (site DIVE) Utilização do recurso do PFVS</p>
<p>Investigação da VE</p>	<p>Disponibilizar materiais para apoiar o médico veterinário na necrópsia</p>	<p>As ações deverão ser iniciadas imediatamente da morte do PNH A necropsia deverá ser realizada em até 24 horas da morte do primata</p>	<p>Gestor, vigilância epidemiológica</p>	<p>Utilização do recurso do PFVS</p>	
<p>Realização de coleta de vísceras de PNH em tempo oportuno</p>	<p>Realizar parceria com médico veterinário da prefeitura ou outro órgão Solicitar médico veterinário do município vizinho caso não houver</p>	<p>Disponibilizar todo o apoio ao veterinário (transporte, materiais)</p>	<p>Gestor, vigilância epidemiológica</p>	<p>Utilização do recurso do PFVS</p>	

ZOONOSES – COLETA DE CÉREBROS CANINOS

INDICADOR: Número de cérebros caninos enviados para o laboratório de referência para o diagnóstico de raiva
Fórmula: Número de cérebros caninos enviados para o laboratório de referência para o diagnóstico de raiva

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Não envio de cérebros caninos ao laboratório de referência para o diagnóstico de raiva	Municípios não estão enviando mensalmente os cérebros caninos	Realizar as coletas conforme pactuação estadual Disponibilizar sala para realização de necropsia.	Se não houver médico veterinário na SMS, estabelecer parceria com médico veterinário de outros órgãos (Sec. De agricultura, Cidasc, Epagri et.) Se não houver sala de necropsia, estabelecer parceria com outras instituições ou clínicas veterinárias	Gestor	Mensal	A DIVE capacita médicos veterinários das prefeituras para executar as coletas. Prever compra de materiais utilizando o recurso do PFVS

II VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INDICADOR: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Fórmula: $1,2 \times \text{PCT} + 1,0 \times \text{PT} + 1,0 \times \text{PCRL} / 3,2$ O método de cálculo utilizado para avaliar o atendimento do indicador considera a média aritmética ponderada dos percentuais de análises realizadas para os parâmetros coliformes totais, turbidez e cloro residual livre. (**Conforme instrutivo**)

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
Avaliar a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do plano de amostragem da VS da qualidade da água para consumo humano	- Falta de atualização ou alimentar os dados no sistema Coleta inadequada e/ou lançamento inadequado no sistema	- Responsabilizar o técnico da VS municipal em manter atualizado os sistemas PHAROS, Sisagua e SIA - Seguir as normas de coleta preconizada pelo portaria 518 MS/VISA	Manter os sistemas atualizados com dados reais da coleta d' água e respeitar agenda de coleta Manejo adequado do kit de coleta e cuidado com laçar e digitar os dados desta coleta	Técnico da VS e Gestor municipal de Saúde.	Mensal	
	Manejo inadequado da		Seguir parâmetros estabelecidos pela			

<p>Fluoretação\colifor mes totais e Escherichia coli da água nos municípios conforme análise recebida</p> <p>- Não realização de vistorias conforme preconizado pelo serviço nos estabelecimentos.</p>	<p>- Rotatividade de funcionários na VISA</p>	<p>- Entrar em contato com a empresa que abastece o município para adequar conforme os parâmetros pré estabelecidos</p> <p>Comendação para a análise</p> <p>Nomear quadro de profissionais efetivos podendo contar com auxílio de outros em regime celerista.</p>	<p>portaria 518\MS de 25\03\04</p>			
--	---	---	------------------------------------	--	--	--

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Indicador: Proporção de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano

Fórmula: Se foram realizados até 06 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias pelo município) / (6) x 100
 Se foram realizadas os 7 grupos de ações da vigilância sanitária consideradas necessárias, a meta atingida será 100 %

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO O / INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
---------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------	---------------------------------	-------------