

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - PAS 2026

DR. MARCO AURÉLIO MESTRINEL

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

RIO CLARO/ SP

2025

Introdução

Programação Municipal de Saúde 2026 – Rio Claro/SP

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) estabelece como instrumentos de gestão o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). A Programação Anual de Saúde 2026 configura-se como instrumento de referência para a atuação da Secretaria/Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, tendo como objetivo o aprimoramento contínuo e a concretização dos princípios do SUS, pautado nas diretrizes da universalização, integralidade e equidade da atenção à saúde no município. A Portaria MS/GM nº 2.751/2009 regulamenta a integração dos prazos e processos de elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS, do Pacto pela Saúde e do planejamento governamental, representado pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA). A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, define os prazos legais para o encaminhamento dos instrumentos de gestão do SUS aos Conselhos Municipais de Saúde, em consonância com os instrumentos de gestão pública. A viabilidade orçamentário-financeira da PAS 2026 está prevista nos programas constantes do PPA 2026–2029 e da Proposta Orçamentária Anual de 2026. A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza o Plano Municipal de Saúde, com ações e metas derivadas das diretrizes e objetivos definidos no Plano Municipal de Saúde 2026–2029, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A gestão participativa e o controle social são elementos centrais neste processo, pois possibilitam o planejamento de forma horizontal e ascendente, além de garantirem transparência na gestão e no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Para a definição das Diretrizes da PAS 2026, foram priorizados dados selecionados dos indicadores de saúde da população, possibilitando o planejamento das ações nas áreas de gestão, promoção e assistência à saúde, bem como investimentos em infraestrutura. Também foram consideradas as diretrizes das políticas públicas estaduais e federais, além das deliberações da última Conferência Municipal de Saúde.

É uma ferramenta fundamental para orientar as ações e estratégias do nosso sistema de saúde ao longo do ano. Ela nos permite planejar, organizar e priorizar os serviços e projetos que irão atender às necessidades da nossa comunidade, promovendo a prevenção, o cuidado e a promoção da saúde de forma eficiente e participativa. Com essa programação, buscamos garantir que cada ação seja alinhada aos nossos objetivos de oferecer uma assistência de qualidade, acessível e humanizada para todos. Juntos, podemos construir um sistema de saúde mais forte, integrado e capaz de transformar vidas.

A Programação Anual de Saúde (PAS) 2026 do Município de Rio Claro/SP constitui-se como um dos instrumentos de gestão estabelecidos pelo Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), ao lado do Plano Municipal de Saúde (PMS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG). Trata-se de ferramenta estratégica, por meio da qual se operacionaliza o Plano Municipal de Saúde 2026–2029, delineando ações, metas e indicadores que norteiam a execução das políticas públicas de saúde no território municipal.

Sua elaboração está em conformidade com as diretrizes da **Portaria MS/GM nº 2.751/2009**, que integra os processos e prazos dos instrumentos de planejamento em saúde ao Pacto pela Saúde e ao planejamento governamental – representado pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA). Atende também aos dispositivos da **Lei Complementar nº 141/2012**, que define os prazos legais para o encaminhamento dos instrumentos de gestão do SUS aos Conselhos Municipais de Saúde, assegurando coerência com os demais instrumentos da administração pública.

A viabilidade orçamentário-financeira da PAS 2026 está assegurada por meio da previsão nos programas constantes do PPA 2026–2029 e da Proposta Orçamentária Anual de 2026. Dessa forma, a programação torna-se exequível, coerente com os objetivos definidos e alinhada ao planejamento estratégico da Secretaria/Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

A construção da PAS 2026 fundamentou-se na análise de dados e indicadores de saúde da população, nas diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2026–2029, nas políticas públicas estaduais e federais vigentes e nas deliberações da última Conferência Municipal de Saúde. A gestão participativa e o controle social foram princípios norteadores em todo o processo, garantindo um planejamento ascendente, horizontal e transparente.

A PAS é, portanto, um instrumento essencial para o fortalecimento do SUS em âmbito local. Permite à gestão municipal planejar, organizar e priorizar ações e serviços de saúde com foco na prevenção, promoção e atenção à saúde, assegurando a efetividade, a equidade e a integralidade do cuidado prestado à população. Com esta programação, reafirmamos nosso compromisso com uma assistência de qualidade, acessível e humanizada, consolidando um sistema de saúde público cada vez mais forte, resolutivo e transformador.

DIRETRIZ I - GARANTIR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO, COM ÊNFASE NOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO MUNICÍPIO.

OBJETIVO	1.1-Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados APS	
META	AÇÕES	PPA
1-Ampliar a cobertura populacional da atenção básica com estratégia de saúde da família para 80% do seu território (11 equipes de ESF em quatro anos)	1. Construir novas unidades, ampliar equipes nas unidades em que o número de cadastros de usuários vinculados ultrapassou o limite de 4500 pessoas. 2. Levantamento das áreas para instalação de novas equipes e ampliação de unidades existentes. 3. Ampliar o estudo para outros territórios. 4. Ampliação da equipe do Jardim Novo. 5. Estudo do impacto financeiro para ampliação de estruturas e recursos humanos. 6. Articulação com os outros entes federados para apoio financeiro e com o COAPES. 7. Elaborar estudo para transição do modelo de atenção das unidades básicas de saúde para estratégia de saúde da família.	
2-Qualificar as ações de assistência às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DM e HAS) para reduzir em 5% ao ano o número de internações sensíveis a AB	1. Qualificar/atualizar o preenchimento do cadastro dos usuários nos territórios 2. Atualização dos profissionais de saúde sobre o guia alimentar da população brasileira em parceria com as instituições de ensino e nutricionistas da rede. 3. Adequar a agenda conforme demanda de DM e HAS do território e realização de busca ativa dos faltosos. 4. Incentivar e proporcionar aos profissionais da APS a qualificação para Controle do Tabagismo. 5. Fortalecer o trabalho junto ao CAPS AD para realização de grupos educativos para controle do tabagismo. 6. Reorganizar e articular a rede de saúde para a implantação e implementação de grupos educativos para o controle do tabagismo descentralizando os grupos para todas as unidades de saúde. 7. Sensibilizar as equipes das Unidades de Saúde a não perderem a oportunidade de abordagem breve/mínima da pessoa tabagista 8. Monitorar indicadores de desempenho e viabilizar medidas para aprimoramento das ações da APS através dos relatórios quadrimestrais do E-gestor. 9. Ampliar as parcerias e ações com instituições de ensino que contemplem curso de Educação Física e outros setores públicos para oferta de atividade física aos usuários das Unidades/territórios. 10. Ampliar nas Unidades de Saúde grupos educativos voltados para hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida com apoio da emulti. 11. Implantar e implementar Protocolos Clínicos para as DCNT, como DM, HAS, DRC, OBESIDADE.	

	12. Fortalecer a Educação Permanente.	
3-Qualificar as ações de assistência às pessoas com Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), através da elaboração de protocolos para otimização de exames e de medicações disponíveis na RAS	1. Qualificar/atualizar o preenchimento do cadastro dos usuários nos territórios para DPOC. 2. Implantar e implementar Protocolos Clínicos para cuidado das pessoas com DPOC 3. Atualizar os profissionais de saúde sobre DPOC. 4. Manter e assegurar exames, medicações e oxigenioterapia em tempo oportuno. 5. Assegurar o cuidado compartilhado na rede do paciente com DPOC enfatizando o sistema de referência e contrarreferência.	
4-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher através da atualização e implementação dos protocolos: Planejamento Familiar e Assistência ao pré-natal, parto e puerpério na AB.	1. Manter atualização dos protocolos já implantados da linha de cuidado da saúde da mulher: Pré-Natal, Parto e Puerpério, Planejamento Familiar. 2. Ofertar métodos contraceptivos nas Unidades da APS. 3. Orientar as gestantes de 3º trimestre frente ao Planejamento Reprodutivo. 4. Realizar ações educativas em saúde sexual e reprodutiva nas Unidades da APS. 5. Realizar ações educativas com apoio da emulti para o cuidado nutricional e atividades físicas. 6. Garantir a inserção de DIU para mulheres na maternidade, no pós parto imediato. 7. Possibilitar a inserção de DIU nas unidades básicas de saúde e garantir a continuidade da ação no CEAD 8. Atualizar fila de espera para realização de Laqueadura. 9. Manter a inserção de LARS - IMPLANON e DIU MIRENA para mulheres elegíveis, conforme Protocolo instituído. 10. Monitorar indicadores de desempenho e viabilizar medidas para aprimoramento das ações da APS através dos relatórios quadrimestrais do E-gestor.	
5-Implantar o Programa Rede Alyne do governo federal que visa reduzir a mortalidade materna e infantil, e combater desigualdades raciais e regionais.	1. Manter atualização dos protocolos já implantados da linha de cuidado da saúde da mulher: Pré-Natal, Parto e Puerpério, Planejamento Familiar. 2. Inserir exame HTLV na rotina dos exames de primeiro trimestre do Pré-Natal, estabelecendo fluxo para o seguimento dos positivos. 3. Identificar em tempo oportuno as gestantes de cada território por meio de ações dos ACSs. 4. Manter ampliação dos horários de testagem para gravidez e acolhimento da demanda espontânea. 5. Solicitar os exames laboratoriais e de imagem em tempo oportuno. 6. Identificar e realizar tratamento e acompanhamento adequados das patologias associadas ao Pré-Natal e puerpério e reforçando as estratégias com relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis. 7. Encaminhar e garantir acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco quando necessário, mantendo cuidado compartilhado na APS, através de consultas agendadas com o médico e/ou	

	enfermeiro. - Realizar busca ativa das gestantes faltosas através de contato telefônico e visita domiciliar com equipe multidisciplinar e se necessário em parceria com CRAS e Conselho Tutelar. - Ofertar ações educativas em grupo para gestantes com ênfase em orientações nutricionais e atividade física, com apoio da emulti. - Monitorar indicadores de desempenho e viabilizar medidas para aprimoramento das ações da APS através dos relatórios quadrimestrais do E-gestor . - Manter capacitações das equipes de saúde conforme atualização dos protocolos e com enfoque na equidade e na segurança do cuidado. - Manter o grupo de trabalho da rede Alyne; - Manter o Comitê Materno infantil	
6-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher no rastreamento e diagnóstico de neoplasias ginecológicas para diminuição do diagnóstico em estágio avançado.	- Manter atualização o protocolo de Prevenção ao Câncer de colo uterino; - Implantar o caderno de Prevenção ao Câncer de Mama; - Intensificar a coleta de preventivo de câncer de colo de útero para mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde, de 25 a 64 anos; - Intensificar a realização de mamografia bienal, para mulheres de 50 a 69 anos, cadastradas nas Unidades de Saúde; - Sensibilizar as equipes das Unidades de Saúde a não perderem a oportunidade de colher o exame citopatológico nos diversos eixos assistenciais da mulher; - Ampliar número de vagas disponíveis para coleta CO e/ou ofertar coleta de CO livre demanda; - Realizar busca ativa para as mulheres que contemplem as indicações de rastreamento para o câncer de colo uterino e de mamas no território; - Realizar busca ativa para as mulheres faltosas que contemplem as indicações de rastreamento para o câncer de colo uterino e de mamas no território; - Viabilizar campanhas / mutirão para o rastreamento de CA mama e colo de útero. - Monitorar indicadores de desempenho e viabilizar medidas para aprimoramento das ações da APS através dos relatórios quadrimestrais do E-gestor.	
7-Qualificar as ações de assistência à saúde de pessoas em situação de rua, através da implantação de uma equipe de consultório na rua.	- Realizar levantamento das pessoas que vivem em situação de rua no território; - Elaboração do Projeto Técnico Institucional do eCnaR; - Mapeamento e territorialização: Identificar os pontos de concentração da população em situação de rua e a construção de linha de cuidado com base no perfil e nas necessidades locais. - Atendimento em campo: Realização de abordagens itinerantes com escuta qualificada e a oferta de atendimentos médicos, de enfermagem, psicológicos e de serviço social no território.	

	- Vinculação ao SUS e continuidade do cuidado: Inserção e atualização de dados no Cartão SUS e o encaminhamentos para unidades de saúde (UBS, CAPS, SAE, CTA, hospitais). - Ações de promoção da saúde e prevenção: Distribuição de kits de higiene e preservativos, realização de testagens rápidas (HIV, sífilis, hepatites) e a vacinação conforme o calendário e grupos prioritários; - Atenção às condições crônicas e saúde mental: Acompanhamento de pessoas com transtornos mentais e uso abusivo de substâncias e apoio terapêutico e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); - Trabalho intersetorial: Parceria com assistência social (CRAS, CREAS, etc) e a articulação com políticas públicas de habitação, educação e empregabilidade; - Educação em saúde e redução de danos: Rodas de conversa, oficinas e orientações sobre autocuidado, alimentação, prevenção de ISTs e uso de substâncias, ações de redução de danos com apoio de pares e agentes redutores de danos; - Registro e monitoramento das ações: Uso de sistemas de informação como e-SUS e Prontuário Eletrônico do Cidadão e a avaliação periódica dos indicadores de acesso e qualidade do cuidado;	
8-Qualificar as ações de assistência à saúde do homem através do rastreo do CA de próstata	- Implantar a PNAISH na rede pública de saúde municipal; - Implantar o grupo técnico para a implementação da PNAISH; - Sensibilizar as equipes das Unidades de Saúde a não perderem a oportunidade de abordar o homem para o autocuidado e rastreamento de doenças; - Realizar levantamento da população masculina a partir de 50 anos para desenvolvimento de ações estratégicas e de rastreamento; - Realizar estudo com os serviços de atendimento de urgência para identificar os motivos de maior procura que poderiam ser ofertados pela APS. (cuidado preventivo); - Garantir biopsia de próstata em tempo oportuno	
9-Aumentar a oferta de testes para ISTs, realizar o tratamento adequado dos casos diagnosticados (100% da sífilis) e manter em zero casos de HIV + em menores de 5 anos.	- Implantar o Plano de Enfrentamento à Sífilis na rede de saúde; - Divulgar amplamente para que todas as unidades tenham conhecimento e implementem no território; - Ofertar treinamento para novos executores de testes rápidos; - Realizar testes rápidos na rotina de atendimento na Atenção Básica em tempo oportuno; - Implementar as estratégias de busca ativa na população vulnerável para a realização de testes de sífilis e HIV; - Ofertar aos parceiros das gestantes o teste rápido para diagnóstico do HIV durante o Pré-Natal; - Monitorar o processo de realização dos testes rápidos nas Unidades Básicas de Saúde - Monitorar indicadores de desempenho e viabilizar medidas para aprimoramento das ações da APS através dos relatórios trimestrais do E-gestor.	

	9. Intensificar a testagem em campanhas, escolas, prisões, comunidades rurais e ações extramuros; 10. Garantir o tratamento adequado e imediato 11. Manter a qualificação do pré-natal para prevenção da transmissão vertical assegurando tratamento e acompanhamento das gestantes positivas e seus filhos expostos; 12. Manter a vigilância para análise dos casos de sífilis e HIV em crianças e gestantes; 13. Promover ações de educação em saúde e prevenção; 14. Realizar busca ativa de casos sem seguimento ou com tratamento incompleto; 15. Manter estoque regular de insumos e medicamentos;	
10-Elaborar protocolo de assistência a vítima de violência sexual e protocolo do aborto legal.	1. Manter grupo de trabalho intersetorial para o efetivo funcionamento da política municipal da rede de atenção integral a saúde da pessoa em situação de violência; 2. Garantir a efetividade do Protocolo para atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência em conjunto com o SUAS; 3. Manter qualificada as notificações de situação de violência através dos profissionais de saúde;	
11-Qualificar o atendimento a criança através da elaboração e implementação de protocolo de assistência aos agravos na infância.	1. Elaborar, implantar e implementar o protocolo da linha de cuidado infantil; 2. Garantir apoio matricial (matriciamento) com pediatria; 3. Realizar levantamento das causas de adoecimento das crianças nos territórios; 4. Realizar grupos de orientação aos pais sobre hábitos saudáveis e violência seja na unidade ou em parceria com as escolas – PSE; 5. Realizar estudo com os serviços de atendimento de urgência para identificar os motivos de maior procura por atendimentos que poderiam ser ofertados pela APS. (cuidado preventivo); 6. Fortalecer as ações de imunização seja nas unidades ou campanhas e em escolas – PSE; 7. Estimular as equipes para as ações de promoção da saúde, prevenção atenção e cuidado na infância;	
12- Ampliar horário de atendimento nas UBSs	1. Elaborar estudo (departamento financeiro, administrativo e gestão de pessoas) de viabilidade da ampliação do horário de funcionamento das UBSs.	
OBJETIVO	1.2- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados AAE	
META	AÇÕES	PPA
1-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher através da criação do protocolo de assistência ao pré-natal de alto risco.	1. Elaboração e validação do protocolo clínico de pré-natal de alto risco; 2. Capacitação de profissionais da atenção primária e especializada; 3. Implementação e disseminação do protocolo; 4. Manter e assegurar as consultas interdisciplinares;	

	- Manter e assegurar o sistema de referência e contrarreferência eficaz em tempo oportuno; - Implantação do acompanhamento de indicadores de saúde materno-infantil; - Garantir a realização de exames complementares especializados em tempo oportuno.	
2-Qualificar as ações de assistência à saúde da mulher através da criação do protocolo da cirurgia ginecológica benigna.	- Constituição de grupo técnico: Formação de equipe multiprofissional (ginecologistas, enfermeiras, anestesistas, gestores, etc.) para elaboração do protocolo e inclusão da perspectiva de gênero e direitos sexuais e reprodutivos; - Elaboração e validação do protocolo cirurgia ginecológica benigna; - Capacitação de profissionais da atenção primária e especializada e Hospitais na implementação e disseminação do protocolo; - Manter e assegurar o planejamento o fluxo adequado da cirurgia; - Promover ambiente humanizado; - Monitorar e avaliar a assistência cirúrgica; - Ampliação de acesso por prestadores e redução de filas; - Educação em saúde para mulheres: Campanhas informativas sobre sinais e sintomas de patologias ginecológicas benignas e incentivo à busca ativa e adesão ao tratamento.	
3-Qualificar a assistência ao recém-nascido através das ações previstas no protocolo do “bebê de risco” durante a alta.	- Identificação e classificação do bebê de risco: Aplicação sistemática dos critérios clínicos e sociais para identificar bebês de risco (prematturos, baixo peso, malformações, infecções congênitas, filhos de mães em situação de vulnerabilidade, etc.) e registro em prontuário e sistema de informação; - Preenchimento da ficha de notificação do bebê de risco: Inclusão de dados clínicos, histórico perinatal e plano de cuidados e comunicação formal com a Atenção Primária (APS) e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; - Elaboração do plano de alta hospitalar: Definição de fluxos de acompanhamento com prazos definidos, encaminhamento para serviços especializados quando necessário (neurologia, neonatologia, fonoaudiologia, etc.) e Reforço de orientações à família (amamentação, sinais de alerta, vacinação, etc.); - Agendamento da primeira consulta pós-alta: Preferencialmente em até 7 dias após a alta e a comunicação com a UBS de referência para garantir vaga e acolhimento adequado; - Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS): Integração com Atenção Primária, SAD, serviços de referência e vigilância em saúde e Compartilhamento do plano terapêutico e apoio matricial às equips;	

	6. Capacitação das equipes de saúde: Formação contínua para profissionais da maternidade e da APS sobre o manejo do bebê de risco e capacitação sobre sinais precoces de agravos e estratégias de cuidado domiciliar; 7. Acompanhamento multiprofissional: Garantia de avaliação regular por pediatra, enfermagem, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, conforme a necessidade e o monitoramento do crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e vínculo afetivo; 8. Registro e monitoramento: Inclusão dos dados no e-SUS e outros sistemas de vigilância (ex.: SISPRENATAL, SISVAN). e a Avaliação periódica dos indicadores: adesão ao seguimento, taxa de reinternações, mortalidade neonatal e infantil, entre outros.	
4- Implementação do Serviço de Atendimento Domiciliar para 24h com ampliação da equipe de atendimento.	1. Diagnóstico e planejamento da implantação: Levantamento da demanda local por atendimentos domiciliares, avaliação da capacidade instalada atual (recursos humanos, veículos, equipamentos). Estudo de viabilidade técnica e financeira para operação 24h. 2. Ampliação e organização da equipe multiprofissional: Contratação ou redistribuição de profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, definição de escalas de trabalho para garantir cobertura ininterrupta, inclusive aos finais de semana e feriados. 3. Criação e/ou atualização de protocolos de atendimento: Elaboração de fluxos para admissão, visitas programadas, intercorrências e altas do SAD e a inclusão de critérios clínicos e administrativos para elegibilidade ao serviço; 4. Capacitação da equipe: Treinamentos sobre cuidados domiciliares, segurança do paciente, uso racional de tecnologias e prontuário eletrônico e formação em cuidados paliativos, humanização e manejo de situações de urgência; 5. Fortalecimento da logística e estrutura de apoio: Garantia de veículos disponíveis 24h para as equipes, aquisição e manutenção de materiais e equipamentos portáteis (oxímetros, aspiradores, cadeiras de rodas, etc.) e estabelecimento de sistema de comunicação efetiva entre a equipe, unidade base e familiares; 6. Articulação com a Rede de Atenção à Saúde: Integração com hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), APS e Central de Regulação, definição de fluxos para admissão e alta no SAD, incluindo retorno ao hospital, se necessário; 7. Monitoramento e avaliação do serviço: Implantação de indicadores, número de pacientes atendidos, tempo-resposta para intercorrências, taxa de reinternações evitadas, satisfação dos	

	usuários e a realização de reuniões periódicas para análise de resultados e ajustes operacionais; 8. Educação e apoio às famílias/cuidadoras: Oferta de orientações sobre cuidados básicos, manejo de equipamentos e sinais de alerta e o apoio psicológico e social quando necessário.	
5-Elaborar protocolos para qualificação dos atendimentos na reabilitação física e visual no CER II.	1. Análise situacional do serviço: Levantamento do perfil dos usuários atendidos em reabilitação física e visual e identificação das principais demandas, limitações e potenciais de intervenção. Avaliação dos fluxos atuais de atendimento e suas fragilidades; 2. Formação de grupo técnico de trabalho: Criação de comissão multiprofissional com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, oftalmologistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, assistentes sociais e gestores com definição de cronograma e metodologia participativa para construção dos protocolos. 3. Revisão de diretrizes e evidências clínicas: Levantamento de protocolos nacionais (Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, PCDT's do SUS, CREFITO/CBO) e incorporação de boas práticas baseadas em evidências científicas. 4. Desenvolvimento dos protocolos: Protocolos específicos para: • Acolhimento e avaliação inicial. • Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS). • Critérios de indicação e contraindicação de intervenções. • Frequência e tempo de tratamento. • Condutas para reabilitação motora, sensorial, funcional e visual. • Critérios de alta e reencaminhamento. 5. Padronização dos fluxos de atendimento: Definição de fluxos internos (triagem, atendimento, agendamento, acompanhamento), integração com a Atenção Primária e outros pontos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). 6. Capacitação das equipes: Treinamentos sobre os novos protocolos, abordagens terapêuticas e uso de instrumentos de avaliação funcional e discussões de casos clínicos para unificação de condutas. 7. Implantação e monitoramento dos protocolos: Distribuição dos protocolos para as equipes, inclusão dos instrumentos nos prontuários e sistemas eletrônicos. 8. Acompanhamento de indicadores: adesão, melhora funcional, tempo médio de reabilitação, índice de satisfação dos usuários. 9. Revisão periódica dos protocolos: Avaliação dos resultados clínicos e operacionais e a atualização conforme novas evidências e necessidades locais.	

6-Implementar o Programa Nacional de Mais Acesso a especialidade (PNMAE) nas especialidades de: oncologia, cardiologia, otorrinolaringologia, ortopedia e oftalmologia.	1. Implantação do Núcleo de Gestão do Cuidado; 2. Definir os profissionais médicos que irão fazer parte do programa; 3. Elaboração e validação do protocolo para especialidades/OCI; 4. Garantir oferta de consultas e exames completos em tempo oportuno; 5. Garantir o lançamento produção para faturamento; 6. Realizar monitoramento e avaliação.	
7-Elaborar e atualizar os protocolos médicos e de exames média e alta de complexidade.	1. Atualização e validação do protocolo vigente com a participação dos médicos da APS, AAE e auditoria; 2. Implementação e disseminação do protocolo; 3. Avaliação e monitoramento.	
8 – Qualificar a assistência das feridas complexas e elaborar protocolo de atendimento das feridas complexas	1. Análise situacional: Levantamento dos casos de feridas complexas atendidos na rede (ex: úlceras por pressão, vasculogênicas, neuropáticas, traumáticas e oncológicas), mapeamento dos locais com maior número de casos e das práticas atuais de cuidado e a avaliação de insumos, coberturas disponíveis e recursos humanos capacitados. 2. Constituição de grupo técnico: Formação de equipe multidisciplinar (enfermeiros especialistas, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.) para desenvolver o protocolo com a participação de profissionais da atenção primária, especializada e hospitalar. 3. Revisão de diretrizes e boas práticas: Levantamento de protocolos nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, SOBENFeE, NPUAP, WOCN) e o análise de evidências sobre uso de coberturas, desbridamentos, terapias adjuvantes, prevenção e manejo de infecções. 4. Elaboração do protocolo: Classificação das feridas complexas por tipo e etiologia e definição de critérios para avaliação inicial (instrumentos como MEASURE, PUSH ou TIME), orientações para escolha de coberturas, frequência de troca e condutas terapêuticas, critérios para indicação de antibiótico, desbridamento e encaminhamentos e a definição de fluxos de acompanhamento, alta e reavaliação periódica. 5. Padronização de insumos: Revisão e adequação da lista de materiais e coberturas padronizadas conforme o protocolo e a garantia de acesso regular aos produtos. 6. Capacitação das equipes: Treinamentos teórico-práticos sobre o protocolo e manejo clínico das feridas complexas e as oficinas com simulação de curativos, uso de escalas e técnicas de desbridamento.	

	7. Organização da linha de cuidado: Definição de pontos de referência e contrarreferência (APS, ambulatório de feridas, SAD, hospital) e fluxo de regulação e encaminhamento de casos graves ou com risco de amputação. 8. Implantação e divulgação do protocolo: Distribuição do protocolo impresso e digital às unidades de saúde e as ações de sensibilização e orientação para os profissionais. 9. Monitoramento e avaliação: Acompanhamento de indicadores: tempo médio de cicatrização, número de reinternações, amputações evitáveis, adesão ao protocolo e a atualização periódica conforme os resultados e novas evidências científicas.	
OBJETIVO	1.3- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados na Urgência/Emergência	
META	AÇÕES	PPA
1 – Qualificar o atendimento das emergências pediátricas nas UPAs com a realização de treinamentos, estabelecimentos de fluxos e protocolos para a emergência pediátrica.	1. Análise situacional do atendimento pediátrico nas UPAs: Levantamento do número de atendimentos, principais causas e desfechos e a Identificação de dificuldades operacionais, lacunas assistenciais e necessidades de capacitação. 2. Formação de grupo técnico multiprofissional: Envolvimento de pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, gestores e representantes da regulação e a definição colaborativa dos fluxos e elaboração dos protocolos. 3. Elaboração e padronização de protocolos clínico-assistenciais: Protocolos baseados em evidências para: atualização do protocolo Classificação de risco (ex.: uso do Protocolo de Manchester). Atendimento inicial de casos graves (PCR, sepse, bronquiolite, convulsões, intoxicações, etc.). Manejo de casos leves/moderados e critérios de observação, internação ou alta. Abordagem da dor e medicação segura em pediatria e a inclusão de protocolos de referência e contrarreferência para hospitais. 4. Estabelecimento de fluxos internos e externos: Organização de fluxo específico para pacientes pediátricos (acolhimento, triagem, atendimento médico, observação) e a atualização dos fluxos com hospitais de retaguarda e unidades de internação pediátrica e a integração com o SAMU e regulação municipal. 5. Capacitação e treinamentos das equipes: Realização de treinamentos regulares com simulação realística ou oficinas práticas sobre: Atendimento de urgência/emergência pediátrica, Suporte básico e avançado de vida (SBV/PALS), comunicação com acompanhantes/responsáveis, uso seguro de medicamentos pediátricos e atualização periódica conforme novas diretrizes. 6. Adequação da estrutura física e insumos: Verificação e adequação de espaços destinados ao	

	atendimento pediátrico (sala de medicação, observação, triagem) e a garantia de equipamentos pediátricos (oxímetros infantis, ambus, cânulas, sondas, medicações específicas, etc.). 7. Implantação e monitoramento dos protocolos: Distribuição dos protocolos para todos os turnos/equipes e a avaliação da adesão ao protocolo e efetividade clínica dos fluxos implantados. 8. Acompanhamento de indicadores de qualidade: Tempo de espera para atendimento pediátrico, taxa de encaminhamentos para internação, reinternações em até 72h e a satisfação dos usuários e profissionais.	
2-Qualificar as equipes para alta responsável com a realização de treinamentos, estabelecimentos de fluxos e protocolos.	1. Análise situacional do atendimento pediátrico nas UPAs: Levantamento do número de atendimentos, principais causas e desfechos e a identificação de dificuldades operacionais, lacunas assistenciais e necessidades de capacitação. 2. Formação de grupo técnico multiprofissional: Envolvimento de pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, gestores e representantes da regulação e a definição colaborativa dos fluxos e elaboração dos protocolos. 3. Elaboração e padronização de protocolos clínico-assistenciais: Protocolos baseados em evidências para: atualização do protocolo de Classificação de risco (ex.: uso do Protocolo de Manchester), atendimento inicial de casos graves (PCR, sepse, bronquiolite, convulsões, intoxicações, etc.), manejo de casos leves/moderados e critérios de observação, internação ou alta, abordagem da dor e medicação segura em pediatria, inclusão de protocolos de referência e contrarreferência para hospitais. 4. Estabelecimento de fluxos internos e externos: Organização de fluxo específico para pacientes pediátricos (acolhimento, triagem, atendimento médico, observação) e a definição de fluxos com hospitais de retaguarda e integração com o SAMU e regulação municipal. 5. Capacitação e treinamentos das equipes: Realização de treinamentos regulares com simulação realística ou oficinas práticas sobre: Atendimento de urgência/emergência clínica médica, suporte básico e avançado de vida (SBV/PALS) e a atualização periódica conforme novas diretrizes. 6. Adequação da estrutura física e insumos: Verificação e adequação de espaços destinados ao atendimento da clínica médica (sala de medicação, observação, triagem), Garantia de equipamentos (oxímetros, ambus, cânulas, sondas, medicações específicas, etc.). 7. Implantação e monitoramento dos protocolos: Distribuição dos protocolos para todos os turnos/equipes e a avaliação da adesão ao protocolo e efetividade clínica dos fluxos implantados. 8. Acompanhamento de indicadores de qualidade: Tempo de espera para atendimento e a taxa de encaminhamentos para internação, reinternações em até 72h. Satisfação dos usuários e profissionais.	

3 – Qualificação da Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU/192 Regional (BRAVO 6)	1. Levantamento da documentação para a qualificação da Bravo 6.	
4 – Implementar e atualizar o Protocolo e o fluxo de atendimento da porta de urgência e emergência (Unidade Nossa Senhora de Lurdes - NSL)	1. Aplicar, monitorar e avaliar o termo Aditivo XXX.	
5-Implementar e atualizar os protocolos de Urgência/ Emergência na linha de cuidado do AVC, IAM e trauma.	1. Criação de grupo técnico multiprofissional: Composição com representantes da rede hospitalar, SAMU, regulação, APS, especialistas (cardiologistas, neurologistas, cirurgiões, intensivistas), enfermeiros, fisioterapeutas, etc., e a Definição de cronograma e metodologia para revisão/elaboração dos protocolos. 2. Revisão e atualização dos protocolos clínico-assistenciais: Protocolos com base em diretrizes atualizadas do Ministério da Saúde, AHA, SBACV, SBC e SBAIT, itens a serem padronizados: AVC: escala de Cincinnati, protocolo de trombólise, tempo porta-tomografia, escala NIHSS, IAM: protocolo de dor torácica, ECG em até 10 minutos, protocolo de trombólise e/ou transferência para hemodinâmica, Trauma: avaliação primária e secundária (ABCDE), protocolo de imobilização, uso do FAST, fluxos de referência. 3. Definição de fluxos intersetoriais: Organização do percurso do paciente: pré-hospitalar (SAMU/UPA) → hospital → reabilitação (no caso de AVC) ou cuidado continuado, fluxo de regulação com prioridade para AVC e IAM com critérios clínicos bem definidos e a integração com serviços de imagem 24h e hemodinâmica (onde houver). 4. Capacitação das equipes da Rede: Treinamentos teórico-práticos com simulações clínicas: Reconhecimento precoce de sinais e sintomas, aplicação de escalas clínicas (NIHSS, escala de trauma, escala de dor torácica), Atendimento inicial ao trauma (Protocolo de Suporte Avançado – ATLS), Condutas em urgências cardiológicas e neurológicas e a integração entre equipes do SAMU, UPAs, hospitais e regulação. 5. Implantação dos protocolos e fluxos: Distribuição dos protocolos padronizados para todos os serviços da rede, elaboração de fluxogramas visuais para colocação nas salas de emergência e a inclusão dos protocolos nos sistemas de prontuário e regulação. 6. Monitoramento e avaliação de indicadores-chave: AVC: Tempo porta-tomografia, tempo porta-	

	agulha, percentual de pacientes trombolisados. IAM:Tempo porta-ECG.Tempo porta-trombolítico ou porta-balão. Trauma:Tempo de resposta pré-hospitalar. Mortalidade hospitalar. Tempo até cirurgia (se aplicável) e outros: Taxa de adesão ao protocolo e a satisfação da equipe e dos usuários. 7. Revisão periódica dos protocolos: Atualizações anuais ou conforme surgimento de novas evidências e a incorporação de tecnologias e telemedicina, quando viável.	
6-Qualificar o atendimento nas urgências e emergências através da atualização permanente dos profissionais.	1. Criação de um plano de educação permanente: Elaboração de um cronograma regular de treinamentos (mensais, trimestrais ou semestrais) e priorização de temas críticos como: • Suporte Básico e Avançado de Vida (SBV/ACLS/PALS). • Atendimento ao politraumatizado (ABCDE, imobilização, manejo inicial). • Reconhecimento de AVC e IAM. • Manejo da dor, medicação segura, via aérea difícil. • Atendimento humanizado nas emergências. 2. Realização de treinamentos teórico-práticos: Oficinas presenciais com simulação realística e uso de manequins, estudos de caso e análise de prontuários. Rodas de conversa com troca de experiências entre profissionais. 3. Parcerias para formação técnica e científica: Articulação com instituições de ensino, hospitais-escola ou escolas técnicas para cursos certificados e a participação em congressos, jornadas e seminários da área de urgência/emergência. 4. Atualização e divulgação de protocolos clínico-assistenciais: Reforço contínuo das diretrizes clínicas e fluxos atualizados e a fixação de protocolos visuais nas unidades (fluxogramas, checklists). Aulas curtas ou “pílulas do conhecimento” durante os plantões. 5. Implantação de núcleos de educação permanente nas unidades: Identificação de profissionais multiplicadores em cada plantão, apoio institucional para a organização e disseminação de conteúdo e envolver as IE's através do COAPES para planejar, organizar e executar capacitações e atualizações técnicas para a equipe; 6. Monitoramento da efetividade dos treinamentos: Avaliação pré e pós-treinamento para medir evolução de conhecimento. Avaliação de impacto nas práticas: redução de erros, adesão aos protocolos, melhora nos tempos-resposta. Registros de participação e certificados emitidos.	
OBJETIVO	1.4- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados na Rede de Atenção Psicossocial	
META	AÇÃO	PPA
1-Elaborar projetos que propiciem a	1. Diagnóstico do público-alvo e suas potencialidades: Levantamento do perfil socioeconômico e funcional das pessoas em reabilitação, identificação de habilidades, interesses e limitações funcionais e	

reabilitação através da geração de renda.	a entrevistas ou rodas de conversa com usuários para escuta ativa. 2. Mapeamento de oportunidades de geração de renda: Identificação de atividades produtivas viáveis (artesanato, culinária, agricultura urbana, costura, serviços digitais, etc.) e o levantamento de parcerias com cooperativas, ONGs, instituições de ensino, secretarias de trabalho e desenvolvimento social. 3. Elaboração de projetos específicos de inclusão produtiva: Criação de oficinas terapêuticas com potencial produtivo, projetos de capacitação e qualificação profissional adaptados às limitações dos participantes e a implantação de programas de empreendedorismo inclusivo e cooperativas sociais. 4. Articulação com políticas públicas e redes de apoio: Integração com CRAS, CREAS, Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Agricultura Familiar, entre outros, apoio para acesso a microcrédito, programas de inclusão produtiva e políticas de economia solidária. 5. Capacitação das equipes de reabilitação: Formação da equipe multiprofissional em temas como: inclusão produtiva, economia solidária, empreendedorismo social e apoio psicossocial. 6. Execução de oficinas e cursos profissionalizantes: Realização de oficinas práticas com adaptação às necessidades funcionais dos participantes e os cursos com carga horária reduzida, metodologias acessíveis e suporte contínuo. 7. Apoio à inserção no mercado de trabalho: Parcerias com empresas para vagas inclusivas, incentivo à criação de feiras, exposições e canais para venda dos produtos e acompanhamento social e profissional dos participantes. 8. Monitoramento e avaliação dos resultados:	
2-Qualificar os serviços da RAS para implementação dos fluxos e protocolos existentes na linha de cuidado em saúde mental.	1. Análise situacional da rede e da linha de cuidado em saúde mental: Levantamento de como os protocolos existentes estão sendo aplicados; Identificação de pontos de ruptura na linha de cuidado (acolhimento, referência, contrarreferência, desinstitucionalização, etc.) e a avaliação da articulação entre CAPS, UBS, urgência/emergência e hospital. 2. Revisão e (re)organização dos fluxos assistenciais: Atualização dos fluxos de acesso, encaminhamento, regulação e acompanhamento dos usuários em sofrimento psíquico, definição de papéis e responsabilidades de cada ponto da rede (APS, CAPS, hospital, SAMU, etc.) e a atualização de fluxogramas e documentos visuais claros para as equipes. 3. Disseminação e padronização dos protocolos clínicos: Revisão e adaptação dos protocolos de: Crise psiquiátrica, risco de suicídio, abordagem no acolhimento (com escuta qualificada), encaminhamento e cuidado compartilhado, manejo da medicação psicotrópica na APS e a distribuição padronizada em todas as unidades da rede. 4. Capacitação das equipes multiprofissionais da RAS: Formação continuada em saúde mental para equipes da APS, CAPS, urgência/emergência, hospitais e SAD. Temas prioritários: Acolhimento	

	humanizado, abordagem de crise, cuidado em liberdade, redução de danos, cuidado compartilhado e matriciamento em saúde mental. 5. Fortalecimento do matriciamento e apoio institucional: Implantação ou fortalecimento de ações de matriciamento entre CAPS e APS/urgência/hospital em reuniões conjuntas para discussão de casos, construção de PTS (Projeto Terapêutico Singular) e apoio às equipes. 6. Integração com pontos estratégicos da rede: Articulação com CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, SAMU, Judiciário, escolas, entre outros, estabelecimento de fluxos de cuidado intersetorial, especialmente para casos de vulnerabilidade social, dependência química, transtornos graves e infantojuvenis. 7. Implantação de monitoramento e avaliação da linha de cuidado: Definição de indicadores como: • Tempo entre o primeiro atendimento e o início do cuidado especializado. • Número de acolhimentos e intervenções em crise. • Taxa de internações psiquiátricas evitáveis. • Número de reuniões de matriciamento realizadas. 8. Ações de educação em saúde e sensibilização da comunidade: Campanhas sobre saúde mental e redução do estigma com o envolvimento de usuários e familiares nos espaços de cuidado e controle social.	
3- Reestruturar o serviço do CAPS III para adequação as diretrizes do Ministério da Saúde.	1. Avaliação situacional do serviço atual: Diagnóstico situacional do CAPS III (estrutura física, recursos humanos, fluxos e processos) e levantamento de não conformidades frente às normativas do Ministério da Saúde (portarias e manuais técnicos). 2. Adequação da estrutura física: Reformas para garantir acessibilidade, segurança e ambientes terapêuticos adequados e manter adequação dos espaços para funcionamento 24h (salas de acolhimento, quartos, banheiros com chuveiro, refeitório etc.). 3. Revisão e redimensionamento da equipe multiprofissional: Avaliação das cargas horárias e composição da equipe mínima exigida (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros) e contratação ou remanejamento de profissionais, se necessário. 4. Implementação de protocolo de funcionamento 24h: Estabelecimento de escala de plantões noturnos, finais de semana e feriados e a organização do acolhimento noturno, manejo de crises e internações breves.	

	5. Capacitação permanente da equipe: Realização de oficinas e treinamentos sobre cuidado em saúde mental, manejo de crises, abordagem psicossocial, redutores de danos, entre outros e atualização sobre políticas públicas e direitos das pessoas com transtornos mentais. 6. Revisão dos fluxos assistenciais e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Fortalecimento da articulação com Atenção Básica, SAMU, UPA, hospitais gerais, CAPS AD, CAPS Infantojuvenil e demais pontos da RAPS e atualização de protocolos de referência e contrarreferência. 7. Implementação e/ou reforço dos dispositivos terapêuticos: Grupos terapêuticos, oficinas, atendimentos individuais, visitas domiciliares e atendimentos familiares e incentivo à reinserção social, escolar e laboral dos usuários. 8. Monitoramento e avaliação contínua: Estabelecimento de indicadores de desempenho e qualidade (número de atendimentos, internações breves, tempo de permanência, adesão ao tratamento etc.) e reuniões de equipe e com gestores para avaliação periódica. 9. Elaboração de protocolo de segurança institucional: Normas de conduta, manejo de situações de risco, contenção e segurança dos profissionais e usuários. 10. Atualização cadastral e documental do CAPS III junto ao Ministério da Saúde e SISAPS: Garantir a regularidade do serviço no CNES e nos sistemas federais de saúde.	
OBJETIVO	1.5- Propiciar acesso em tempo oportuno e qualificação aos serviços ofertados na Saúde bucal	
META	AÇÃO	PPA
1-Realizar o pré-natal odontológico em 100% das gestantes.	1. Realização de ações educativas para todas as gestantes inseridas na APS para "desmitificar" o tratamento odontológico. 2. Realização de Treinamento/ Atualização de todos os CD para atendimento das gestantes. 3. Realização de busca ativa para as gestantes faltosas e que não realizaram consulta odontológica. 4. Implantação do tele-atendimento odontológico da gestante. 5. Incorporação da consulta odontológica para a gestante no Pré-Natal.	
2-Desenvolver ações educativas e preventivas junto a população para diminuir patologias odontológicas.	1. Realização por todos os CD de USF de palestras e ações coletivas no território e adjacências. Em especial nas escolas. 2. Realização de palestra para grupos específicos, em especial diabéticos e idosos. 3. Realização de dia específica do CD na escola. 4. Implantação de informatização do atendimento odontológico nas escolas.	
3-Garantir 80 próteses/mês, e reduzir o	1. Realização de revisão do contrato atual para novo processo licitatório; 2. Elaboração de Termo de Referência adequado ao serviço para garantir qualidade e tempo	

prazo de entrega delas para menos de 12 meses.	adequado.	
4-Qualificar as ações de assistência à saúde bucal no rastreamento e diagnóstico de neoplasias através da elaboração e implementação de protocolos.	1. Aumento das consultas da CD especialista em PATOLOGIA, realizando em consulta de idosos que estão solicitando próteses. 2. Redefinição do Fluxo de AE odontologica para a AE médica com o estabelecimento de novo protocolo. 3. Elaboração do protocolo de AE odontologica para a AE médica. 4. Elaboração de parceria com IES para análise dos casos de câncer bucal na população identificadas. 5. Levantamento dos casos já identificados. 6. Realização de campanha câncer bucal - mês de Maio. Articulada com a APS. 7. Realização de Treinamento/ Atualização de todos os CD para busca ativa de lesões de tecidos moles bucais.	
5-Garantir o atendimento no serviço especializado (CEO) dentro de 90 dias para encaminhamentos da AB e 30 dias em caso de PCD.	1. Análise e organização da demanda existente: Levantamento da fila de espera por especialidade (Endodontia, Periodontia, Cirurgia, etc.), identificação de tempo médio de espera atual, gargalos e prioridades e a classificação de risco/urgência nos encaminhamentos. 2. Criação e/ou atualização do protocolo de regulação odontológica: Estabelecer critérios claros de priorização para agendamento, garantir prioridade no agendamento de PCD conforme o protocolo e legislação e padronizar o preenchimento de formulários de referência com informações clínicas suficientes. 3. Integração entre APS e CEO: Implantação de fluxos de comunicação mais ágeis entre as equipes da Atenção Básica e o CEO e reuniões periódicas para alinhar protocolos e resolutividade das UBS antes de encaminhar ao CEO. 4. Gestão da oferta de vagas no CEO: Avaliação da carga horária dos profissionais e ajustes de agenda conforme a demanda, organização semanal ou mensal de agendas com reserva de vagas para PCD e o uso de sistemas informatizados para agendamento e acompanhamento (ex: SISREG, e-SUS ou planilhas locais). 5. Ampliação da resolutividade local: Capacitação das equipes da AB para realizarem procedimentos básicos que hoje são encaminhados desnecessariamente ao CEO e educação permanente sobre critérios de encaminhamento e manejo de casos simples na APS. 6. Redução do absenteísmo: Confirmação ativa de agendamentos (via telefone, WhatsApp, agentes comunitários), ações educativas sobre a importância do comparecimento e reagendamento automático	

	em caso de falta justificada. 7. Organização do atendimento para PCD: Adaptação de fluxos, estrutura física e materiais para atendimento acessível, treinamento das equipes para manejo clínico e comunicação com pessoas com deficiência e parceria com o transporte sanitário, se necessário, para garantir o acesso. 8. Monitoramento contínuo e avaliação de indicadores: Indicadores mensais: Tempo médio de espera por especialidade, % de atendimentos realizados dentro do prazo, número de pacientes PCD atendidos no tempo adequado, taxa de absenteísmo e reuniões de análise crítica com a equipe de coordenação da saúde bucal. 9. Divulgação dos fluxos aos profissionais e usuários: Informar claramente às equipes da APS e usuários os prazos estabelecidos e critérios de agendamento, produção de materiais informativos simples e objetivos.	
OBJETIVO	1.6 Qualificar a gestão da assistência farmacêutica por meio de acesso à medicamentos de forma segura e com qualidade	
META	AÇÃO	PPA
1-Garantir o abastecimento acima de 90% dos medicamentos padronizados (REMUME) nas unidades que realizam a dispensação de medicamentos.	1. Revisão e atualização da REMUME: Atualização periódica da lista de medicamentos padronizados, com base em protocolos clínicos, demandas locais e disponibilidade de financiamento, alinhamento com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e programas federais/estaduais. 2. Planejamento e qualificação da programação de compras: Realização da programação ascendente com base no consumo real das unidades, utilização de ferramentas como histórico de consumo, perfil epidemiológico e sazonalidade e padronização de planilhas de solicitação e envio de quantidades compatíveis com a realidade de cada unidade. 3. Aprimoramento dos processos de aquisição: Organização de compras regulares com cronograma pré-definido, uso de atas de registro de preços, consórcios ou parcerias para garantir melhor custo-benefício e monitoramento dos processos licitatórios e redução de entraves burocráticos. 4. Gestão eficiente do estoque e armazenamento: Implantação ou qualificação do sistema de controle informatizado de estoque (ex: HÓRUS, e-SUS, software próprio), realização de inventários periódicos e controle de validade e a garantia de boas práticas de armazenamento (temperatura, umidade, organização física). 5. Distribuição e abastecimento regular das unidades: Estabelecimento de calendário fixo de entrega para evitar desabastecimentos pontuais, logística eficiente para garantir entregas mesmo em áreas	

	rurais ou distantes e reserva técnica estratégica para medicamentos críticos. 6. Monitoramento de indicadores de abastecimento: Acompanhamento mensal da cobertura de abastecimento por unidade e por medicamento, análise de medicamentos com ruptura frequente e causas (falha de compra, alta demanda, problemas no fornecedor) e elaboração de relatórios e dashboards para gestão e tomada de decisão. 7. Capacitação das equipes envolvidas: Treinamento contínuo dos profissionais farmacêuticos e auxiliares em: Planejamento da programação, uso de sistemas informatizados, boas práticas de armazenamento e dispensação e sensibilização dos gestores das unidades sobre o uso racional de medicamentos. 8. Implantação de estratégias de controle de perdas: Monitoramento de vencimentos e uso de estratégias de remanejamento entre unidades, registro e investigação de perdas (quebra, extravio, vencimento). 9. Fortalecimento da comunicação entre farmácia e unidades: Canal direto para comunicação sobre faltas, devoluções e remanejamento, relatórios mensais de consumo e disponibilidade compartilhados com coordenação e gestão. 10. Transparência com usuários e controle social: Divulgação periódica da lista atualizada de medicamentos disponíveis e a participação dos conselhos de saúde no acompanhamento da assistência farmacêutica.	
2-Atualização da REMUME de forma periódica com base no uso racional e nas necessidades da população.	1. Fortalecimento da comissão Farmacoterapêutica 2. Realização de reuniões periódicas para avaliação de novos medicamentos de acordo com critérios técnicos para inclusão, substituição ou exclusão.	
3-Implantação do Cuidado Farmacêutico (Serviço Clínico Farmacêutico).	1. Diagnóstico situacional da rede e da estrutura existente: Levantamento do número de farmacêuticos atuantes e carga horária disponível, verificação dos espaços físicos adequados para atendimento clínico individual e mapeamento de populações prioritárias (hipertensos, diabéticos, idosos, PCD, etc.). 2. Capacitação dos farmacêuticos para atuação clínica: Formação em: Cuidado Farmacêutico no SUS (por meio de cursos do CONASS, CFF, UNA-SUS, etc.), acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, registro clínico e uso de instrumentos de acompanhamento e oficinas de protocolo clínico e abordagens por linha de cuidado (HAS, DM, saúde mental, etc.). 3. Elaboração de protocolos e fluxos do serviço: Definição dos critérios de inclusão de pacientes (ex.:	

	polifarmácia, baixa adesão, reações adversas), estabelecimento do fluxo de encaminhamento (APS → farmacêutico), criação de protocolos de seguimento e intervenções farmacêuticas e definição da periodicidade do acompanhamento e formas de retorno. 4. Adequação da estrutura física e organizacional: Destinação de sala reservada, com privacidade, mobiliário adequado e acesso ao prontuário, garantia de tempo específico na carga horária do farmacêutico para atendimento clínico e articulação com a coordenação das unidades e gestores. 5. Implantação do serviço clínico nas unidades: Início em fase piloto (ex: uma UBS) e expansão gradual conforme estrutura e capacitação, registro clínico dos atendimentos (em prontuário eletrônico ou físico padronizado). E integração com os demais profissionais da equipe de saúde. 6. Realização de ações educativas e suporte ao autocuidado: Grupos educativos sobre uso correto de medicamentos, armazenamento, descarte seguro, orientações individualizadas para melhoria da adesão e prevenção de reações adversas. 7. Monitoramento e avaliação do serviço: Indicadores a serem acompanhados: Nº de pacientes acompanhados pelo farmacêutico, nº de intervenções farmacêuticas realizadas, problemas relacionados a medicamentos (PRM) identificados e resolvidos, melhora da adesão terapêutica e satisfação do usuário com o cuidado farmacêutico. 8. Comunicação e integração com a equipe de saúde: Apresentação do serviço aos demais profissionais, reuniões de discussão de casos clínicos e notificação de problemas relacionados a medicamentos e reações adversas. 9. Engajamento da gestão e apoio institucional: Apoio para garantir infraestrutura, tempo clínico e valorização profissional e divulgação do serviço na rede e junto à comunidade.	
4- Ampliação do horário de funcionamento das farmácias da Avenida 29 e do Chervezon.	1. Análise da demanda e justificativa técnica: Levantamento do fluxo de usuários por turno (manhã, tarde, início da noite), identificação de horários com maior demanda reprimida ou dificuldade de acesso e consulta pública ou escuta da população local (através de UBS, conselhos ou agentes comunitários). 2. Definição dos novos horários de funcionamento: Estudo de viabilidade para abertura: Em horário estendido (ex: até 20h) e aos sábados ou em horário alternativo (ex: intervalo de almoço) e estabelecimento de cronograma piloto com possibilidade de ajustes. 3. Planejamento de recursos humanos: Avaliação da necessidade de: Redimensionamento da equipe atual, reposição ou contratação de novos profissionais (farmacêuticos e auxiliares), implementação de escalas de revezamento para evitar sobrecarga e a Garantia da presença de farmacêutico responsável técnico em todo o período.	

	4. Adequação da estrutura física e de segurança: Avaliação da necessidade de reforço na iluminação externa e interna, verificação de segurança patrimonial (porteiro, câmeras, vigilância em horários noturnos) e Condições ambientais adequadas (climatização, segurança para medicamentos controlados). 5. Atualização dos sistemas de apoio: Verificar se o sistema de dispensação e o estoque estarão operacionais nos novos horários, planejar a rotina de entrega de medicamentos, fechamento de caixa e registro de dados. 6. Divulgação e orientação à população: Informar amplamente à população sobre os novos horários (cartazes, redes sociais, rádios, informativos nas UBS e com agentes comunitários) e esclarecer os tipos de medicamentos disponíveis, horários específicos e eventuais mudanças. 7. Monitoramento e avaliação da ampliação: Indicadores para acompanhar: Nº de atendimentos realizados nos novos horários, perfil dos usuários atendidos, taxa de satisfação dos usuários, eventuais faltas ou demandas fora da previsão e avaliação mensal para possíveis ajustes no horário ou na equipe. 8. Documentação e formalização da mudança: Atualização da legislação municipal ou portaria de funcionamento (se necessário) e notificação ao Conselho Regional de Farmácia da mudança de horário do serviço.	
DIRETRIZ II - REDUZIR E PREVENIR RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DE AÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE		
OBJETIVO	2.1-Garantir ações de promoção de saúde e prevenção de agravos a população na APS	
META	AÇÕES	PPA
1-Ampliar o acompanhamento das condicionalidades do perfil de saúde das famílias e do programa bolsa família.	1. Identificar os usuários cadastrados nas Unidades que são contemplados pelo Programa Bolsa Família, através do recebimento e análise do mapa de acompanhamento das condicionalidades da saúde. 2. Verificar a possibilidade de descentralizar o acesso ao sistema para registro das condicionalidades da Saúde do Programa (bolsa família) Auxílio Brasil. 3. Ampliar a divulgação para a população sobre importância do acompanhamento das condicionalidades, por meio de cartazes fixados nos murais das Unidades, contato telefônico, publicação em redes sociais oficiais, visitas de ACSs e possibilidade de confecção de cartazes pela secretaria de assistência social. Capacitar periodicamente através de encontro presencial ou remoto as equipes da APS sobre o PBF: importância do acompanhamento das condicionalidades. 4. Apresentar taxa de acompanhamento mensal BF (por e-mail).	

	5. Manter o horário ampliado para avaliação antropométrica nas Unidades para acompanhamento das condicionalidades do PBF. 6. Aproveitar/realizar a captação das condicionalidades durante as consultas destinadas as crianças menores de 7 anos, gestantes e mulheres de 14 a 44 anos quando necessário. 7. Realizar busca ativa dos faltosos na vacinação por meio de visitas domiciliares, contato telefônico, parceria com CRAS, CADU, escolas e creches. 8. Averiguar se as gestantes cadastradas nos territórios são contempladas com o PBF, na atualização dos cadastros individuais e domiciliares, incluindo a pergunta na abertura do pré-natal. 9. Intensificar a busca ativa dos beneficiários que não comparecerem dentro do semestre através de contato telefônico, VD, correspondência, parceria com CRAS, CADU, escolas e creches. 10. Enviar via correio eletrônico os dados dos beneficiários em tempo oportuno para responsável municipal pelo PBF. 11. Realizar o registro das condicionalidades do PBF no sistema em tempo oportuno. 12. Articular rede intersetorial com CRAS, escolas e projetos do território, para localizar os usuários do PBF. Alinhar as ações de responsabilidade de cada secretaria para intensificar e fortalecer o acompanhamento das condicionalidades do PBF. 13. Garantir o envio dos dados do acompanhamento do mapa do BF para a interlocutora do programa mensalmente em tempo oportuno 14. Garantir devolutiva/relatório para a Coordenação de Atenção Básica sobre as informações enviadas do mapa de acompanhamento para monitorar os dados sensíveis ao BF	
2-Qualificar a assistência à saúde da criança, através da realização de consulta na primeira semana de vida (75%) e do acompanhamento na APS (100%).	1. Implementar e implantar o Protocolo da linha de cuidado da criança. 2. Realizar ações de educação permanente quanto ao protocolo de puericultura. 3. Realizar busca ativa dos recém nascidos faltosos, que não compareceram no teste de triagem neonatal e em consulta agendada. 4. Qualificar os profissionais da rede quanto às boas práticas a serem atingidas de acordo com os novos indicadores de saúde e lançamento adequado dos atendimentos em sistema de gerenciamento de dados vigente. 5. Monitoramento do protocolo de bebê de risco. 6. Assegurar a contrarreferência da maternidade do bebê de risco para APS, incluindo na planilha de alta responsável. 7. Qualificação dos profissionais da APS quanto ao protocolo de bebê de risco. 8. Manter compartilhado cuidado entre APS e ambulatório de bebê de risco.	
3-Elaborar protocolo de assistência à	1. Levantamento e revisão de evidências clínicas: Pesquisa de protocolos existentes do Ministério da Saúde, sociedades médicas (FEBRASGO, SBEM) e experiências municipais e estudo das diretrizes	

saúde da mulher no climatério e menopausa.	clínicas baseadas em evidências para o manejo do climatério e da menopausa. 2. Criação de grupo de trabalho multiprofissional: Formação de um grupo com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais da APS e inclusão de representantes da saúde da mulher e coordenação da Atenção Básica. 3. Diagnóstico das necessidades locais: Levantamento de dados epidemiológicos e de atendimentos relacionados ao climatério, escuta qualificada de mulheres para entender dificuldades, demandas e percepção sobre o atendimento recebido. 4. Elaboração do protocolo: O protocolo deve incluir orientações práticas sobre: Identificação e acolhimento de mulheres no climatério (45 anos ou mais), sinais e sintomas: fogachos, distúrbios do sono, humor, lubrificação vaginal, libido, etc, avaliações clínicas e laboratoriais recomendadas (ex: TSH, FSH, perfil lipídico, densitometria óssea), abordagem terapêutica: tratamento não farmacológico, orientações de autocuidado, fitoterápicos e, se indicado, reposição hormonal, saúde mental: suporte psicológico e encaminhamento quando necessário, prevenção de agravos: osteoporose, doenças cardiovasculares, câncer e fluxos de encaminhamento: quando e para quem referenciar (gineco, endocrino, psicólogo etc.). 5. Capacitação das equipes da APS: Treinamentos presenciais ou online sobre a nova diretriz, oficinas práticas com estudos de caso e distribuição de materiais de apoio (resumos, algoritmos de conduta, fichas de triagem). 6. Organização dos fluxos de cuidado: Definição clara de papéis da equipe (médico, enfermeiro, ACS), articulação com EMAESM, especialistas e outros serviços da RAS e registro padronizado nos sistemas (e-SUS, prontuário eletrônico). 7. Educação em saúde e empoderamento das mulheres: Realização de grupos educativos sobre climatério e menopausa, produção e distribuição de materiais informativos acessíveis e fortalecimento do autocuidado e da autoestima. 8. Monitoramento da implantação e impacto: Indicadores de acompanhamento: N° de atendimentos a mulheres no climatério/menopausa , n° de profissionais capacitados, adesão ao protocolo, satisfação das usuárias e reavaliação e ajustes no protocolo conforme resultados e feedbacks.	
4-Ampliar os grupos na temática de antitabagismo na RAS.	1. Mapeamento da oferta atual e demanda reprimida: Levantamento dos grupos já existentes, locais, frequência e capacidade, identificação de unidades ou territórios sem oferta de grupos e verificação de filas de espera e usuários interessados. 2. Planejamento da expansão dos grupos: Definição de novas unidades de saúde (UBS, USF, CAPS,	

	etc.) para implantação dos grupos, elaboração de cronograma de implantação por etapas e articulação com profissionais disponíveis (médico, psicólogo, enfermeiro, ACS). 3. Capacitação das equipes da RAS: Formação de profissionais na Abordagem e Tratamento do Fumante, conforme protocolo do INCA, oferta de cursos EAD (ex: INCA, Telessaúde) e oficinas práticas e a distribuição de materiais educativos e manuais de condução de grupos. 4. Implantação e organização dos novos grupos: Estruturação dos grupos com base nos quatro encontros do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, organização do espaço físico, agenda, materiais de apoio e inscrição dos usuários e Garantia de continuidade (sessões de manutenção após os encontros iniciais). 5. Acesso a tratamento medicamentoso (quando indicado): Garantia de abastecimento de medicamentos previstos no protocolo: adesivos de nicotina, bupropiona, etc, elaboração de fluxo de prescrição e dispensação junto à farmácia municipal. 6. Campanhas educativas e busca ativa: Realização de ações de mobilização comunitária em datas estratégicas (ex: 31 de maio – Dia Mundial sem Tabaco), divulgação dos grupos nas salas de espera, escolas, rádio comunitária, redes sociais e pelas equipes da AP e envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação e sensibilização de usuários. 7. Monitoramento e avaliação dos grupos: Indicadores a serem acompanhados: Nº de grupos ativos na RAS, Nº de participantes por grupo, Taxa de cessação ao final dos encontros, Taxa de abstinência após 6 e 12 meses, Nº de profissionais capacitados e realização de reuniões periódicas para avaliação e melhorias. 8. Articulação intersetorial: Parceria com escolas, empresas, CRAS, CAPS e organizações locais para ampliar a capilaridade das ações e ações educativas para adolescentes e jovens (prevenção do início do tabagismo).	
5- Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no município.	1. Qualificar as equipes de saúde quanto a PNSIPN. 2. Conscientizar as equipes de saúde no preenchimento do campo raça/cor nos sistemas de informação. Realizar atividades em parceria com CRAS, CREAS, CONERC/ Assessoria da Igualdade Racial. 3. Realizar levantamento da população negra em cada território. 4. Incentivar a realização de cursos relacionados à saúde população negra. 5. Garantir acesso da população negra, incluindo estrangeiros nas Unidades de Saúde. 6. Criar grupo de trabalho intersetorial para levantamento de dados, análise e construção da Política	

	Municipal de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Negra. 7. Garantir as ações do comitê intersetorial da saúde da população negra. 8. Garantir a inclusão das especificidades da saúde da população negra nos protocolos clínicos.	
6 – Implementar e manter os programas de saúde bucal da primeira infância.	1. Realização através do programa "BEBE SORRISO" e CRIANÇA SORRISO". 2. Atualização e publicação do programa, formalizando as ações dos 1.000 dias (primeira infância). 3. Realização de atividades educativas nas escolas, em especial nas creches. 4. Realização de ações na maternidade e/ou em parceria. 5. Realização de ações educativas com os pediatras e com os membros da equipe da saúde da família informando sobre o programa.	
OBJETIVO	2.2- Garantir ações de promoção de saúde e prevenção de agravos a população na Vigilância em Saúde	
META	AÇÕES	PPA
1-Fortalecer do Programa Nacional de Imunização (PNI) através da oferta ampliada da vacina do HPV (95% dos adolescentes) e da dengue (90% da faixa etária preconizada), e intensificação da oferta de vacina de COVID.	1. Planejamento e organização da rede vacinadora: Atualização do cronograma de vacinação nas unidades da APS, reforço da estrutura física e logística das salas de vacina e avaliação e, se necessário, redistribuição dos recursos humanos. 2. Identificação da população-alvo: Levantamento nominal dos adolescentes e população dentro da faixa etária preconizada para: HPV (meninas e meninos de 9 a 14 anos), Dengue (conforme faixa etária e localidades com recomendação vigente), COVID-19 (grupos prioritários e conforme calendários atualizados) e Cruzamento de dados do e-SUS, SI-PNI e escolas. 3. Ampliação da oferta de vacinação: Vacinação extramuros em: Escolas (principal estratégia para HPV e dengue), centros comunitários, CRAS, igrejas, feiras e praças, unidades móveis e horários estendidos em UBS e estratégias de vacinação em horário noturno e fins de semana ("Dia D"). 4. Parcerias intersetoriais estratégicas: Educação: articulação com escolas públicas e privadas para vacinar adolescentes no ambiente escolar e assistência social: busca ativa de famílias com baixa cobertura vacinal via CRAS e equipes de referência e conselhos tutelares e serviços de convivência para mobilização de adolescentes. 5. Campanhas de comunicação e mobilização social: Ações educativas nas escolas com apoio da Atenção Básica, campanhas em redes sociais, rádios locais, cartazes e panfletos explicando a importância da vacinação e combatendo fake News e envolvimento de influenciadores locais, líderes comunitários e religiosos. 6. Busca ativa e resgate de não vacinados: Visitas domiciliares por ACS, chamadas telefônicas e	

	mensagens via WhatsApp e monitoramento por listas nominais das unidades escolares e do e-SUS. 7. Garantia do abastecimento e gestão das vacinas: Monitoramento rigoroso do estoque e reposição de vacinas e insumos (seringas, cartões) e planejamento logístico para transporte e armazenamento correto (rede de frio). 8. Capacitação das equipes de vacinação: Atualização sobre: Esquemas vacinais atualizados (inclusive doses adicionais e reforços), registro no SI-PNI e prontuário eletrônico e manejo de eventos adversos pós-vacinação. 9. Monitoramento e avaliação das metas de cobertura:	
2-Reduzir a transmissão, incidência e mortalidade de agravos por arboviroses urbanas através do tratamento dos casos confirmados (100%), mapeamento dos bairros e visita domiciliar para busca e controle de focos (100% dos domicílios cobertos por ACE e ACS).	1. Intensificar as ações de busca ativa de casos suspeitos e positivos de dengue relacionados ao caso índice com prazo máximo de 1 semana para bloqueios químico e mecânico. 2. Fortalecer o preenchimento e envio ao CCZ das planilhas específicas pelas USF, atendendo a nova Portaria. Adequação de RH do CCZ para reestabelecer equipe mínima devido a perdas acumuladas de servidores - efetivar a contratação de profissionais para recompor equipe mínima do CCZ: 1 Agente de Combate às Endemias para cada 1000 imóvel. Rio Claro tem 95.831 imóveis cadastrados (Sisaweb 07/07/2025) 3. Viabilizar captação de recursos para execução da obra para ampliação e/ou construção de espaço físico para o CCZ. 4. Captação de recursos para recomposição da frota de veículos para realização das visitas para vigilância, controle e combate às arboviroses pelo CCZ.	
3-Desenvolver ações para atingir 80% de cura dos casos novos de TB; examinar 100% dos contactantes dos casos confirmados; realizar o Tratamento Diretamente Supervisionado (100%).	1. Capacitação das equipes de saúde: Treinamentos periódicos sobre diagnóstico, tratamento e seguimento da TB, atualização sobre protocolos do Ministério da Saúde e manejo do TODO e Capacitação para a busca ativa de contactantes. 2. Busca ativa e diagnóstico precoce: Identificação e investigação de sintomas respiratórios em unidades básicas e na comunidade, realização de exames bacteriológicos (baciloscopia, cultura, GeneXpert) conforme protocolo e monitoramento e acompanhamento dos casos novos e seus contactantes. 3. Exame e acompanhamento dos contactantes: Notificação dos contactantes domiciliares, escolares e ocupacionais, realização de avaliação clínica, exame baciloscópico e teste tuberculínico ou IGRA, conforme recomendação e encaminhamento para profilaxia quando indicado (tratamento preventivo). 4. Implementação rigorosa do Tratamento Diretamente Observado (TDO): Orientação e engajamento do paciente e familiares sobre a importância do TODO, definição e organização dos pontos de observação	

	(unidades básicas, domiciliar, pontos comunitários), escala e supervisão da equipe de saúde responsável pela administração diária da medicação e monitoramento do uso correto e continuidade do tratamento. 5. Educação em saúde e suporte ao paciente: Realização de atividades educativas sobre TB, adesão ao tratamento e prevenção, envolvimento de agentes comunitários de saúde no acompanhamento domiciliar e apoio psicossocial para garantir o comprometimento do paciente ao tratamento. 6. Garantia do abastecimento de medicamentos e insumos: Monitoramento contínuo do estoque de medicamentos específicos para TB e garantia de insumos para coleta de exames laboratoriais. 7. Monitoramento e avaliação contínua: Controle rigoroso dos dados no sistema de informação (SINAN), análise mensal dos indicadores, % de cura dos casos novos, % de contactantes examinados, % de pacientes em TODO e realização de reuniões periódicas para avaliação dos resultados e ajuste das estratégias. 8. Articulação intersetorial: Parceria com educação, assistência social e movimentos comunitários para ampliar o alcance da busca ativa e envolvimento da família e comunidade no suporte ao paciente.	
4-Realizar teste rápido para ISTs e coleta de BK para pacientes sintomáticos respiratórios (100%).	1. Identificação sistemática dos pacientes elegíveis: Para ISTs: Realizar triagem de fatores de risco nas consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e com ACS e oferecer testagem em toda demanda espontânea e em ações extramuros (feiras, escolas, eventos). Para TB: Identificar sintomáticos respiratórios (tosse por 3 semanas ou mais, com ou sem outros sintomas), realizar busca ativa nos atendimentos da APS e serviços de urgência e internações. 2. Capacitação das equipes: Treinamento dos profissionais da APS sobre: Realização e interpretação dos testes rápidos de ISTs e Coleta correta de escarro para baciloscopia e GeneXpert. Aconselhamento pré e pós-teste com escuta qualificada e sigilosa e fluxos de notificação e tratamento. 3. Garantia de insumos e logística: Monitoramento e reposição regular de: Testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites B e C), frascos para escarro, EPIs, insumos laboratoriais e verificação da capacidade do laboratório de referência para análise dos BKs. 4. Organização dos fluxos e encaminhamentos: Definição dos fluxos internos das unidades para: Coleta imediata de escarro, encaminhamento dos testes rápidos e coleta em consultas, salas de vacina ou acolhimento e encaminhamento rápido para início do tratamento, quando houver diagnóstico positivo. 5. Busca ativa e ações extramuros: Realização de: Ações itinerantes de testagem em áreas de maior vulnerabilidade (zonas rurais, bairros periféricos, abrigos, escolas) e parcerias com o eMULTI, CRAS, escolas e organizações comunitárias.	

	6. Registro e monitoramento da cobertura: Registro dos testes e coletas nos sistemas oficiais: SIS HIV, SISCEL, GAL, e-SUS AB, SINAN TB. Acompanhamento mensal dos indicadores: N° de testes rápidos realizados, N° de pacientes com sintomas respiratórios que realizaram BK, N° de casos positivos identificados e tratados. 7. Educação em saúde e comunicação: Produção de materiais informativos acessíveis sobre: Sinais e sintomas de TB, importância da testagem para ISTs e ações educativas em sala de espera e nas comunidades. 8. Atenção integral após diagnóstico: Garantia de acesso imediato ao tratamento e seguimento de casos positivos, encaminhamento para atendimento médico especializado, quando necessário e aconselhamento contínuo, inclusive para prevenção de reinfeção.	
5-Desenvolver ações para aumentar o percentil de cura dos casos novos de Hanseníase (95%) através de: exame de 100% dos contactantes intradomiciliares e tratamento conforme classificação do doente (PB e MB).	1. Elaboração e validação do protocolo clínico de manejo da hanseníase; 2. Capacitação de profissionais da atenção primária e especializada e rede de urgência; 3. Implementação e disseminação do protocolo clínico e fluxograma de atendimento; 4. Manter e garantir insumos e medicamento para tratamento; 5. Manter e garantir acompanhamento e exames; 6. Garantir o encaminhamento para Ambulatório de Hanseníase pela APS imediatamente; 7. Manter a identificação, exame e tratamento dos usuários e contactantes intradomiciliares; 8. Realizar ações de educação em saúde e combate ao estigma; 9. Implantar indicadores de avaliação;	
6-Garantir a qualidade da água tratada conforme a legislação vigente.	1. Manter reagentes e equipamentos calibrados para continuidade das ações 2. Monitorar a rede de distribuição de água da rede pública e de Sistemas Alternativos Coletivos (SAC) 3. Monitorar a qualidade da água do sistema de diálise (Instituto do Rim).	
7-Qualificar as ações de vigilância em saúde do trabalhador através da identificação das doenças relacionadas ao trabalho e do preenchimento completo do Sinan (90%).	1. Atividades de educação permanente na RAS de Rio Claro – Atenção Primária, Urgência/Emergência e Especialidades, sensibilizando gestores e equipes na identificação de casos suspeitos de DART's; 2. Atividades de educação permanente nos municípios da área de abrangência do CEREST, sensibilizando gestores e equipes na identificação de casos suspeitos de DART's; 3. Atividades de educação permanente na RAS, sensibilizando gestores e equipes sobre o preenchimento do RAAT, com destaque para a importância dos campos Ocupação e CNAE; 4. Monitoramento dos municípios silenciosos quanto ao registro de DART's no SINAN; 5. Acolhimento e avaliação de trabalhadores com suspeita de DART's no CEREST; 6. Emissão de pareceres de Nexo Etológico com o trabalho posterior à avaliação especializada no	

	CEREST; 7. Triagem e qualificação dos RAAT's emitidos na rede; 8. Interlocução com outros componentes da vigilância em saúde, especialmente a VE, na qualificação dos óbitos por causas externas relacionados ao trabalho; 9. Produção de boletins e informes de saúde do trabalhador, atualizando gestores e equipes com as diretrizes do Ministério da Saúde; 10. Atuação nos programas e projetos de abrangência Estadual, como a Linha de Cuidado aos Trabalhadores expostos ao Amianto; 11. Investigação de 100% dos acidentes de trabalho graves e fatais; 12. Implementar os indicadores de saúde do trabalhador dispostos no PNS 2024-2027.	
8-Elaborar e implementar os protocolos clínicos para as doenças relacionadas ao trabalho: Dermatose ocupacional, PAIR e LER/DORT.	1. Estabelecimento de fluxos e diretrizes junto à RAS de Rio Claro, em caráter intersetorial; 2. Acolhimento, avaliação, notificação e referenciamento de trabalhadores acometidos por DART's; 3. Utilização das Notas Técnicas e protocolos relacionados aos agravos do Ministério da Saúde para a elaboração do protocolo municipal.	
9-Investigar todos os acidentes de trabalho fatais e graves com menores de 18 anos.	1. Triagem e qualificação dos RAAT's emitidos na rede; 2. Investigação dos RAAT's com potencial de gravidade; 3. Monitoramento de rumores de acidentes de trabalho; 4. Estabelecimento de contatos intersetoriais e com os demais componentes da Vigilância em Saúde; 5. Atuação no Termo de cooperação técnica do CEREST Estadual com o MPT-15ª Região de Campinas; 6. Inspeção sanitária em saúde do trabalhador em ambientes e processos de trabalho onde ocorreram acidentes de trabalho graves, fatais e com menores de 18 anos; 7. Produção de relatórios e documentos técnicos; 8. Participação em Audiências e reuniões técnicas; 9. Atuação na retaguarda técnica especializada para os municípios da área de abrangência, principalmente no apoio às Vigilâncias Sanitárias locais;	
10-Manter ações de prevenção da Raiva Animal através do bloqueio dos casos confirmados (100%), coleta e envio das amostras de quirópteros e de animais relevantes.	1. Proporcionar ativamente a triagem, coleta e o envio de 100% das amostras elegíveis para pesquisa do vírus rábico ao Instituto Pasteur. 2. Entrar em contato com todos os usuários envolvidos em acidentes com animais potencialmente contaminados, reforçando a orientação de não descartar o corpo em caso de óbito. Orientar a entrega ao serviço de zoonoses. 3. Manter a vacinação de rotina na Unidade, e realizar a vacinação de cães e gatos contactantes com morcegos, conforme nota técnica e protocolos estabelecidos pela Coordenadoria de Controle de	

	Doenças (CCD) e Instituto Pasteur (IP). 4. Garantir que a investigação de todas as notificações de acidentes envolvendo animais agressores notificadas pela Vigilância Epidemiológica (VE) ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) sejam realizadas. 5. Realizar o bloqueio de foco em 100% de casos confirmados de raiva animal.	
11-Manter ações de prevenção da transmissão de: leishmaniose, leptospirose e febre maculosa.	1. Levantamento e mapeamento de áreas de risco: Atualização de áreas com notificações anteriores ou fatores ambientais propícios: Leishmaniose: presença de cães positivos, matas, lotes sujos. Leptospirose: enchentes, esgoto a céu aberto, lixo acumulado. Febre maculosa: presença de capivaras, cavalos, carrapatos e vegetação alta e georreferenciamento de casos e vetores para priorizar ações. 2. Ações de controle vetorial e ambiental: Leishmaniose: Controle da população de cães infectados (testagem e acompanhamento), manejo ambiental (eliminação de criadouros de flebotomíneos) e castração e controle populacional de cães em áreas endêmicas. Leptospirose: Limpeza urbana e remoção de entulhos, desratização em áreas críticas e controle de inundações e saneamento básico. Febre maculosa: Roçagem de mato alto em áreas públicas e entornos urbanos, monitoramento de carrapatos e sinalização de áreas de risco (como parques e margens de rios) e controle populacional e manejo adequado de animais hospedeiros (como capivaras e cavalos, conforme norma ambiental). 3. Educação em saúde e mobilização social: Campanhas de orientação à população sobre: Cuidados com animais de estimação (especialmente cães), evitar contato com água de enchente (leptospirose). Uso de roupas protetoras e repelentes em áreas de risco (febre maculosa) e distribuição de materiais educativos em escolas, UBS, feiras e com apoio dos ACS. 4. Capacitação das equipes de saúde e vigilância: Atualização de profissionais sobre: Diagnóstico precoce e sinais clínicos das doenças, fluxos de notificação e investigação, manejo clínico adequado em unidades de saúde e integração entre Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e APS. 5. Monitoramento e notificação de casos: Fortalecimento da notificação imediata de casos suspeitos no SINAN, investigação epidemiológica de todos os casos confirmados e busca ativa de contatos e investigação de fontes ambientais. 6. Articulação intersetorial: Parcerias com: Secretaria de Meio Ambiente (para controle de áreas verdes e manejo de fauna), Secretaria de Obras e Saneamento (limpeza urbana, drenagem, controle de alagamentos), Educação (ações preventivas em escolas) e Defesa Civil (em áreas com risco de enchente ou desastres naturais).	

12- Implantar o protocolo de Enfrentamento à Sífilis.	1. Elaboração e/ou adaptação do protocolo local: Basear-se nas diretrizes do Ministério da Saúde e incluir: Fluxos de atendimento e seguimento, condutas para sífilis adquirida, gestacional e congênita, critérios de notificação, investigação e encerramento dos casos e abordagem de parcerias sexuais. 2. Capacitação das equipes de saúde: Treinamento de profissionais da APS, maternidades, hospitais e vigilância sobre: Diagnóstico com teste rápido e sorologia, conduta clínica e tratamento com penicilina benzatina, aconselhamento e prevenção de reinfecção e notificação e investigação dos casos. 3. Ampliar a testagem em todos os pontos de cuidado: Disponibilizar testes rápidos em: Consultas de rotina, pré-natal (1º, 3º trimestre e no momento do parto), Serviços de urgência, CAPS, CRAS, escolas (ações extramuros) e garantir testagem para parcerias sexuais e populações vulneráveis. 4. Garantir o tratamento imediato e adequado: Disponibilização contínua de penicilina benzatina nas unidades básicas, organização da sala de administração da penicilina com segurança e preparo para manejo de reação adversa e atendimento sem necessidade de agendamento para início do tratamento. 5. Fortalecer o pré-natal e o enfrentamento da sífilis gestacional: Testagem da gestante no início da gravidez, no 3º trimestre e no parto, acompanhamento clínico e laboratorial com prontuário atualizado, tratamento e acompanhamento do(a) parceiro(a) sexual e integração da vigilância com a assistência. 6. Monitorar e investigar todos os casos de sífilis: Sífilis adquirida: investigação e vínculo com ações de prevenção. Sífilis gestacional e congênita: Investigação completa de cada caso, reuniões do Grupo técnico de Prevenção da Transmissão Vertical (GTTV), encerramento dos casos com base em critérios técnicos e registro no SINAN, e atualização conforme evolução clínica. 7. Educação em saúde e ações intersetoriais: Campanhas de conscientização sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, parcerias com educação, assistência social, conselhos e juventude e distribuição de preservativos e orientação sobre práticas seguras. 8. Monitoramento e avaliação das metas e indicadores com reuniões periódicas para análise dos dados e revisão das estratégias.	
OBJETIVO	2.3 – Garantir as ações de vigilância em saúde do trabalhador na área de abrangência do CEREST RIO CLARO.	
META	AÇÕES	PPA
1- Desenvolver as ações indicadas pela Divisão de Saúde do Trabalhador do Ministério da	1. Registro de DART's no SINAN em ao menos 75% dos meses no período avaliado, em Rio Claro e >50% dos municípios da área de abrangência; 2. Existência de registro de Consulta médica em saúde do trabalhador ou consulta de profissional de nível superior no SIA/SUS; 3. Existência de registro de emissão de nexos etiológicos no SINAN, realizado pelo CEREST e/ou pelas	

Saúde para atingir a máxima pontuação.	unidades da RAS; 4. Existência de registro de inspeção sanitária em saúde do trabalhador no SIA/SUS; 5. Existência de registro de apoio matricial em saúde do trabalhador na Atenção Primária no SIA/SUS; 6. Existência de registro de apoio matricial em saúde do trabalhador na Atenção Especializada, Urgência e Emergência no SIA/SUS; 7. Monitoramento quadrimestral dos indicadores preconizados na Nota Informativa 02/2024; 8. Existência de registro de atividades de educação em saúde do trabalhador e de educação permanente em saúde do trabalhador no SIA/SUS.	
DIRETRIZ III – APRIMORAR A GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO, DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DA INSERÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E DE INOVAÇÃO DO SUS		
OBJETIVO	3.1- Garantir a promoção e divulgação de ações que oportunizem a educação em saúde aos profissionais e usuário da RAS	
META	AÇÕES	PPA
1-Implementar a carteira de serviços da APS de forma digitalizada para conhecimento dos serviços ofertado para a população.	1. Organização e padronização da carteira de serviços: Levantamento dos serviços ofertados por cada UBS (consultas, procedimentos, grupos, exames, programas, vacinação, etc.), definição de uma estrutura padrão, com categorias como:Acolhimento e atendimento médico/enfermagem; Saúde da mulher, da criança, do homem e do idoso; Doenças crônicas e agravos; Saúde mental, bucal e reabilitação; Grupos educativos e ações comunitárias. 2. Desenvolvimento do formato digital da carteira:Elaboração de uma versão digital acessível por:Site institucional da Secretaria de Saúde; Aplicativo de saúde municipal (caso exista); QR code em murais e recepções das UBSs; PDF interativo para-WhatsApp e redes sociais. Design claro, responsivo e de fácil navegação. 3. Capacitação das equipes de saúde: Apresentação da carteira de serviços para todas as equipes da APS, oficinas para orientar como usar a carteira como ferramenta de acolhimento, orientação e vínculo com o usuário e treinamento dos ACSs para divulgação ativa da carteira durante visitas domiciliares. 4. Estratégia de comunicação e divulgação à população: Criação de materiais informativos (folders, cartazes, vídeos curtos) e divulgação nas recepções das unidades, em redes sociais, rádios locais e eventos comunitários, ações educativas com a comunidade sobre como utilizar e consultar a carteira digital. 5. Atualização e manutenção periódica: Criação de um fluxo institucional para atualização dos serviços ofertados (inclusões, exclusões, horários) e definição de responsáveis em cada unidade para manter as	

	informações atualizadas. 6. Inclusão de recursos de acessibilidade e linguagem clara: Uso de linguagem simples e objetiva, disponibilização em PDF acessível e, se possível, em versões com áudio e Libras e tradução para línguas indígenas ou estrangeiras, caso necessário no território. 7. Monitoramento e avaliação da utilização: Verificação de acesso e uso da carteira digital (quando possível, com métricas no site ou app), aplicação de pesquisas rápidas de satisfação entre usuários e reuniões periódicas com as equipes da APS para avaliação do impacto da ferramenta.	
2-Elaborar programa de educação contínua e permanente (APS, AAE e urgência e emergência).	1. Levantamento das necessidades formativas: Aplicação de diagnóstico junto às equipes para identificar: Lacunas de conhecimento técnico e de protocolos, dificuldades na linha de cuidado, demandas específicas de cada ponto da rede (APS, AAE, urgência) e articulação com coordenações e gerências para definir prioridades. 2. Criação de uma comissão ou núcleo de EPS: Composição com representantes da gestão, técnicos da educação em saúde, profissionais da assistência e coordenações de serviços e responsável por planejar, executar e monitorar as ações educativas. 3. Definição de eixos temáticos e cronograma anual: Exemplos de eixos: Atenção às condições crônicas e saúde mental, urgência e emergência (parada cardiorrespiratória, classificação de risco, trauma, etc.), protocolos clínicos e linha de cuidado, humanização, acolhimento e segurança do paciente e elaboração de um calendário de formações mensais. 4. Diversificação das estratégias de educação: Oficinas presenciais e on-line, roda de conversa entre serviços (matriciamento e educação em serviço), estudo de caso e simulações clínicas, cursos EAD com tutoria local (ex: UNA-SUS, Telessaúde, AVASUS) e parcerias com universidades, CIEVS, CEREST, COREN, etc. 5. Integração entre os pontos da RAS: Criação de momentos conjuntos de formação entre APS, AAE e urgência para alinhamento de protocolos e fluxos e compartilhamento de experiências exitosas e boas práticas. 6. Monitoramento da participação e impacto: Registro da frequência e participação dos profissionais, avaliação de reação e aprendizagem ao final de cada formação e avaliação de indicadores assistenciais relacionados aos temas abordados (ex: melhoria na triagem, adesão a protocolos, etc.). 7. Divulgação e valorização da educação permanente: Divulgação do programa por meio de boletins, grupos de WhatsApp institucionais, murais e redes sociais e criação de certificados e reconhecimento simbólico dos participantes e facilitadores.	

	8. Atualização e revisão anual do programa: Avaliação geral do cronograma ao final do ciclo, inclusão de novas demandas e temas e adaptação conforme o perfil epidemiológico e prioridades da gestão.	
2- Realizar ações de educação em vigilância em saúde.	1. Divulgação e compartilhamento em mídias sociais e outros canais de comunicação sobre o que é o SUS e, especificamente, das atribuições de cada órgão de vigilância, e como o usuário ou segmento da sociedade pode usufruir do serviço; 2. Divulgação e compartilhamento em mídias sociais e outros canais de comunicação sobre fluxos e inserções dos serviços de vigilância em saúde. 3. VISA - Promover cursos de capacitação em educação continuada para qualificação dos servidores da VISA. 4. VISA - Promover eventos educativos em Vigilância Sanitária para a população.	
4-Manter e fortalecer as ações do COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde).	1. Revisar, atualizar e fortalecer os contratos COAPES vigentes: Avaliar os termos já existentes com instituições de ensino (IES), atualizar os instrumentos conforme diretrizes do Ministério da Saúde e ampliar ou firmar novos acordos, conforme necessidade e capacidade da rede. 2. Manter o Comitê Municipal de Integração Ensino-Serviço: Com participação da gestão de saúde, representantes das IES, trabalhadores da saúde e usuários, realizar reuniões periódicas para discussão das ações, pactuação de campos de prática e avaliação conjunta. 3. Mapear e organizar os campos de prática: Identificar os serviços disponíveis para estágio, internato, residência, pesquisa e extensão, definir critérios e número de estudantes por unidade e garantir a distribuição equitativa entre unidades da RAS (APS, AAE, hospitais, urgência/emergência). 4. Capacitar preceptores e trabalhadores para atuação como educadores: Promover formação em metodologias de ensino, avaliação e supervisão de estudantes e reconhecer e valorizar o papel dos profissionais de saúde como formadores. 5. Elaborar plano conjunto de atividades entre serviços e instituições de ensino: Planejar em conjunto: Temas de pesquisa e extensão que respondam às necessidades locais, ações de educação em saúde com a comunidade e participação dos estudantes em ações do território (vigilância, vacinação, educação, etc.). 6. Fortalecer a integração com as políticas de Educação Permanente em Saúde (EPS): Promover encontros formativos conjuntos para profissionais e estudantes e utilizar os campos de prática como espaços para EPS. 7. Promover avaliação e monitoramento das ações do COAPES: Aplicar instrumentos de avaliação com gestores, estudantes, docentes e trabalhadores. 8. Divulgar boas práticas e resultados do COAPES: Compartilhar experiências exitosas em seminários	

	locais e regionais e produzir relatórios, vídeos ou boletins com os impactos positivos da integração ensino-serviço.	
OBJETIVO	3.2 - Garantir o trabalho intersetorial e intrasetorial em saúde	
META	AÇÕES	PPA
1-Implementar o apoio matricial em ginecologia, pediatria, saúde mental e saúde do trabalhador para qualificar o atendimento dos usuários através do telessaúde ou de forma efetiva.	1. Levantamento de necessidades locais: Identificar, junto às equipes da Atenção Primária, as principais dificuldades e demandas relacionadas às quatro áreas temáticas (ginecologia, pediatria, saúde mental e saúde do trabalhador). 2. Formação de equipes matriciais interdisciplinares: Compor equipes técnicas com profissionais especialistas de cada área para atuação matricial, preferencialmente com experiências em educação permanente. 3. Elaboração de cronograma de apoio: Planejar a periodicidade dos encontros matriciais (virtuais ou presenciais) junto às equipes de referência, considerando a agenda das unidades e os recursos disponíveis. 4. Utilização do Telessaúde: Integrar o Telessaúde como estratégia para qualificação remota, discussão de casos clínicos, segunda opinião formativa e atualização profissional contínua. 5. Realização de reuniões matriciais presenciais (apoio efetivo): Promover encontros presenciais nas UBSs para discussão de casos, acompanhamento conjunto, supervisão técnica e apoio na organização do processo de trabalho. 6. Capacitação dos profissionais: Ofertar oficinas, webinários e cursos voltados para atualização em temas prioritários de cada área, com base nas necessidades levantadas. 7. Monitoramento e avaliação: Criar indicadores para acompanhar a efetividade do apoio matricial, como número de reuniões realizadas, casos discutidos, participação das equipes e melhoria nos desfechos assistenciais. 8. Produção de materiais de apoio: Desenvolver protocolos clínicos, fluxogramas de atendimento e boletins técnicos para suporte contínuo às equipes da Atenção Primária. 9. Fortalecimento do vínculo entre equipes: Incentivar a corresponsabilização entre os profissionais matriciadores e as equipes de referência, promovendo o trabalho colaborativo e a integração das ações.	
OBJETIVO	3.3 - Garantir a promoção de ações de inovação e de práticas integrativas e complementares do SUS	
META	AÇÕES	PPA
	1. Mapeamento de profissionais habilitados: Identificar profissionais da rede municipal com formação	

1-Implementar 4 práticas integrativas e complementares (PIC).	e/ou experiência em práticas integrativas e complementares, como acupuntura, auriculoterapia, reiki, fitoterapia, meditação, entre outras. 2. Escolha das práticas a serem implementadas: Definir, com base no perfil epidemiológico local, estrutura física disponível e profissionais capacitados, as 4 PICs prioritárias a serem ofertadas inicialmente. 3. Capacitação e/ou qualificação das equipes: Promover formação para os profissionais que atuarão com as PICs, em parceria com instituições de ensino, consórcios regionais ou polos de práticas integrativas. 4. Definição de locais de atendimento: Selecionar unidades de saúde com estrutura adequada para início da implantação das PICs, considerando a acessibilidade e a demanda da população. 5. Desenvolvimento de protocolo de atendimento: Elaborar protocolos e fluxogramas para o uso das PICs, garantindo segurança, ética e integração com o cuidado tradicional da rede SUS. 6. Articulação com a Atenção Primária: Inserir as práticas integrativas como parte do plano terapêutico das equipes de saúde da família e NASF-AB (quando houver), fortalecendo o cuidado longitudinal. 7. Educação em saúde e divulgação: Realizar ações educativas com a população sobre os benefícios das PICs e os serviços ofertados, por meio de rodas de conversa, cartazes, mídias sociais e eventos comunitários. 8. Implantação gradual das práticas: Iniciar a oferta de forma piloto em unidades selecionadas, com posterior expansão para outras áreas conforme avaliação de resultados e disponibilidade. 9. Monitoramento e avaliação: Acompanhar os indicadores de uso, satisfação dos usuários e impacto sobre o cuidado integral, produzindo relatórios periódicos e promovendo ajustes nas ações.	
OBJETIVO	3.4 - Implantação do SUS DIGITAL, das inovações tecnológicas e gestão de documentos	
META	AÇÕES	PPA
1- Criar comitê de saúde digital para implementação do programa saúde digital.	1. Instituir o Comitê de Saúde Digital: Elaborar e publicar portaria municipal de criação do comitê, definir a composição com representantes de: Gestão da saúde (atenção primária, especializada, vigilância, urgência/emergência), setor de tecnologia da informação (TI), profissionais da saúde, Controle social (Conselho Municipal de Saúde), educação (se houver integração com universidades) e estabelecer reuniões periódicas (mensais ou bimestrais). 2. Elaborar plano de trabalho do Comitê: Definir objetivos, metas, cronograma e indicadores, alinhar as ações ao Programa Saúde Digital do SUS e e-SUS. 3. Mapear a situação atual da saúde digital no município: Levantamento dos sistemas em uso (Prontuário Eletrônico do Cidadão, e-SUS AB, e-SUS PEC, GAL, CNES, e-Gestor, etc.), verificar conectividade, informatização das unidades, capacitação dos profissionais e integração entre sistemas	

	e identificar unidades sem acesso adequado à internet ou com baixa adesão digital. 4. Definir prioridades e metas para a digitalização: Manter prontuário eletrônico nas UBSs, ampliar a conectividade em unidades remotas, digitalizar processos de regulação, agendamento, vacinação e farmácia e promover a integração de dados entre pontos da rede de saúde. 5. Capacitar os profissionais para uso das ferramentas digitais: Treinamentos contínuos sobre: Sistemas de informação (e-SUS PEC, e-Gestor, SIVEP, GAL, etc.), Telemedicina e telessaúde, registro qualificado no prontuário eletrônico e apoio técnico local das equipes de TI e coordenações. 6. Fortalecer a segurança da informação e LGPD: Estabelecer rotinas de proteção de dados dos usuários conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e capacitar profissionais sobre uso ético e seguro dos sistemas. 7. Ampliar o uso de soluções digitais para o cidadão: Estimular o uso do aplicativo conecte SUS pelos usuários, criar canais digitais de informação e comunicação (agendamento, resultados de exames, educação em saúde) e explorar uso de chatbots, QR Codes e portais públicos de saúde digital. 8. Monitorar e avaliar os avanços da saúde digital: Relatórios periódicos do comitê com propostas de melhoria.	
2-Implementar o Sistema Eletrônico de Informações (SEI) na FMSRC.	1. Criação de normativas locais: Elaborar e publicar portaria interna de implantação do SEI. Definir diretrizes sobre: Uso obrigatório do SEI em determinados processos; Responsabilidades dos usuários; Prazos de adaptação. 2. Mapeamento dos processos administrativos: Levantar todos os fluxos e tipos de processos atualmente realizados em papel (ex: requisição de compras, licitações, folha de ponto, férias, contratos, ofícios, etc.), definir quais processos migrarão primeiro para o SEI (faseamento por complexidade). 4. Infraestrutura tecnológica: Garantir a disponibilidade de: Computadores e internet estável para todos os setores, ambiente seguro para hospedagem do sistema (servidor local ou hospedagem em nuvem segura) e adequar login de usuários e integração com sistema de autenticação (ex: CPF + senha, certificado digital, etc.). 5. Capacitação dos servidores: Promover treinamentos presenciais ou on-line sobre: Navegação e tramitação de processos no SEI, criação e assinatura de documentos eletrônicos e gestão e organização de processos e capacitar multiplicadores locais para apoio contínuo às equipes. 6. Implantação piloto e escalonamento: Escolher um setor ou processo para implantação-piloto (ex: setor de recursos humanos, protocolo ou compras), avaliar dificuldades e ajustar o fluxo e expandir gradualmente para os demais setores da Fundação. 7. Monitoramento e suporte contínuo: Criar um canal interno de suporte técnico (e-mail ou WhatsApp	

	institucional), realizar reuniões de avaliação periódicas com os setores para coleta de sugestões e dificuldades e atualizar tutoriais e manuais conforme necessidade. 8. Avaliação e sustentabilidade da implantação: Monitorar indicadores como: % de processos tramitando exclusivamente no SEI, redução no uso de papel e tempo médio de tramitação, satisfação dos servidores com o sistema e avaliar impactos e manter o comitê gestor ativo para acompanhar a consolidação do sistema.	
3 – Implementar a gestão do arquivo e de documentos conforme as normativas existentes e implantar arquivo intermediário da FMSRC.	1. Diagnóstico da situação documental atual: Realizar levantamento dos documentos produzidos e acumulados pelas unidades da FMSRC, identificando tipos documentais, volume, estado de conservação e formas de armazenamento. 2. Constituição de comissão de gestão documental: Designar equipe responsável pela implementação da política de gestão documental, com representantes das áreas administrativas, jurídicas e técnicas. 3. Capacitação da equipe: Promover cursos e oficinas sobre gestão documental, legislação arquivística, classificação, avaliação e destinação de documentos, com base nas normas do CONARQ (Conselho Nacional de Arquivos). 4. Elaboração e/ou revisão do Plano de Classificação e Tabela de Temporalidade: Adequar ou adotar instrumentos arquivísticos conforme a Resolução nº 14/2001 do CONARQ, respeitando as especificidades da área da saúde. 5. Organização dos arquivos setoriais: Implantar rotinas padronizadas de classificação, guarda e tramitação documental nas unidades da FMSRC, promovendo a redução de acúmulo e a melhoria do acesso. 6. Implantação do arquivo intermediário: Definir espaço físico adequado (ou estrutura digital híbrida), com controle de temperatura, ventilação, segurança e acessibilidade para guarda de documentos inativos que aguardam destinação final. 7. Digitalização e gestão eletrônica de documentos (GED): Estudar a viabilidade e iniciar processos de digitalização de documentos, conforme legislação vigente, priorizando documentos de guarda permanente ou de consulta frequente. 8. Definição de fluxos e responsabilidades: Estabelecer diretrizes normativas internas com os procedimentos de arquivamento, empréstimo, eliminação e guarda documental, com atribuição de responsabilidades para cada setor. 9. Sensibilização das equipes: Realizar campanhas e treinamentos sobre a importância da gestão documental como instrumento de transparência, memória institucional e eficiência administrativa. 10. Monitoramento e avaliação contínua: Criar indicadores de acompanhamento da implementação do sistema de gestão documental e do funcionamento do arquivo intermediário, com avaliações periódicas e correções de rota.	

OBJETIVO	3.5 - Garantir a Gestão de Pessoas no SUS efetiva e eficaz	
META	AÇÕES	PPA
1-Realizar o dimensionamento e a adequação do número de trabalhadores no quadro da FMS.	1. Levantamento do quadro atual de pessoal: Mapear quantitativamente e qualitativamente todos os trabalhadores da FMS, por cargo, função, lotação, tipo de vínculo e carga horária. 2. Diagnóstico das necessidades de pessoal: Identificar déficits ou excedentes de profissionais por unidade e serviço, considerando a carga assistencial, horários de funcionamento, cobertura populacional e indicadores de produtividade. 3. Aplicação de metodologia de dimensionamento: Utilizar parâmetros técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e manuais específicos (como o da RENAME ou da Rede de Atenção à Saúde) para calcular o número ideal de profissionais por área. 4. Consulta às chefias e gestores locais: Promover reuniões com coordenadores e diretores das unidades para validar o diagnóstico e colher informações qualitativas sobre as necessidades de pessoal. 5. Elaboração de proposta de adequação do quadro: Construir um plano com as adequações necessárias (contratações, redistribuições, redimensionamentos de jornada), priorizando áreas críticas ou com maior impacto assistencial. 6. Definição de estratégias de recomposição da força de trabalho: Avaliar as formas de recomposição possíveis, como realização de concurso público, processos seletivos, terceirizações ou reestruturação interna. 7. Análise de impacto orçamentário: Estimar o custo das adequações propostas e avaliar sua viabilidade dentro do orçamento da FMS, articulando com os setores de planejamento e finanças. 8. Atualização do plano de cargos e carreiras (se aplicável): Rever o plano de cargos, funções e salários para adequar o perfil profissional às novas necessidades da rede e valorizar a força de trabalho. 8. Criação de rotina de monitoramento contínuo: Estabelecer um sistema periódico de revisão do dimensionamento, com indicadores que permitam avaliar a suficiência e a efetividade do quadro de pessoal. 9. Transparência e comunicação institucional: Divulgar os resultados do dimensionamento e os critérios utilizados às unidades e conselhos de saúde, fortalecendo a gestão participativa e controle social.	
2-Manter as ações para fixação dos profissionais na FMS e a integração dos novatos.	1. Elaboração e execução de programa de acolhimento aos novos profissionais: Desenvolver ações sistematizadas de recepção e integração, incluindo apresentação institucional, missão, estrutura da FMS e fluxos de trabalho. 2. Criação de manual de boas-vindas: Produzir e distribuir material informativo aos novos profissionais	

	com orientações sobre rotinas, direitos, deveres, canais de comunicação e cultura organizacional da FMS. - Designação de tutores ou referências locais: Nomear profissionais experientes para atuar como referência ou apoio aos novos servidores durante o período de adaptação. - Promoção de ações de valorização e reconhecimento: Realizar eventos periódicos, homenagens, destaques de boas práticas e incentivos à permanência, reforçando o vínculo institucional. - Investimento em educação permanente: Garantir oferta contínua de capacitações, cursos e formações voltadas ao aperfeiçoamento técnico e desenvolvimento pessoal dos trabalhadores. - Escuta qualificada e canais de diálogo com os profissionais: Manter canais institucionais abertos para ouvir demandas, sugestões e críticas, promovendo a participação e o comprometimento da equipe. - Análise dos fatores de evasão e rotatividade: Monitorar indicadores de desligamento e realizar pesquisas de clima e satisfação para identificar causas da saída de profissionais e propor ações corretivas. - Promoção de ambiente de trabalho saudável: Implementar ações voltadas à saúde mental e bem-estar dos trabalhadores, como grupos de apoio, ginástica laboral, pausas ativas e atividades integrativas. - Articulação com o plano de carreira e progressão funcional: Valorizar os profissionais por meio de planos de cargos e salários atrativos, critérios claros de progressão e reconhecimento por mérito. - Fortalecimento da identidade institucional: Desenvolver campanhas internas que promovam o sentimento de pertencimento e orgulho de fazer parte da FMS.	
DIRETRIZ IV - VIABILIZAR INVESTIMENTO PARA OFERECER ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E AMBIÊNCIA ADEQUADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.		
OBJETIVO	4.1-Garantir a construção, reforma e ampliação de infraestrutura para ampliar o acesso aos serviços	
META	AÇÕES	PPA
1-Construir três (03) unidade de saúde na APS com apoios financeiros das três esferas de governo.	- Identificação e definição dos territórios prioritários: Realizar diagnóstico territorial e epidemiológico para selecionar as localidades com maior demanda e necessidade de cobertura da APS. - Elaboração dos projetos arquitetônicos e executivos: Desenvolver, por meio da equipe técnica ou empresa contratada, os projetos das unidades conforme as normativas da ANVISA e da Portaria de Estrutura Física da Atenção Básica.	

	3. Articulação institucional para captação de recursos: Encaminhar propostas técnicas para o Ministério da Saúde (por meio do InvestSUS ou Novo PAC), Secretaria de Estado da Saúde e emendas parlamentares. 4. Elaboração e submissão de propostas nos sistemas oficiais: Cadastrar os projetos no Sistema de Gerenciamento de Convênios e Contratos (SICONV) ou outro sistema vigente das esferas estadual e federal, com todos os documentos exigidos. 5. Reserva de contrapartida municipal: Garantir, por meio da LOA e PPA, os recursos da contrapartida municipal exigida para viabilização das obras. 6. Acompanhamento e aprovação dos projetos: Monitorar o andamento da análise técnica das propostas pelas esferas estadual e federal, fazendo os ajustes necessários e respondendo às diligências. 7. Execução das licitações para contratação das obras: Realizar os processos licitatórios conforme a legislação vigente (Nova Lei de Licitações – Lei nº 14.133/2021), garantindo transparência e economicidade. 8. Supervisão e fiscalização da execução das obras: Designar equipe técnica para acompanhar a execução das obras, assegurando conformidade com o projeto, cronograma e qualidade dos materiais. 9. Planejamento da estruturação e operacionalização das unidades: Prever aquisição de mobiliário, equipamentos e alocação de recursos humanos necessários para o funcionamento pleno das unidades após a entrega. 10. Comunicação institucional e participação social: Manter a população e os conselhos de saúde informados sobre o andamento dos projetos e promover ações de controle social e transparência. 11. Inauguração e início das atividades: Concluir as obras, realizar vistorias finais e iniciar o funcionamento das unidades com equipe completa, integradas à rede de atenção à saúde.	
2-Reformar e ampliar dez (10) unidades de saúde com apoios financeiros das três esferas de governo.	1. Diagnóstico da situação estrutural das unidades: Realizar vistoria técnica e levantamento das necessidades de reforma e ampliação nas unidades de saúde da rede municipal e adequação no Espaço Físico do almoxarifado e aquisição de Equipamentos; 2. Definição das 10 unidades prioritárias: Selecionar as unidades com maior urgência de intervenção, considerando critérios técnicos, assistenciais, estruturais e populacionais. 3. Elaboração de projetos de reforma e ampliação: Desenvolver projetos arquitetônicos e	

	complementares conforme normas da ANVISA, RDCs aplicáveis e diretrizes da Atenção Básica e demais serviços. 4. Orçamentação e estimativa de custo: Elaborar planilhas de custo detalhadas para cada projeto, considerando a tipologia da obra e os padrões estabelecidos pelos órgãos de controle. 5. Captação de recursos junto às três esferas: Submeter propostas a programas federais (InvestSUS, Novo PAC, emendas parlamentares), ao governo estadual (secretaria de saúde ou convênios diretos) e prever contrapartida municipal. 6. Cadastro das propostas em sistemas oficiais: Inserir os projetos no SICONV/SIGCON/SIGEM ou plataformas equivalentes, cumprindo os requisitos legais e técnicos exigidos. 7. Licitação e contratação das obras: Conduzir processos licitatórios conforme a Nova Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021), com ampla publicidade e critérios de economicidade. 8. Acompanhamento técnico da execução das obras: Designar engenheiros e fiscais responsáveis pela supervisão das obras, assegurando cumprimento do cronograma, da qualidade e do orçamento. 9. Gestão dos impactos durante as reformas: Elaborar planos de contingência e realocação temporária de atendimentos nas unidades durante o período de reforma/ampliação, minimizando prejuízos aos usuários. 10. Aquisição de novos mobiliários e equipamentos (se necessário): Planejar a reestruturação dos espaços reformados, com aquisição ou realocação de equipamentos e mobiliário compatíveis com os novos ambientes. 11. Prestação de contas e divulgação dos resultados: Monitorar e prestar contas dos recursos aplicados às esferas financiadoras, garantindo a transparência, e divulgar as melhorias para a população e os conselhos de saúde. 12. Adequação no Espaço Físico do almoxarifado e aquisição de Equipamentos para melhor desenvolvimento dos trabalhos e maior segurança ao servidor.	
3 – Implantação e implementação do Centro de Referência em Saúde da Mulher (ACOLHE).	1. Definição do perfil assistencial e escopo de serviços: Estabelecer as linhas de cuidado que serão ofertadas no ACOLHE (atenção ginecológica, obstétrica, climatério, saúde, violência de gênero, planejamento reprodutivo, entre outros). 2. Elaboração do projeto técnico e arquitetônico: Desenvolver o projeto estrutural do centro com base nas normativas da ANVISA, assegurando acessibilidade, conforto e segurança. 3. Identificação e adequação do espaço físico: Definir imóvel público ou contratar local apropriado para instalação do centro, conforme o projeto aprovado e as necessidades assistenciais.	

	4. Captação de recursos financeiros: Buscar apoio das esferas municipal, estadual e federal, por meio de convênios, programas de financiamento (ex: InvestSUS) ou emendas parlamentares. 5. Aquisição de equipamentos e mobiliário: Comprar, com base no projeto assistencial, os equipamentos necessários para funcionamento dos consultórios, salas de acolhimento, exames, administração, etc. 6. Contratação e capacitação de profissionais: Selecionar equipe multiprofissional qualificada (ginecologistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) e promover capacitação voltada à saúde integral da mulher e ao atendimento humanizado. 7. Articulação com a rede de atenção à saúde: Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência com a Atenção Primária, unidades de urgência, hospitais e outros serviços da rede. 8. Implantação de protocolo de atendimento e acolhimento: Elaborar protocolos clínicos, fluxogramas e rotinas de atendimento com base em diretrizes do Ministério da Saúde, garantindo o cuidado integral e a equidade. 9. Lançamento oficial e divulgação à população: Realizar campanha institucional de divulgação do novo serviço, com ações educativas e informativas para usuárias e profissionais da rede. 10. Monitoramento e avaliação do serviço: Estabelecer indicadores de desempenho (número de atendimentos, tipos de serviços ofertados, tempo de espera, satisfação das usuárias) e implementar avaliação periódica para ajustes contínuos.	
4-Reformar a UPA 29 para alteração do nível/tipo de credenciamento conforme critérios da portaria vigente.	1. Análise da portaria vigente e critérios de credenciamento: Estudar as exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde para alteração do tipo (porte) da UPA, incluindo estrutura física, recursos humanos, cobertura populacional e serviços ofertados. 2. Diagnóstico situacional da UPA 29: Realizar levantamento técnico da atual estrutura física, capacidade instalada, equipe multiprofissional, fluxos de atendimento e equipamentos disponíveis. 3. Elaboração de projeto de reforma e adequação: Desenvolver projeto arquitetônico e de engenharia conforme os padrões exigidos pelo novo tipo de UPA pretendido, garantindo acessibilidade, fluxo funcional e segurança sanitária. 4. Orçamentação da obra e estimativa de custos: Elaborar planilha orçamentária detalhada para a execução da reforma e aquisição de equipamentos adicionais, se necessário. 5. Captação de recursos junto às três esferas de governo: Encaminhar proposta técnica para	

	financiamento federal e/ou estadual, incluindo possibilidade de emendas parlamentares, com garantia de contrapartida municipal. 6. Trâmites legais e licitatórios: Realizar os processos legais de aprovação do projeto e da obra, incluindo licitação conforme a Lei nº 14.133/2021, respeitando prazos e critérios de transparência. 7. Execução da obra de reforma: Acompanhar a execução física da obra, com supervisão técnica permanente, para garantir qualidade, cumprimento do projeto e prazos definidos. 8. Reorganização dos fluxos assistenciais durante a reforma: Estabelecer plano de contingência para manutenção dos atendimentos da UPA ou realocação temporária dos serviços durante a obra. 9. Adequação do quadro de pessoal (se necessário): Realizar o redimensionamento da equipe conforme as exigências do novo tipo de UPA, com contratação ou redistribuição de profissionais. 10. Aquisição de equipamentos e mobiliário compatíveis: Adquirir ou realocar equipamentos para adequar a unidade às exigências do novo credenciamento. 11. Solicitação formal de reclassificação ao Ministério da Saúde: Após a conclusão da obra e adequações, protocolar pedido de alteração do tipo/porte da UPA junto ao Ministério da Saúde com todos os documentos comprobatórios. 12. Monitoramento e avaliação da nova estrutura: Implantar indicadores de desempenho e qualidade para monitorar a efetividade da nova classificação da unidade.	
5- Construir o prédio do Centro de Atenção Psicossocial IJ (novo PAC).	1. Identificação da demanda e justificativa técnica: Elaborar diagnóstico situacional da saúde mental infantojuvenil no município, demonstrando a necessidade de implantação do CAPS IJ. 2. Escolha e regularização do terreno: Identificar área pública adequada para a construção, assegurando a titularidade do imóvel e sua regularização jurídica (matrícula, uso permitido, etc.). 3. Elaboração do projeto arquitetônico: Desenvolver projeto técnico conforme as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), RDC 50/ANVISA e parâmetros assistenciais para CAPS IJ. 4. Orçamentação da obra: Produzir planilha detalhada de custos com base no projeto, incluindo estrutura física, acessibilidade, mobiliário e paisagismo, se previsto. 5. Cadastro da proposta no Novo PAC / InvestSUS: Inserir o projeto no sistema federal vigente (ex: InvestSUS) conforme critérios e etapas do Novo PAC – Saúde, acompanhando as fases de habilitação e seleção. 6. Articulação institucional: Atuar junto à bancada parlamentar e aos gestores estaduais/federais para fortalecer o pleito e priorizar a aprovação da proposta.	

	7. Garantia de contrapartida municipal: Prever, no orçamento municipal, a contrapartida financeira exigida para execução da obra, se aplicável. 8. Acompanhamento da aprovação da proposta: Monitorar a tramitação junto ao Ministério da Saúde, respondendo a diligências e atualizando documentos sempre que necessário. 9. Licitação e contratação da obra: Realizar o processo licitatório conforme a Lei nº 14.133/2021 (Nova Lei de Licitações), garantindo transparência e economicidade. 10. Execução e fiscalização da obra: Acompanhar tecnicamente a obra com engenheiros da FMS ou empresa contratada, garantindo que o projeto seja executado conforme o planejado. 11. Aquisição de equipamentos e mobiliário: Planejar e adquirir os itens necessários para o funcionamento do CAPS IJ, conforme lista de referência do Ministério da Saúde. 12. Contratação e capacitação da equipe: Prever a composição multiprofissional exigida para CAPS IJ e realizar capacitação específica na atenção psicossocial infantojuvenil. 13. Inauguração e início das atividades: Divulgar à população e à rede de saúde mental o novo serviço, integrando-o aos fluxos da RAPS local e regional.	
6-Construir o prédio da Policlínica (CEAD) (novo PAC).	1. Diagnóstico da demanda assistencial: Elaborar análise técnica que comprove a necessidade da Policlínica, com base em fila de espera, cobertura populacional, vazios assistenciais e volume de encaminhamentos especializados. 2. Definição e regularização da área para construção: Selecionar terreno público adequado, com documentação legal regularizada (matrícula, zoneamento, disponibilidade de infraestrutura urbana). 3. Elaboração do projeto arquitetônico e executivo: Desenvolver projeto de engenharia e arquitetura conforme normativas da ANVISA (RDC 50/2002) e diretrizes do Ministério da Saúde para unidades ambulatoriais especializadas. 4. Estimativa orçamentária da obra: Produzir planilha orçamentária detalhada com os custos de obra civil, equipamentos, instalações, paisagismo e mobiliário. 5. Cadastro da proposta no Novo PAC / InvestSUS: Inserir a proposta no sistema do Ministério da Saúde, atendendo aos critérios do Novo PAC e anexando todos os documentos e projetos técnicos exigidos. 6. Articulação política e institucional: Fortalecer o pleito junto a representantes da bancada federal e estadual e manter interlocução com as secretarias técnicas do Ministério da Saúde. 7. Garantia de contrapartida municipal: Incluir a contrapartida necessária na LOA e PPA municipal,	

	conforme exigências do Novo PAC. 8. Acompanhamento da tramitação e aprovação da proposta: Monitorar o andamento do projeto no sistema federal, respondendo a diligências e ajustando documentos conforme solicitado. 9. Realização do processo licitatório: Conduzir a licitação da obra e da aquisição de materiais conforme a Nova Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021), assegurando legalidade e transparência. 10. Execução e fiscalização da obra: Acompanhar o cronograma físico-financeiro da construção com fiscalização contínua pela equipe técnica da FMSRC. 11. Planejamento da estrutura assistencial e da equipe: Definir as especialidades médicas, exames e serviços de apoio que serão ofertados, bem como dimensionar os recursos humanos necessários. 12. Aquisição de mobiliário e equipamentos: Planejar e adquirir os equipamentos médicos, laboratoriais e de imagem compatíveis com o perfil assistencial proposto. 13. Credenciamento e integração à rede SUS: Solicitar habilitação e credenciamento da Policlínica junto ao Ministério da Saúde, garantindo financiamento regular da unidade. 14. Inauguração e início das atividades: Organizar a inauguração oficial e iniciar os atendimentos conforme a programação, integrando a unidade aos fluxos assistenciais da rede municipal e regional.	
7 – Construir prédio próprio para a FMSRC.	1. Diagnóstico da situação atual da sede: Levantar custos com aluguéis, limitações de espaço, dispersão das áreas administrativas e impactos na eficiência da gestão. 2. Definição do programa de necessidades: Identificar as áreas/setores da FMSRC que deverão compor o novo prédio (diretorias, departamentos, salas técnicas, arquivos, auditórios, recepção etc.). 3. Escolha e regularização do terreno: Selecionar terreno público com metragem adequada, localização estratégica e documentação jurídica regularizada (matrícula e zoneamento compatível). 4. Elaboração do projeto arquitetônico e executivo: Desenvolver projeto conforme normas técnicas, de acessibilidade, segurança e ergonomia para prédios administrativos da administração pública. 5. Orçamentação detalhada da obra: Elaborar planilha de custos da obra civil, infraestrutura elétrica/hidráulica, sistemas de TI, mobiliário e ambientação. 6. Definição da fonte de financiamento: Identificar e articular fontes possíveis de recurso: recursos próprios, transferências estaduais/federais, emendas parlamentares ou operações de crédito autorizadas.	

	7. Previsão orçamentária municipal: Incluir a proposta no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA). 8. Cadastro da proposta em sistemas de financiamento (se aplicável): Inserir o projeto nos sistemas de convênios ou financiamentos (ex.: SICONV, InvestSUS ou PAC) se a proposta contar com recursos federais ou estaduais. 9. Realização do processo licitatório: Conduzir licitação conforme a Lei nº 14.133/2021, garantindo transparência, legalidade e economicidade. 10. Execução e fiscalização da obra: Acompanhar tecnicamente a obra com equipe de engenharia da prefeitura ou empresa contratada, observando o cronograma físico-financeiro. 11. Aquisição de mobiliário, TI e equipamentos: Planejar e executar a compra de mobiliário, sistemas de informática e infraestrutura organizacional conforme layout do novo prédio. 12. Planejamento da mudança e realocação dos setores: Organizar a transição das equipes para o novo espaço, com planejamento para não comprometer a continuidade dos serviços administrativos. 13. Inauguração e funcionamento da nova sede: Realizar evento de entrega oficial, garantindo a plena operação dos serviços no novo prédio.	
8 - Construir prédio próprio para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).	1. Diagnóstico situacional do serviço atual: Levantar dados sobre a estrutura física atual, capacidade de atendimento, fila de espera, limitações de espaço e gastos com aluguéis (se houver). 2. Definição do programa de necessidades do novo prédio: Estabelecer os ambientes necessários (consultórios, sala de esterilização, radiologia, expurgo, recepção, sala de espera, copa, sanitários, área administrativa, acessibilidade, etc.), conforme diretrizes do Ministério da Saúde. 3. Escolha e legalização do terreno: Selecionar terreno público ou viabilizar a aquisição de área adequada para a construção, com documentação regularizada (matrícula, zoneamento, acessibilidade urbana). 4. Elaboração do projeto arquitetônico e executivo: Desenvolver o projeto técnico conforme as normas da ANVISA, da Vigilância Sanitária e da Portaria GM/MS nº 1.464/2011, que estabelece as diretrizes para o funcionamento do CEO. 5. Orçamentação da obra: Elaborar planilha de custos detalhada da obra civil, incluindo instalações, mobiliário, equipamentos odontológicos e demais estruturas físicas. 6. Identificação e mobilização de fontes de recurso: Buscar apoio financeiro das esferas municipal,	

	estadual e federal, por meio de programas como o Novo PAC, emendas parlamentares ou convênios com o Ministério da Saúde. 7. Previsão de contrapartida municipal: Incluir a proposta no planejamento orçamentário municipal (PPA, LDO e LOA) para garantir a viabilidade financeira da execução da obra. 8. Cadastro da proposta em sistemas oficiais (se necessário): Inserir o projeto nos sistemas de financiamento federais ou estaduais (ex.: InvestSUS), com toda a documentação exigida. 9. Realização do processo licitatório: Conduzir a licitação da obra conforme a Lei nº 14.133/2021 (Nova Lei de Licitações), assegurando legalidade e eficiência. 10. Execução da obra e fiscalização técnica: Acompanhar a construção por meio de equipe técnica designada, assegurando conformidade com o projeto, qualidade dos materiais e prazos estabelecidos. 11. Aquisição e instalação de equipamentos odontológicos: Planejar e adquirir os equipamentos e mobiliários necessários ao funcionamento do CEO, como cadeiras odontológicas, raio-X, autoclaves, compressores, etc. 12. Planejamento de realocação dos serviços e equipe: Organizar a transição das atividades para a nova sede sem interrupção dos atendimentos odontológicos especializados. 13. Habilitação ou atualização do cadastro junto ao Ministério da Saúde: Realizar os trâmites necessários para habilitação ou atualização da unidade no SCNES e junto ao Ministério da Saúde. 14. Inauguração oficial e início das atividades no novo prédio: Entregar a nova sede à população com divulgação adequada e integração dos serviços à rede de saúde bucal do município.	
9 - Construir prédio próprio para a VISA (Vigilância Sanitária).	1. Diagnóstico da situação atual da VISA: Levantar dados sobre a estrutura física atual, condições de trabalho, limitações técnicas e operacionais, e custos com imóvel (caso esteja em prédio alugado ou inadequado). 2. Definição do programa de necessidades: Listar os ambientes necessários para funcionamento adequado da VISA: salas técnicas, recepção, protocolo, almoxarifado, sanitários, copa, arquivos, sala de reuniões, área administrativa e garagem para viaturas. 3. Escolha e regularização do terreno: Selecionar terreno público ou providenciar desapropriação/compra de área adequada, com documentação regularizada (matrícula, zoneamento, disponibilidade de infraestrutura urbana). 4. Elaboração do projeto arquitetônico e executivo: Desenvolver projeto de engenharia e arquitetura conforme normas da ANVISA, legislação sanitária, acessibilidade e ergonomia para prédios administrativos.	

	5. Orçamentação da obra: Produzir planilha de custos detalhada incluindo construção civil, instalações elétricas e hidráulicas, sistema de informática, climatização e mobiliário. 6. Previsão orçamentária e captação de recursos: Incluir a proposta no PPA, LDO e LOA municipal e buscar complementação de recursos por meio de convênios, emendas parlamentares ou programas estaduais/federais. 7. Cadastro da proposta em sistemas oficiais (se houver recurso externo): Inserir o projeto em plataformas como InvestSUS, SICONV ou SIGEM, conforme regras vigentes de financiamento público. 8. Realização do processo licitatório: Conduzir licitação da obra de acordo com a Lei nº 14.133/2021, observando os critérios legais de publicidade, economicidade e transparência. 9. Execução e fiscalização da obra: Acompanhar a obra por meio de equipe técnica da prefeitura ou empresa contratada, com controle do cronograma físico-financeiro e conformidade do projeto. 10. Aquisição de mobiliário, TI e equipamentos técnicos: Planejar a aquisição de computadores, mobiliário, equipamentos técnicos e de campo utilizados pela VISA para inspeções e análises. 11. Planejamento da mudança e organização interna: Realizar a realocação da equipe e dos serviços para o novo prédio, com planejamento da transição e continuidade das ações. 12. Inauguração oficial e funcionamento do novo espaço: Entregar o novo prédio à população e iniciar as atividades com estrutura física adequada e integrada à gestão da vigilância em saúde do município.	
10 - Construir prédio próprio para o CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional).	1. Diagnóstico da situação atual: Avaliar a infraestrutura física utilizada atualmente pelo CEREST, identificando limitações, necessidades de expansão, custos com aluguel (se houver) e impacto no atendimento regional. 2. Definição do programa de necessidades: Estabelecer os espaços essenciais: recepção, salas de atendimento multiprofissional (médico, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, enfermagem), sala de reuniões, sala de vigilância em saúde do trabalhador, sanitários, copa, arquivo e almoxarifado. 3. Seleção e regularização do terreno: Identificar e legalizar terreno público ou adquirir imóvel adequado, com boa localização e fácil acesso para os municípios da região. 4. Elaboração de projeto arquitetônico e executivo: Desenvolver projeto conforme as diretrizes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e normas técnicas da ANVISA e da vigilância sanitária. 5. Orçamentação detalhada da obra: Produzir planilha orçamentária completa, contemplando construção civil, instalações, equipamentos, mobiliário e rede lógica de TI. 6. Previsão orçamentária e busca de financiamento: Incluir a proposta no planejamento municipal (PPA,	

	LDO e LOA) e articular financiamento com os governos estadual e federal, especialmente por meio do Ministério da Saúde e emendas parlamentares. 7. Cadastro da proposta em sistemas oficiais (se necessário): Inserir o projeto em plataformas como InvestSUS, SICONV ou PAC Saúde, caso seja necessário captar recursos externos. 8. Procedimento licitatório: Realizar licitação conforme a Nova Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021), respeitando os critérios técnicos e legais de contratação. 9. Execução e fiscalização da obra: Acompanhar tecnicamente a construção por equipe especializada, garantindo o cumprimento dos prazos e especificações do projeto. 10. Aquisição de equipamentos e mobiliário: Planejar e executar a compra de equipamentos para atendimento e vigilância, como mobiliário, computadores, aparelhos médicos, instrumentos de campo, etc. 11. Planejamento da mudança e operacionalização: Organizar a transição da equipe e dos serviços para o novo prédio com continuidade e segurança das ações. 12. Inauguração e início das atividades no novo prédio: Entregar oficialmente a nova sede, com divulgação regional junto aos municípios referenciados no CEREST.	
11 – Implantação e implementação do Centro de Referência em Saúde do Idoso.	1. Realizar diagnóstico situacional e epidemiológico da população idosa no município: Levantar dados demográficos, perfil de morbimortalidade e serviços atualmente ofertados. 2. Definir o modelo de atenção e escopo de serviços do Centro: Estabelecer fluxos de atendimento, tipos de serviços especializados ofertados (geriatria, fisioterapia, enfermagem, nutrição, psicologia, assistência social, etc.) e articulação com a Rede de Atenção à Saúde. 3. Identificar imóvel para instalação (prédio próprio ou adaptado): Avaliar disponibilidade de estrutura física (existente ou necessidade de construção/adaptação). 4. Elaborar projeto arquitetônico (caso necessário): Desenvolver projeto com acessibilidade, espaços integrados e ambientes adequados ao cuidado da pessoa idosa. 5. Buscar fontes de financiamento (municipal, estadual, federal): Articular recursos por meio de emendas parlamentares, Ministério da Saúde, programas estaduais ou PAC. 6. Incluir a proposta nos instrumentos de planejamento municipal (PPA, LDO, LOA): Garantir viabilidade orçamentária da implantação. 7. Adquirir mobiliário e equipamentos específicos: Equipar com itens como cadeiras de rodas, barras de apoio, mobiliário ergonômico, eletrocardiograma, computadorização, entre outros.	

	8. Contratar e/ou remanejar equipe multiprofissional:Geriatra, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, técnico/auxiliar de enfermagem, entre outros. 9. Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência com a APS, atenção especializada e hospitalar:Garantir continuidade do cuidado em rede. 10. Capacitar profissionais para o cuidado integral da pessoa idosa:Realizar formações contínuas sobre envelhecimento, síndromes geriátricas, fragilidade, abordagem interdisciplinar. 11. Divulgar e comunicar a implantação do serviço à população:Campanhas informativas e articulação com os CRAS, Conselho Municipal do Idoso, Unidades de Saúde, entre outros. 12. Iniciar atendimento e monitorar indicadores de acesso e qualidade:Implantar prontuário eletrônico, realizar acompanhamento dos atendimentos e avaliação de impacto.	
12-Adquirir Van adaptada como unidade móvel odontológica (Unidade Móvel Odontológica – UOM).	1. Mapeamento das regiões com menor acesso à atenção odontológica:Levantar territórios com barreiras geográficas, populacionais ou estruturais que justifiquem a atuação da UOM. 2. Elaboração do projeto técnico da Unidade Móvel Odontológica:Definir especificações técnicas do veículo, equipamentos odontológicos (cadeira, equipo, autoclave, compressor, iluminação, armários), itens de biossegurança, informática e climatização. 3. Previsão orçamentária municipal e busca de recursos externos:Incluir no PPA, LDO e LOA; buscar financiamento junto ao Ministério da Saúde (PAC Saúde), emendas parlamentares ou governo estadual. 4. Cadastro da proposta no InvestSUS ou sistema correspondente:Elaborar e cadastrar proposta técnica com justificativa e plano de utilização da UOM. 5. Realizar processo licitatório para aquisição da van adaptada:Conduzir licitação com base nas especificações e na legislação vigente (Lei nº 14.133/2021). 6. Aquisição e recebimento do veículo:Receber o veículo com todos os itens conferidos conforme projeto técnico. 7. Capacitação da equipe para uso da UOM:Treinar profissionais para o uso adequado do equipamento, biossegurança, fluxo de atendimentos e deslocamento da unidade móvel. 8. Definir equipe de saúde bucal para atendimento na UOM:Compôr equipe com cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal e, se necessário, motorista. 9. Planejar agenda de deslocamentos e territórios atendidos:Estabelecer cronograma de visitas às regiões prioritárias, garantindo cobertura contínua e equitativa. 10. Implantar o prontuário eletrônico e indicadores de produção:Garantir registro de atendimentos e	

	monitoramento da efetividade da ação. 11. Iniciar os atendimentos odontológicos móveis: Atuar em ações de atenção primária, prevenção, urgências odontológicas e campanhas educativas. 12. Avaliar resultados e cobertura da unidade móvel: Monitorar indicadores como número de atendimentos, território coberto e satisfação dos usuários.	
13 – Renovação da frota de transporte sanitário e de veículos da FMSRC.	1. Realizar diagnóstico da frota atual da FMSRC: Levantar número de veículos, estado de conservação, tempo de uso, custos com manutenção e rotas utilizadas. 2. Definir os tipos e quantitativos de veículos necessários: Identificar necessidade de ambulâncias, vans, carros administrativos, veículos para transporte de insumos, entre outros. 3. Elaborar plano de renovação da frota: Priorizar veículos com maior desgaste ou custo de manutenção e definir cronograma de substituições. 4. Incluir previsão orçamentária nos instrumentos de planejamento: Prever aquisição nos instrumentos legais (PPA, LDO, LOA). 5. Buscar fontes de financiamento: Utilizar recursos próprios, emendas parlamentares, convênios com Ministério da Saúde (PAC Saúde, InvestSUS), Governo Estadual ou consórcios. 6. Cadastrar propostas no InvestSUS ou sistemas de financiamento: Inserir proposta com justificativa técnica, custo e impacto. 7. Realizar processos licitatórios para aquisição dos veículos: Obedecer à legislação vigente (Lei nº 14.133/2021) com especificações técnicas adequadas. 8. Receber, inspecionar e emplacar os veículos adquiridos: Conferir os itens conforme edital, providenciar documentação e regularização junto aos órgãos de trânsito. 9. Distribuir os veículos conforme prioridades operacionais: Direcionar para transporte de pacientes, apoio a unidades, vigilância em saúde, transporte de materiais, entre outros. 10. Capacitar os motoristas e equipes sobre uso adequado e manutenção preventiva: Garantir orientações sobre condução segura, economia de combustível e conservação da frota. 11. Desmobilizar ou redistribuir os veículos antigos: Avaliar possibilidades de leilão, redistribuição ou uso secundário conforme condição dos veículos substituídos. 12. Monitorar o uso da frota e indicadores de desempenho: Acompanhar consumo, quilometragem, atendimentos realizados, custo operacional e manutenção.	
14 - Implantação do Centro de Referência	1. Realizar diagnóstico situacional da população com TEA e deficiência intelectual: Levantar dados epidemiológicos, demanda reprimida e serviços existentes.	

do TEA Municipal com acréscimo da modalidade de reabilitação intelectual (CER).	2. Definir o modelo de atenção do Centro de Referência do TEA: Estabelecer escopo de serviços (diagnóstico, intervenção precoce, reabilitação, apoio às famílias), articulação com a rede SUS e intersetorial. 3. Identificar imóvel para instalação (adaptação ou construção): Avaliar viabilidade de prédio próprio ou imóvel adequado com acessibilidade plena e estrutura compatível com os serviços. 4. Elaborar projeto arquitetônico (caso necessário): Desenvolver planta com salas de atendimento multidisciplinar, ambientes sensoriais, salas de estimulação, recepção adaptada, entre outros. 5. Buscar fontes de financiamento: Cadastrar proposta no PAC Saúde / InvestSUS, buscar emendas parlamentares, recursos do Ministério da Saúde ou do Estado. 6. Incluir a proposta nos instrumentos de planejamento (PPA, LDO, LOA): Assegurar viabilidade orçamentária e legal da implantação. 7. Adquirir equipamentos e mobiliários específicos: Incluindo itens de estimulação sensorial, brinquedoteca terapêutica, equipamentos de reabilitação, informática, mobiliário ergonômico, etc. 8. Contratar e/ou remanejar equipe multiprofissional especializada: Psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psiquiatra infantil, neurologista, assistente social, entre outros. 9. Solicitar credenciamento da nova modalidade junto ao Ministério da Saúde (Modalidade Intelectual no CER): Cumprir os critérios da Portaria GM/MS nº 793/2012 e normativas atualizadas para habilitação do componente intelectual. 10. Capacitar a equipe para o cuidado especializado ao TEA e deficiência intelectual: Formações sobre protocolo de diagnóstico, abordagem comportamental (ABA ou outras), comunicação alternativa, atendimento familiar, etc. 11. Articular o serviço com a rede de atenção básica, educação e assistência social: Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência, plano terapêutico singular e atuação intersetorial. 12. Implantar prontuário eletrônico e indicadores de monitoramento: Garantir acompanhamento sistemático dos atendimentos, avaliações periódicas e relatórios de impacto. 13. Divulgar o serviço para população e profissionais da rede: Campanhas informativas e rodas de conversa com famílias e instituições. 14. Iniciar os atendimentos especializados no centro: Com acolhimento multiprofissional e plano terapêutico individualizado.	
15 - Implementação do Centro de	1. Articulação Institucional e Técnica: Estabelecer parceria formal entre o município, a Santa Casa e a Secretaria Estadual de Saúde. Realizar reuniões técnicas com a Santa Casa, a Comissão de Oncologia	

Oncologia através da Santa Casa de Misericórdia.	e o gestor municipal para definir fluxos e responsabilidades. 2. Planejamento e Estruturação Física: Elaborar projeto arquitetônico e de adequação da estrutura física conforme os critérios da Portaria GM/MS nº 140/2014. Implantar espaços adequados para ambulatório oncológico, infusão/quimioterapia, consultórios multiprofissionais, farmácia e área administrativa. 3. Habilitação do Serviço: Realizar cadastro e habilitação do serviço de oncologia junto ao Ministério da Saúde (habilitação CACON ou UNACON). Alimentar os sistemas oficiais (CNES, SARGSUS) com as informações do novo serviço. 4. Implantação de Protocolos e Linhas de Cuidado: Estabelecer protocolos assistenciais baseados nas diretrizes do INCA e Ministério da Saúde. Implementar a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, Colo do Útero, Próstata, entre outras, integrando a Rede de Atenção à Saúde. 5. Integração com a Rede de Atenção à Saúde: Articular a rede de atenção primária e especializada para rastreamento, diagnóstico precoce, referência e contrarreferência dos casos. Estabelecer fluxo regional com municípios da microrregião e a DRS XV. 6. Monitoramento e Avaliação: Implantar indicadores de desempenho e qualidade para acompanhamento dos resultados do serviço. Realizar avaliação periódica da satisfação dos usuários e da efetividade dos tratamentos. 7. Campanhas e Educação em Saúde: Realizar ações educativas sobre prevenção e detecção precoce do câncer (em parceria com a APS). Promover campanhas anuais como Outubro Rosa, Novembro Azul e Março Lilás.	
16 -Ampliação das modalidades da Rede da Pessoa com Deficiência (PCD) através do estabelecimento de parcerias com outras instituições ou através da própria FMSRC.	1. Mapeamento e Diagnóstico da Demanda: Realizar levantamento epidemiológico da população PCD no município e na região de abrangência e identificar lacunas na oferta de modalidades de reabilitação já existentes no município (por exemplo, ausência de reabilitação visual ou auditiva). 2. Fortalecimento da Rede Local: Avaliar e potencializar os serviços próprios da FMSRC que já atuam com PCD (como o CER e a APS) e planejar a ampliação de equipe e infraestrutura nos serviços existentes para incorporação de novas modalidades (ex: contratação de fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, oftalmologistas, fisioterapeutas especializados etc.). 3. Estabelecimento de Parcerias Estratégicas: Identificar instituições públicas, privadas e filantrópicas habilitadas ou com potencial para ofertar modalidades complementares, formalizar termos de cooperação técnica, convênios ou contratos de prestação de serviços com essas instituições e estimular a regionalização da assistência em conjunto com a DRS XV para garantir o cuidado integral	

	da população. 4. Capacitação Profissional: Realizar capacitações contínuas para os profissionais da rede SUS local, incluindo APS, sobre acolhimento, manejo e encaminhamento adequado da PCD e promover ações de educação permanente voltadas à inclusão, acessibilidade e atenção integral à saúde da PCD. 5. Adequações de Acessibilidade: Adequar fisicamente os serviços de saúde (unidades básicas, especializadas e centros de reabilitação) às normas de acessibilidade arquitetônica e comunicacional. 6. Fortalecimento dos Fluxos Assistenciais: Atualizar protocolos e fluxos de atendimento para garantir o acesso efetivo e contínuo às modalidades da rede e integrar os serviços de reabilitação com a Atenção Primária à Saúde, garantindo a continuidade do cuidado. 7. Cadastro e Habilitação dos Serviços: Realizar o cadastramento e/ou habilitação de novos serviços ou modalidades junto ao Ministério da Saúde, conforme exigências do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência. 8. Acompanhamento, Avaliação e Monitoramento: Estabelecer indicadores de acesso, cobertura e qualidade para monitoramento contínuo dos serviços ampliados. Realizar reuniões de avaliação com participação de usuários, profissionais e gestores. 9. Promoção da Inclusão Social: Apoiar ações intersetoriais com a educação, assistência social, trabalho e transporte, visando a inclusão e autonomia da pessoa com deficiência e desenvolver campanhas de sensibilização e combate ao capacitismo.	
OBJETIVO	4.2 Garantir manutenção dos equipamentos de saúde	
META	AÇÕES	
1 – Implementar o funcionamento do Hospital Municipal.	1. Planejamento e Organização Institucional: Definir o modelo de gestão do hospital (direta pela FMSRC ou por meio de entidade parceira), elaborar plano diretor hospitalar com definição de perfil assistencial, especialidades, capacidade instalada e metas operacionais e estabelecer a estrutura organizacional e os fluxos de funcionamento das unidades internas (pronto atendimento, internação, centro cirúrgico, UTI, etc.). 2. Habilitação e Regulação: Cadastrado o hospital no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e providenciar a habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde, conforme as portarias vigentes e inserir o hospital nos fluxos de regulação estadual e municipal (SISREG). 3. Infraestrutura Física e Equipamentos: Finalizar eventuais adequações na estrutura física do hospital,	

	respeitando as normas da vigilância sanitária e RDCs da Anvisa e adquirir e instalar equipamentos médico-hospitalares, mobiliários e sistemas de tecnologia da informação (prontuário eletrônico, sistemas de gestão hospitalar). 4. Composição e Capacitação da Equipe: Realizar concursos, processos seletivos ou contratação de equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, administrativos etc.) e ofertar capacitação técnica inicial e educação permanente com foco em segurança do paciente, protocolos clínicos e humanização. 5. Implantação Gradual dos Serviços: Planejar a abertura em fases (ex: ambulatório, leitos clínicos, centro cirúrgico, UTI), conforme cronograma e disponibilidade e iniciar com serviços de menor complexidade e ampliar progressivamente conforme estrutura e habilitação. 6. Articulação com a Rede de Atenção à Saúde: Integrar o hospital à rede municipal e regional de saúde, com definição clara dos fluxos de referência e contrarreferência e estabelecer protocolos assistenciais alinhados à Atenção Primária e à rede especializada. 7. Gestão de Insumos e Medicamentos: Organizar a farmácia hospitalar e os estoques de medicamentos e materiais médico-hospitalares e implantar controle logístico para abastecimento contínuo e racional dos insumos. 8. Garantia de Qualidade e Segurança: Implementar Núcleos de Segurança do Paciente, Controle de Infecção Hospitalar, e Avaliação da Qualidade e adotar protocolos clínico-assistenciais e operacionais padronizados (como Acolhimento com Classificação de Risco, Protocolo de Sepsis, etc.). 9. Monitoramento e Avaliação de Indicadores: Definir e acompanhar indicadores de produção, qualidade, satisfação dos usuários, ocupação de leitos, tempo de espera, entre outros e estabelecer comissões e instâncias colegiadas para avaliação permanente do desempenho do hospital. 10. Comunicação e Transparência com a População: Realizar campanha de divulgação sobre os serviços oferecidos pelo Hospital Municipal e criar canais de ouvidoria e escuta ativa para usuários e familiares.	
2- Manter o credenciamento e as habilitações dos serviços de saúde do município junto ao Ministério da Saúde.	1. Monitoramento Ativo das Habilitações Existentes: Realizar diagnóstico completo e atualizado dos serviços habilitados e credenciados no município (UBS, CAPS, CER, SAMU, UPA, serviços hospitalares, entre outros) e criar e manter planilha de controle com prazos, tipos de habilitação, portarias publicadas, exigências e pendências. 2. Acompanhamento das Normativas do Ministério da Saúde: Monitorar continuamente publicações no Diário Oficial da União (DOU), portarias ministeriais e instruções normativas sobre credenciamentos e	

	habilitações e atualizar a gestão local sobre novas exigências, prazos e oportunidades de credenciamento. 3. Manutenção da Regularidade Cadastral: Garantir a atualização contínua dos dados dos estabelecimentos de saúde no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e verificar periodicamente a consistência de informações nos sistemas nacionais (SISMOB, e-Gestor AB, SARGSUS, SCNES, SISREG etc.). 4. Cumprimento das Condicionais Técnicas e Assistenciais: Assegurar que os serviços credenciados estejam em pleno funcionamento conforme critérios exigidos pelo MS (carga horária, equipe mínima, estrutura física, produção mínima, indicadores de qualidade) e implantar ou atualizar protocolos, fluxos assistenciais e registros obrigatórios. 5. Gestão de Documentação Oficial: Manter arquivamento organizado de portarias, ofícios, termos de compromisso, relatórios de vistoria e demais documentos relacionados às habilitações e disponibilizar equipe técnica para elaboração de relatórios técnicos e respostas a diligências do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. 6. Articulação Intergovernamental: Fortalecer a interlocução com a DRS X, a Secretaria de Estado da Saúde e as áreas técnicas do Ministério da Saúde e participar de reuniões técnicas, oficinas e fóruns relacionados à rede de atenção e aos critérios de habilitação/credenciamento. 7. Atualização de Protocolos e Capacitação de Equipes: Atualizar as equipes gestoras e assistenciais sobre as responsabilidades e exigências de cada serviço habilitado e promover capacitações periódicas voltadas ao correto preenchimento dos sistemas oficiais e cumprimento dos requisitos normativos. 8. Acompanhamento da Produção e do Financiamento: Monitorar os repasses financeiros vinculados às habilitações e enviar relatórios de produção quando exigido e atuar preventivamente para evitar suspensão de repasses por descumprimento de metas ou inconsistências cadastrais. 9. Revisão e Revalidação de Habilitações: Preparar e acompanhar processos de revalidação ou renovação de habilitações, conforme prazos e exigências legais e realizar auditorias internas e visitas técnicas periódicas para verificar a conformidade dos serviços habilitados. 10. Transparência e Prestação de Contas: Garantir a publicidade dos serviços habilitados e credenciados no município e incluir o acompanhamento das habilitações no Relatório Anual de Gestão (RAG) e no Planejamento Municipal de Saúde.	
3- Realização de manutenção predial das unidades de saúde com o objetivo de proporcionar o atendimento humanizado para os pacientes e um adequado	1. Diagnóstico das Necessidades Estruturais: Realizar levantamento técnico das condições físicas de todas as unidades de saúde (UBSs, CAPS, unidades especializadas, almoxarifado, farmácia, etc.) e classificar os problemas identificados por grau de urgência (manutenção preventiva, corretiva ou reforma geral). 2. Elaboração de Plano de Manutenção Predial: Desenvolver cronograma de manutenção preventiva e	

ambiente de trabalho aos profissionais de saúde.	corretiva por unidade, priorizando aquelas com maior demanda ou risco estrutural e definir critérios técnicos e orçamentários para priorização das intervenções. 3. Execução de Serviços de Manutenção: Realizar reparos estruturais como pintura, conserto de telhados, pisos, portas, janelas, sistemas elétricos e hidráulicos, climatização, entre outros, executar adequações para garantir a acessibilidade conforme legislação vigente (ex: rampas, banheiros adaptados, sinalização) e garantir manutenção contínua de sistemas essenciais: iluminação, ventilação, ar-condicionado, rede lógica, telefonia, calhas e forros. 4. Contratação e Supervisão Técnica: Contratar equipe técnica especializada (engenheiros, arquitetos, mestres de obra) para elaboração de projetos e fiscalização das obras e utilizar processos licitatórios, termos de referência e contratos adequados para garantir a legalidade das intervenções. 5. Adaptação de Ambientes para Humanização: Reorganizar espaços internos visando maior acolhimento e conforto ao usuário (salas de espera com ventilação, iluminação adequada, acessibilidade, bebedouros, banheiros funcionais) e identificar e implantar melhorias que favoreçam o vínculo e a privacidade nos atendimentos. 6. Aquisição de Mobiliário e Equipamentos Complementares: Substituir ou reparar mobiliário danificado (cadeiras, macas, armários, mesas, etc.) e adquirir itens que melhorem a funcionalidade dos ambientes de trabalho (divisórias, ventiladores, cortinas, suportes etc.). 7. Monitoramento das Condições das Unidades: Implantar sistema interno de comunicação e solicitação de manutenção por parte das unidades e criar checklists periódicos de verificação predial para equipes gestoras locais. 8. Garantia de Sustentabilidade: Avaliar e implantar soluções sustentáveis nas reformas e manutenções (como iluminação LED, reaproveitamento de água, ventilação natural) e capacitar as equipes sobre o uso consciente das estruturas e manutenção preventiva. 9. Alinhamento com Normas de Vigilância Sanitária e Segurança do Trabalho: Adequar as estruturas físicas às exigências da Vigilância Sanitária e da NR-32 (Norma Regulamentadora da Saúde) e corrigir inconformidades apontadas em inspeções técnicas e sanitárias. 10. Transparência e Prestação de Contas: Divulgar à população os investimentos e intervenções realizadas nas unidades de saúde e registrar e relatar as ações no Relatório Anual de Gestão (RAG) e na Programação Anual de Saúde (PAS).	
4 – Implementação do Centro de Referência em Saúde da Criança	1. Planejamento e Definição do Perfil Assistencial: Definir o escopo de atuação do Centro Crescer: faixa etária atendida, condições prioritárias (ex: atraso do desenvolvimento, transtornos alimentares, síndromes, condições crônicas, TEA etc.) e elaborar projeto técnico e assistencial do serviço conforme	

(Crescer).	diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. 2. Estruturação Física e Infraestrutura: Identificar prédio público adequado ou providenciar imóvel para implantação do centro, realizar adequações conforme normas da Vigilância Sanitária e de acessibilidade e adquirir mobiliário, equipamentos e materiais permanentes para o funcionamento do serviço (consultórios, salas de estimulação, sala de espera, brinquedoteca, etc.). 3. Composição da Equipe Multiprofissional: Contratar ou alocar profissionais especializados: pediatras, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social, enfermeiros e técnicos de enfermagem e assegurar capacitação inicial e educação permanente em atenção integral à saúde da criança e desenvolvimento infantil. 4. Articulação com a Rede de Atenção à Saúde: Definir fluxos de acesso e encaminhamento com a Atenção Primária à Saúde, unidades hospitalares, rede de educação e assistência social e integrar o Crescer às redes de cuidados prioritários: Rede Cegonha, RCPD, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Saúde Mental. 5. Desenvolvimento de Protocolos e Linhas de Cuidado: Implantar protocolos clínico-assistenciais para condições prevalentes na infância e para estimulação precoce e estabelecer linha de cuidado para crianças com atraso do desenvolvimento, prematuridade, condições neurológicas, deficiências, TEA, entre outros. 6. Atividades de Promoção e Prevenção em Saúde: Desenvolver ações educativas com famílias sobre cuidados na primeira infância, aleitamento materno, alimentação saudável, estimulação do desenvolvimento e prevenção de acidentes e realizar atividades de grupo (pais e cuidadores) e oficinas terapêuticas. 7. Implantação de Prontuário Eletrônico e Registro de Indicadores: Integrar o centro ao sistema de informação em saúde municipal para registro e monitoramento das ações e definir indicadores para avaliação da cobertura, acesso, qualidade do cuidado e desenvolvimento das crianças atendidas. 8. Acompanhamento Interdisciplinar Longitudinal: Estabelecer plano terapêutico singular para cada criança com necessidade de reabilitação ou acompanhamento especializado e promover atendimentos interdisciplinares e reuniões de equipe para discussão de casos. 9. Articulação com Família e Comunidade: Envolver as famílias no processo de cuidado com escuta qualificada e orientação constante e estabelecer canais de escuta e acolhimento para os cuidadores. 10. Avaliação e Sustentabilidade do Serviço: Avaliar periodicamente a efetividade do serviço com base nos indicadores pactuados e garantir financiamento contínuo (federal, estadual e municipal) e, se possível, buscar credenciamento junto ao Ministério da Saúde.	
DIRETRIZ V - FORTALECER O CONTROLE SOCIAL NO SUS NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO		

OBJETIVO	5.1- Fortalecer as atividades do Conselho Municipal de Saúde	
META	AÇÕES	PPA
1-Atualização do Regimento Interno do CMSRC.	1. Criação de Comissão de Revisão: Instituir, por meio de deliberação do plenário do CMS, uma comissão específica para revisar e propor a atualização do Regimento Interno e garantir a representatividade dos segmentos (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores) na comissão. 2. Levantamento e Análise de Referências Legais: Levantar e analisar as legislações atualizadas que regulamentam os conselhos de saúde, especialmente: Lei nº 8.142/1990, Resolução CNS nº 453/2012 e Normas do SUS e do Ministério da Saúde pertinentes ao controle social. Identificar pontos do regimento atual que estão desatualizados ou em desconformidade com a legislação vigente. 3. Revisão Técnica e Jurídica do Documento: Atualizar a redação do Regimento Interno com base nas diretrizes legais e nas necessidades atuais do Conselho. Incluir temas como: Estrutura e composição do CMS, competências do plenário, da mesa diretora e das comissões, periodicidade das reuniões ordinárias e extraordinárias, procedimentos de deliberação, votação e quórum, regras de posse, mandato e substituição de conselheiros e garantia de transparência e participação popular 4. Consulta Pública e Participação Social: Disponibilizar minuta do novo regimento para consulta dos conselheiros e da sociedade civil e promover reunião ampliada ou audiência pública para acolher sugestões. 5. Aprovação em Plenária: Submeter a versão final do regimento revisado à apreciação e aprovação em plenária do CMS e Garantir registro em ata da deliberação formal. 6. Publicação e Divulgação: Publicar o novo Regimento Interno em meio oficial (site da Prefeitura, Diário Oficial ou outro veículo oficial do município) e divulgar amplamente aos conselheiros, gestores, profissionais e população. 7. Capacitação dos Conselheiros: Promover capacitação dos conselheiros sobre o novo regimento e as implicações práticas de sua aplicação e incluir essa ação no Plano de Educação Permanente do Conselho. 8. Atualização Periódica: Prever no regimento mecanismos de revisão periódica ou extraordinária, garantindo sua atualização conforme mudanças legais e operacionais do SUS.	
2-Implementar e regularizar as comissões regimentais e sua estrutura.	1. Revisão do Regimento Interno: Identificar no Regimento Interno do CMS as comissões previstas (permanentes e/ou temporárias) e suas atribuições específicas e propor atualização do regimento, se necessário, para incluir comissões pertinentes ou adequar sua estrutura às novas demandas do controle social.	

	2. Instituição das Comissões Regimentais: Criar oficialmente, por meio de deliberação plenária, as comissões regimentais previstas, tais como: Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN); Comissão de Acompanhamento e Avaliação; Comissão de Comunicação e Mobilização; Comissão de Ética e Regimento; Comissão de Educação Permanente e outras comissões temáticas conforme necessidade local 3. Definição de Composição e Representatividade: Estabelecer o número de membros por comissão, garantindo a representação paritária dos segmentos (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores) e convidar os conselheiros titulares e suplentes a compor as comissões conforme seu interesse e perfil técnico. 4. Elaboração dos Regimentos Internos das Comissões: Criar minutas de regulamentos internos para cada comissão, definindo: Finalidade, composição, atribuições específicas, periodicidade das reuniões e forma de atuação (relatórios, pareceres, visitas técnicas etc.) 5. Capacitação dos Membros das Comissões: Realizar oficinas de formação para conselheiros sobre o papel e funcionamento das comissões e incluir essas capacitações no Plano de Educação Permanente do CMS. 6. Organização da Estrutura de Apoio: Garantir suporte técnico-administrativo às comissões (salas para reuniões, materiais, acesso a documentos, apoio de equipe técnica da secretaria executiva do CMS) e criar calendário regular de reuniões das comissões, articulado com o calendário das reuniões plenárias. 7. Acompanhamento da Atuação das Comissões: Estabelecer que cada comissão apresente relatórios periódicos de suas atividades ao plenário do CMS e monitorar a efetividade das comissões por meio de indicadores de participação e resultados alcançados. 8. Integração com o Processo Deliberativo: Definir que os pareceres e encaminhamentos das comissões regimentais subsidiem as decisões do plenário do CMS e garantir que as comissões acompanhem a execução das deliberações aprovadas. 9. Divulgação e Transparência: Publicar no site da Prefeitura ou em outro canal oficial a estrutura das comissões, seus membros e atividades realizadas e promover a participação da população em reuniões abertas das comissões, quando pertinente. 10. Avaliação Periódica: Realizar avaliação anual sobre a atuação das comissões, propondo melhorias e ajustes conforme necessidade e prever mecanismos de reformulação da composição e atribuições sempre que necessário.	
3-Interação contínua entre CMSRC e	1. Criação de Canais de Comunicação Institucional: Estabelecer canais diretos e oficiais de comunicação entre o CMSRC e a Secretaria/Fundação Municipal de Saúde (e-mail institucional, grupo	

Gestão.	formal de mensagens, ofícios eletrônicos) e designar interlocutores fixos da gestão para contato com a Mesa Diretora do CMS. 2. Participação Regular da Gestão nas Reuniões do Conselho: Garantir a presença de representantes da gestão municipal nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CMSRC e apresentar periodicamente informes técnicos e administrativos relevantes à atuação do Conselho. 3. Apresentação e Discussão de Informes e Instrumentos de Gestão: Apresentar e submeter à apreciação do CMSRC os instrumentos de planejamento e gestão do SUS local, conforme legislação: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG), Prestação de contas quadrimestral (conforme Lei Complementar nº 141/2012). 4. Acompanhamento das Deliberações e Repostas da Gestão: Criar sistema de controle das deliberações do CMSRC, com prazo para resposta da gestão municipal e garantir que as respostas da gestão sejam formais, fundamentadas e documentadas. 5. Realização de Reuniões Técnicas Conjuntas: Promover reuniões técnicas periódicas entre CMSRC e as áreas técnicas da Secretaria/Fundação de Saúde para esclarecimentos e construção conjunta de propostas e utilizar esses encontros para discutir temas estratégicos (financiamento, fluxos de serviços, redes de atenção, etc.). 6. Participação do CMSRC nos Processos de Planejamento e Avaliação: Incluir o CMSRC em comissões, grupos de trabalho e fóruns internos da gestão relacionados ao planejamento, à regulação e à avaliação das políticas de saúde e garantir o acesso do CMSRC a dados e relatórios necessários para análise e deliberação qualificada. 7. Construção de Agenda Colaborativa: Estabelecer uma agenda institucional compartilhada entre CMSRC e gestão, com temas prioritários a serem discutidos ao longo do ano e definir pautas conjuntas para reuniões ampliadas, audiências públicas e conferências de saúde. 8. Fomento à Transparência e à Publicidade das Ações: Publicar atas, deliberações e respostas da gestão no site institucional ou em espaço próprio no portal da transparência municipal e divulgar ações conjuntas e decisões importantes à população por meio de boletins, redes sociais e outros meios de comunicação. 9. Formação Conjunta e Educação Permanente: Desenvolver capacitações e oficinas com participação de conselheiros e gestores sobre legislação do SUS, planejamento, orçamento e controle social e estimular a cultura de diálogo qualificado e corresponsabilidade entre as partes. 10. Avaliação Contínua da Interação: Realizar avaliação anual da relação institucional entre o CMSRC e a Gestão, com base em critérios como: frequência de encontros, qualidade das respostas, acolhimento de deliberações, cooperação técnica e propor melhorias com base no diagnóstico	
----------------	---	--

	conjunto.	
4-Utilização do recurso financeiro e orçamentário destinado ao CMSRC.	1. Previsão e Garantia Orçamentária Anual: Incluir, na Lei Orçamentária Anual (LOA), dotação orçamentária específica para o funcionamento do CMSRC, conforme determina a Resolução CNS nº 453/2012 e garantir a liberação dos recursos conforme plano de trabalho aprovado pelo plenário do Conselho. 2. Elaboração de Plano de Aplicação dos Recursos: Planejar, junto à Mesa Diretora do CMSRC, um Plano Anual de Aplicação de Recursos, com base nas necessidades operacionais e estratégicas do Conselho e incluir ações como: formações, apoio logístico, participação em eventos, materiais de consumo, contratação de serviços, divulgação, entre outros. 3. Utilização dos Recursos para Funcionamento Pleno do CMSRC: Assegurar estrutura mínima para funcionamento: espaço físico adequado, equipamentos, internet, transporte para conselheiros, apoio administrativo e materiais e utilizar recursos para garantir a realização de reuniões ordinárias, extraordinárias e audiências públicas. 4. Fomento à Formação e Capacitação dos Conselheiros: Destinar parte dos recursos para a formação continuada dos conselheiros, por meio de oficinas, cursos, seminários, eventos regionais e nacionais sobre controle social e SUS e financiar a participação de representantes do CMSRC em conferências de saúde e outros fóruns colegiados. 5. Apoio à Comunicação e Divulgação: Utilizar recursos para a produção de materiais informativos, boletins, publicações e manutenção de canais de comunicação do Conselho e Fortalecer a visibilidade do CMSRC junto à população, promovendo o acesso às decisões e ações realizadas. 6. Acompanhamento e Execução Orçamentária: Acompanhar periodicamente a execução orçamentária e financeira, com apoio da Secretaria Executiva do Conselho e da área financeira da FMSRC e apresentar balanços financeiros nas reuniões plenárias e garantir a prestação de contas transparente. 7. Criação de Instrumentos de Controle e Prestação de Contas: Implantar instrumentos internos de controle do uso dos recursos (planilhas, relatórios, cronogramas de execução) e elaborar relatório anual de utilização dos recursos, com comprovação documental, para apreciação e aprovação do plenário. 8. Regularização de Procedimentos Administrativos: Estabelecer rotinas formais junto à gestão municipal para solicitação, liberação e utilização dos recursos do CMSRC, conforme legislação de compras pública e realizar capacitação dos membros da Mesa Diretora sobre gestão orçamentária e prestação de contas no setor público. 9. Avaliação do Impacto do Investimento: Avaliar anualmente o impacto do uso dos recursos na	

	efetividade do CMSRC (ex: aumento da participação, qualificação das decisões, maior fiscalização, ampliação da transparência) e propor melhorias no planejamento financeiro do Conselho com base nesses resultados.	
5-Realização das conferências e fóruns municipais de saúde.	1. Planejamento e Organização Geral do Evento: Definir, com antecedência, o cronograma de realização das Conferências e Fóruns Municipais de Saúde e criar Comissão Organizadora com representantes do CMSRC, da gestão municipal, trabalhadores, usuários e prestadores de serviços. 2. Definição do Tema e Eixos Temáticos: Estabelecer o tema central da Conferência/Fórum conforme orientações do Conselho Nacional ou Estadual de Saúde (em caso de conferência preparatória) e definir os eixos temáticos a serem debatidos, priorizando as necessidades e realidades locais. 3. Regulamentação do Evento: Elaborar e aprovar o Regimento Interno da Conferência/Fórum, que deverá estabelecer regras sobre: participantes, delegados, metodologia de debates, forma de votação e aprovação das propostas e publicar edital de convocação oficial, conforme legislação. 4. Mobilização e Divulgação: Realizar ampla divulgação nas unidades de saúde, escolas, redes sociais, rádios e veículos oficiais da prefeitura e promover mobilização junto aos segmentos de usuários, trabalhadores e prestadores para garantir participação plural e representativa. 5. Realização de Pré-Conferências ou Fóruns Temáticos: Promover encontros preparatórios (pré-conferências ou fóruns por território ou por temas), para coleta de propostas e identificação das principais demandas da população e garantir participação social descentralizada e acessível. 6. Estruturação Logística do Evento: Definir local adequado, acessível e com capacidade para abrigar os participantes e providenciar recursos de apoio: alimentação, transporte (se necessário), materiais gráficos, crachás, equipamentos de som, intérprete de Libras, entre outros. 7. Realização da Conferência/Fórum: Conduzir o evento conforme regimento, promovendo: Mesa de abertura institucional, Palestras e exposições técnicas, trabalhos em grupo por eixo temático, sistematização e votação das propostas e eleição dos delegados (em conferências formais) 8. Sistematização e Encaminhamento das Propostas: Organizar as propostas aprovadas em relatório final e encaminhar o relatório: Para o Conselho Municipal de Saúde, para a Gestão Municipal de Saúde, para as etapas estadual e nacional (se for conferência oficial). 9. Acompanhamento e Monitoramento das Propostas: Incluir as propostas deliberadas no planejamento da saúde (PAS/PMS) e criar mecanismos de monitoramento e avaliação do cumprimento das propostas pela gestão. 10. Prestação de Contas e Avaliação: Apresentar relatório financeiro e de atividades ao CMSRC e à população e avaliar, com a Comissão Organizadora, os pontos fortes e oportunidades de melhoria para	

	os próximos eventos.	
OBJETIVO	5.2 - Ampliar e fortalecer a gestão participativa	
META	AÇÕES	PPA
1 - Efetivação das regras regimentais para manter a composição efetiva dos membros do CMS.	1. Revisar e aplicar o regimento interno quanto à composição e substituições de membros. 2. Monitorar a frequência dos conselheiros e aplicar penalidades em caso de ausências injustificadas. 3. Realizar convocação periódica das entidades e segmentos para atualização das representações. 4. Promover processo de recomposição ou eleição sempre que houver vacância ou mandato encerrado. 5. Atualizar portarias de nomeação dos conselheiros e divulgar oficialmente. 6. Garantir formação e integração dos novos membros para atuação qualificada no CMS.	
2 - Ampliação de ações para divulgação do papel do Conselho Municipal de Saúde e sua importância.	1. Produzir materiais informativos (folders, cartazes, vídeos e posts) sobre as funções do CMS. 2. Manter canais de comunicação atualizados, como site, redes sociais e murais nas unidades de saúde. 3. Promover campanhas educativas nas unidades de saúde, escolas e eventos públicos. 4. Realizar rodas de conversa, palestras e fóruns abertos com a comunidade sobre o papel do Conselho. 5. Participar de eventos municipais e conferências para dar visibilidade ao CMS. 6. Estabelecer parcerias com a imprensa local para divulgação das ações e deliberações do CMS.	
3 - Implementar e reimplantar os Conselhos Gestores Locais.	1. Mapear as unidades com ausência ou inatividade dos Conselhos Gestores Locais. 2. Divulgar a importância e função dos Conselhos Locais junto à comunidade e profissionais de saúde. 3. Mobilizar usuários, trabalhadores e gestores para composição dos conselhos. 4. Realizar eleição dos representantes locais, conforme critérios regimentais. 5. Elaborar ou atualizar o regimento interno de cada Conselho Gestor Local. 6. Promover capacitação dos conselheiros locais sobre participação social e SUS. 7. Garantir apoio e acompanhamento contínuo do CMSRC e da gestão municipal às atividades dos conselhos.	
4 - Revisão e revitalização dos conselhos gestores locais.	1. Diagnosticar a situação atual dos Conselhos Gestores Locais (ativos, inativos, desatualizados). 2. Atualizar regimentos internos conforme diretrizes do SUS e realidade local. 3. Renovar as representações por meio de eleições democráticas e participativas. 4. Realizar capacitações e oficinas para qualificar os conselheiros locais. 5. Fortalecer a articulação entre Conselhos Locais e o CMSRC, com apoio institucional. 6. Acompanhar reuniões e atividades dos conselhos, garantindo suporte técnico e administrativo.	

5. Reimplantação de um novo modelo participativo de conselho gestor local.	1. Diagnosticar os modelos atuais e identificar gaps na participação e funcionamento. 2. Desenvolver um modelo participativo atualizado, alinhado às diretrizes do SUS e às necessidades locais. 3. Divulgar o novo modelo junto às comunidades e equipes de saúde. 4. Mobilizar usuários, trabalhadores e gestores para compor os Conselhos Gestores Locais. 5. Realizar eleições e formalizar a instalação dos novos conselhos. 6. Oferecer capacitação contínua para conselheiros sobre gestão participativa e controle social. 7. Estabelecer mecanismos de acompanhamento, avaliação e apoio técnico.	
6 - Realização/oferta de cursos de qualificação para controle social.	1. Mapear necessidades de formação dos conselheiros e representantes sociais. 2. Elaborar plano anual de capacitação com temas relacionados ao controle social, SUS e políticas públicas. 3. Selecionar e contratar instituições ou profissionais especializados para ministrar os cursos. 4. Divulgar amplamente os cursos para garantir participação dos interessados. 5. Realizar os cursos em formatos presenciais e/ou virtuais para maior alcance. 6. Avaliar continuamente a qualidade e o impacto das capacitações. 7. Incentivar a participação em eventos, seminários e oficinas complementares.	
7 - Criar novos mecanismos de participação social e de defesa do SUS.	1. Realizar diagnóstico participativo para identificar demandas e barreiras atuais à participação social. 2. Desenvolver plataformas digitais interativas para facilitar o diálogo entre a população e gestores de saúde. 3. Implementar fóruns temáticos e grupos de trabalho com usuários, profissionais e comunidade. 4. Promover campanhas de mobilização e sensibilização sobre a importância da participação social e defesa do SUS. 5. Estabelecer canais de ouvidoria e denúncia acessíveis e eficazes. 6. Fortalecer parcerias com organizações da sociedade civil para ampliar o engajamento. 7. Realizar encontros regulares para monitorar e avaliar os mecanismos implantados.	
8 - Criação do Fórum dos Presidentes de Conselho e Entidades de Controle Social do Município de Rio Claro.	1. Mapear e identificar todas as entidades e conselhos que atuam no controle social no município. 2. Elaborar proposta de criação e regimento interno do Fórum, definindo objetivos, estrutura e funcionamento. 3. Convocar reunião inaugural com presidentes e representantes das entidades para apresentação da proposta. 4. Formalizar a criação do Fórum por meio de ata e, se necessário, decreto municipal. 5. Estabelecer calendário regular de reuniões e pautas prioritárias. 6. Promover integração e articulação entre os conselhos e entidades participantes. 7. Garantir apoio técnico e institucional para funcionamento do Fórum.	
OBJETIVO	5.3 Fortalecer os canais de comunicações e as interações com os usuários dos serviços de saúde	

META	AÇÕES	PPA
1 - Garantir a resposta dos setores às demandas da ouvidoria em prazo compatível e adequado.	1. Estabelecer prazos padrão para resposta às demandas da ouvidoria. 2. Divulgar aos setores envolvidos as responsabilidades e prazos para atendimento. 3. Implementar sistema de acompanhamento e controle dos prazos de resposta. 4. Capacitar equipes para manejo adequado e ágil das demandas recebidas. 5. Realizar reuniões periódicas com os setores para avaliar o cumprimento dos prazos. 6. Aplicar medidas corretivas em caso de atrasos ou falhas no atendimento. 7. Garantir feedback transparente ao cidadão solicitante sobre o andamento e conclusão da demanda.	
2- Implantação de sistema de gravação telefônica.	1. Realizar levantamento técnico das necessidades e infraestrutura disponível. 2. Pesquisar e selecionar sistemas compatíveis com a estrutura atual. 3. Elaborar plano de implantação contemplando etapas, cronograma e orçamento. 4. Adquirir e instalar equipamentos e softwares necessários. 5. Capacitar as equipes para uso correto e ético do sistema. 6. Definir políticas internas para armazenamento, acesso e privacidade das gravações. 7. Monitorar o funcionamento do sistema e realizar manutenção preventiva.	
3 - Ampliação de ações para divulgação do papel da Ouvidoria e sua importância.	1. Produzir e distribuir materiais informativos (folders, cartazes, vídeos, posts) sobre a Ouvidoria. 2. Divulgar a Ouvidoria nos canais digitais oficiais (site, redes sociais, aplicativos). 3. Realizar campanhas educativas nas unidades de saúde e em eventos públicos. 4. Promover rodas de conversa e palestras com a comunidade sobre escuta qualificada e direitos do usuário. 5. Fixar informações visíveis sobre a Ouvidoria em todas as unidades de saúde. 6. Estabelecer parcerias com escolas, conselhos e associações para ampliar o alcance da divulgação. 7. Incentivar servidores e gestores a orientar os usuários sobre como acessar e utilizar a Ouvidoria.	
4 - Criação do 0800 ouvidoria SUS.	1. Realizar estudo de viabilidade técnica e orçamentária para implantação do serviço 0800. 2. Contratar empresa especializada ou serviço de telefonia para fornecimento da linha gratuita. 3. Integrar o 0800 ao sistema já existente da Ouvidoria para registro e acompanhamento das demandas. 4. Capacitar equipe responsável pelo atendimento telefônico. 5. Divulgar amplamente o novo canal 0800 em unidades de saúde, redes sociais e meios de comunicação. 6. Garantir acessibilidade e funcionamento em horário adequado. 7. Monitorar a qualidade do atendimento e os resultados das demandas recebidas via 0800.	
5- Realizar ações de educação em Ouvidoria SUS.	1. Elaborar plano de educação permanente em Ouvidoria SUS. 2. Promover capacitações e oficinas presenciais e/ou online para servidores, conselheiros e gestores. 3. Desenvolver e distribuir materiais educativos (cartilhas, manuais, vídeos explicativos).	

	4. Realizar campanhas de sensibilização sobre o papel da Ouvidoria como instrumento de escuta e gestão participativa. 5. Incentivar a participação de ouvidores e servidores em eventos e cursos externos. 6. Estabelecer parcerias com instituições de ensino e órgãos de controle social. 7. Avaliar o impacto das ações educativas na qualificação do atendimento e na resolutividade das demandas.	
OBJETIVO	5.4 - Fortalecer e regulamentar a Ouvidoria SUS	
META	AÇÕES	PPA
1 - Regulamentação da ouvidoria SUS através de lei específica da Saúde.	1. Realizar diagnóstico jurídico e institucional da situação atual da Ouvidoria. 2. Elaborar minuta de projeto de lei específica com base nas diretrizes nacionais da Ouvidoria do SUS. 3. Submeter a proposta à análise da área jurídica da saúde e do CMSRC. 4. Realizar consulta pública e audiências para debater a proposta com a sociedade civil. 5. Encaminhar o projeto de lei ao Legislativo Municipal para aprovação. 6. Acompanhar a tramitação até a sanção e publicação da lei. 7. Divulgar amplamente a nova legislação e promover ações de formação sobre seu conteúdo.	