

RELATÓRIO DE GESTÃO 1º QUADRIMESTRE DE 2025



Prefeitura Municipal de
SANTA MARIA





Prefeitura Municipal de
SANTA MARIA

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE

RELATÓRIO DE GESTÃO 1º QUADRIMESTRE DE 2025

EQUIPE GESTORA

Rodrigo Decimo - Prefeito Municipal

Guilherme Ribas Smidt - Secretário de Município de Saúde

Luciano Machado Oliveira - Secretário Adjunto de Município de Saúde

Marcileni Basso da Silveira – Superintendente Administrativo e Financeiro

Marlon Lenon Marinho da Silva – Superintendente da Atenção Básica

Juliana Pruni – Superintendente da Atenção Especializada

Cecília Mariane Pinheiro Pedro – Superintendente da Vigilância em Saúde

Maio de 2025
Santa Maria- RS
1ª Versão

Sumário

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 09 |
| 2. EXECUÇÃO DAS DESPESAS POR DIRETRIZ ESTRATÉGICA: | 11 |
| 3. AUDITORIAS | 16 |
| 3.1 INFORMAÇÕES SOBRE AUDITORIAS..... | 16 |
| 4. RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DA ASSISTÊNCIA | 177 |
| 4.1. GRÁFICO - EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO EM ASSISTÊNCIA | 187 |
| 5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES DO RELATÓRIO 1º QUADRIMESTRE 2025 | 19 |
| 5.1. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 01: FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE..... | 19 |
| 5.2. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 02: AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA..... | 82 |
| 5.3. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 03: FORTALECIMENTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 100 |
| 5.4. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 04: QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | 112 |
| 5.5. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 05: FORTALECIMENTO, AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR..... | 120 |
| 5.6. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 06: QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, LOGÍSTICA E ADMINISTRATIVA FINANCEIRA DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE SAÚDE | 124 |
| 5.7. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 07: PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE | 139 |
| 5.8. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 08: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DOS EIXOS NORTEADORES DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPES)..... | 142 |
| 5.9. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 09: CAPACITAÇÃO, FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 149 |
| 5.10. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 10: AMPLIAÇÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL..... | 185 |
| 5.11. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 11: PREVENÇÃO, CONTROLE E ENFRENTAMENTO COVID-19..... | 187 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: | 190 |

LISTA DE SIGLAS

| | | | |
|---------------|---|-------------------|--|
| ACE | Agente de Combate às Endemias | CAPS AD IV | Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV |
| AB | Atenção Básica | CAP-SES | Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” |
| ASB | Auxiliar de Saúde Bucal | CASAI | Casa de Saúde Indígena |
| APS | Atenção Primária à Saúde | CEO | Centro de Especialidade Odontológica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde | CER | Centro Especializado em Reabilitação |
| AAE | Atenção Ambulatorial Especializada | CEREST | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| AE | Ambulatório Especializada | CGBP | Casa da Gestante, Bebê e Puérpera |
| AD | Atenção Domiciliar à Saúde | CIAN | Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar | CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária | CIES | Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço |
| APH | Atendimento Pré-Hospitalar | CIEVS | Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde |
| CAF | Central de Abastecimento Farmacêutico | CIOCS | Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde |
| CAP | Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa | | |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial | | |

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE SAÚDE**

| | |
|----------------------|---|
| CIP | Comissão Intergestores do ProgeSUS [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS] |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNRAC | Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade |
| CNT | Central Nacional de Transplantes |
| Conasems | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| Conass | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| Cosems | Conselho de Secretarias Municipais de Saúde |
| CPN | Centro de Parto Normal |
| CRF | Central de Rede de Frio |
| CRF Municipal | Central de Rede de Frio Municipal |
| DENASUS | Departamento Nacional de Auditoria |
| DESAI | Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde |
| DGMP | Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento do Sistema Único de Saúde |
| DO | Declaração de Óbito |
| DSAST/SVS/MS | Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador |
| DM | Diabetes Mellitus |



**Prefeitura Municipal de
SANTA MARIA**

| | |
|----------------|---|
| DCNTs | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DANTs | Doenças e agravos não transmissíveis |
| EAAB | Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil |
| EAP | Equipes de Atenção Primária |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESFs | Unidades de Estratégia Saúde da Família |
| eAB | Equipe de Atenção Básica |
| EABF ic | Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com Informatização e Conectividade |
| eABP | Equipe de Atenção Básica Prisional |
| EACS | Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde |
| EAPP | Equipe de Atenção Primária Prisional |
| eSB | Equipe de Saúde Bucal |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| FUNAI | Fundação Nacional do Índio |
| GERCON | Gerenciamento de consultas |
| HRSM | Hospital Regional de Santa Maria |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |

| | |
|------------------------|---|
| IAE-PI | Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas |
| IFA | Insumo Farmacêutico Ativo |
| Informatiza APS | Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde |
| INTEGRASUS | Incentivo de Integração do SUS |
| IPC | Internação Psiquiátrica Compulsória |
| IPI | Internação Psiquiátrica Involuntária |
| IPV | Internação Psiquiátrica Voluntária |
| IPVI | Internação Psiquiátrica Voluntária Que Se Torna Involuntária |
| LRPD | Laboratório Regional de Prótese Dentária |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| NEPeS | Núcleo de Educação Permanente em Saúde |
| NAQH | Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar |
| NCI | Notificação Compulsória Imediata |
| NCS | Notificação Compulsória Semanal |
| NIR | Núcleo Interno de Regulação |

| | |
|---------------------|--|
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PAB Fixo | Piso da Atenção Básica Fixo |
| PAB Variável | Piso da Atenção Básica Variável |
| PAREPS | Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde |
| PAS | Programação Anual de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)] |
| PCEP | Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos |
| PDP | Parceria para o Desenvolvimento Produtivo |
| PPFB | Programa Farmácia Popular do Brasil |
| PIAPS | Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde |
| PICS | Práticas Integrativas e Complementares |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PMAQ-CEO | Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |

| | | | |
|-----------------|---|--------------------|---|
| PNAISARI | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória | RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança | RENASES | Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição | REMUME | Relação Municipal de Medicamentos Essenciais |
| PNASS | Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde | RENEM | Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis |
| PNCDD | Programa Nacional de Controle da Dengue | RENEZIKA | Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) | RUE | Rede de Atenção às Urgências e Emergências |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde | SAD | Serviço de Atenção Domiciliar |
| PNQM | Programa Nacional de Qualidade em Mamografia | SAIPS | Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) |
| PNVS | Política Nacional de Vigilância em Saúde | SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) |
| PPDC | Pessoa Portadora de Doença Crônica | SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| PQA-VS | Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde | Saúde Legis | Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis) |
| PRAEM | Programa de Atendimento Especializado Municipal | SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| RAG | Relatório Anual de Gestão | SESAI/MS | Secretaria Especial de Saúde Indígena |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial | SISAB | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde | SIASI | Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena |
| RAMI | Rede de Atenção Materno Infantil | SIH | Sistema de Informação Hospitalar |

| | |
|-------------------|--|
| SIM | Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) |
| SIOPS | Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) |
| SISAN | Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional |
| SISAUD/SUS | Sistema de Auditoria do SUS |
| SISCAN | Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) |
| SISREG | Sistema Nacional de Regulação |
| SRT | Serviço Residencial Terapêutico |
| SVO | Serviço de Verificação de Óbito |
| SVS/MS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| TAS | Termo de Ajuste Sanitário |
| TCEP | Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP) |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UBSI | Unidade Básica de Saúde Indígena |
| VIGIPOS | Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária |
| VIR | Veículo de Intervenção Rápida |

| | |
|----------------------|---|
| VISA | Vigilância em Saúde |
| VISAT | Vigilância em Saúde do Trabalhador |
| VR Brasil] | Valor de Referência [Programa Farmácia Popular do |

1. INTRODUÇÃO

| IDENTIFICAÇÃO | |
|---|--|
| UF: RS | |
| MUNICÍPIO: Santa Maria | |
| PERÍODO QUE SE REFERE O RELATÓRIO: RELATÓRIO DE GESTÃO 1º QUADRIMESTRE DE 2025 | |

| SECRETARIA DE SAÚDE | |
|----------------------|---|
| RAZÃO SOCIAL DA SMS: | Secretaria de Município da Saúde |
| CNPJ: | 88.488.366.0001-00 |
| ENDEREÇO: | Avenida Medianeira, 355 |
| CEP: | 97060-001 |
| TELEFONE: | 55.39217203 |
| E-mail: | saude@santamaria.rs.gov.br |
| SITE DA SMS: | https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/ |

| SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE | |
|--|-----------------------|
| NOME: | Guilherme Ribas Smidt |
| DATA DA POSSE: | 14/10/2024 |
| A SMS TEVE MAIS DE UM GESTOR NO PERÍODO A QUE SE REFERE O REG? | Não |

| PLANO DE SAÚDE | |
|--|------------|
| A SMS TEM PLANO DE SAÚDE? | Sim |
| PERÍODO A QUE SE REFERE O PLANO DE SAÚDE? | 2022-2025 |
| STATUS | Aprovado |
| DATA DA ENTREGA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE | 28/12/2021 |

INTRODUÇÃO – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Relatório 1º QUADRIMESTRE DE 2025, vem demonstrar as atividades desenvolvidas pela Secretaria de Município da Saúde, além de avaliar as pactuações firmadas para o ano, em consonância com o que determina a Lei Complementar nº141/2012, Portaria nº 2135/2013 e Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para sua construção foram utilizados como parâmetros os indicadores de saúde bem como o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, o qual foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde, assim como a Programação Anual de Saúde 2025.

O ano teve a continuidade do trabalho desenvolvido pela equipe do Sr. Guilherme Ribas Smidt.

Este relatório foi construído visando atender à estrutura proposta pelo Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP), instituído pela Portaria GM/MS Nº 750, de 29 de abril de 2019 e disponibilizado para acesso dos estados, municípios e Distrito Federal no início de maio de 2019, após publicação da Portaria, a qual regulamentou o seu uso. O DGMP deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios para registro de informações e documentos relativos ao Plano de Saúde e à Programação Anual de Saúde; para elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA e do Relatório Anual de Gestão – RAG. Por meio do DGMP todos os documentos e relatórios são enviados ao Conselho Municipal de Saúde para, em relação ao RDQA, inclusão da análise e apreciação (art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012) e, em relação ao RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

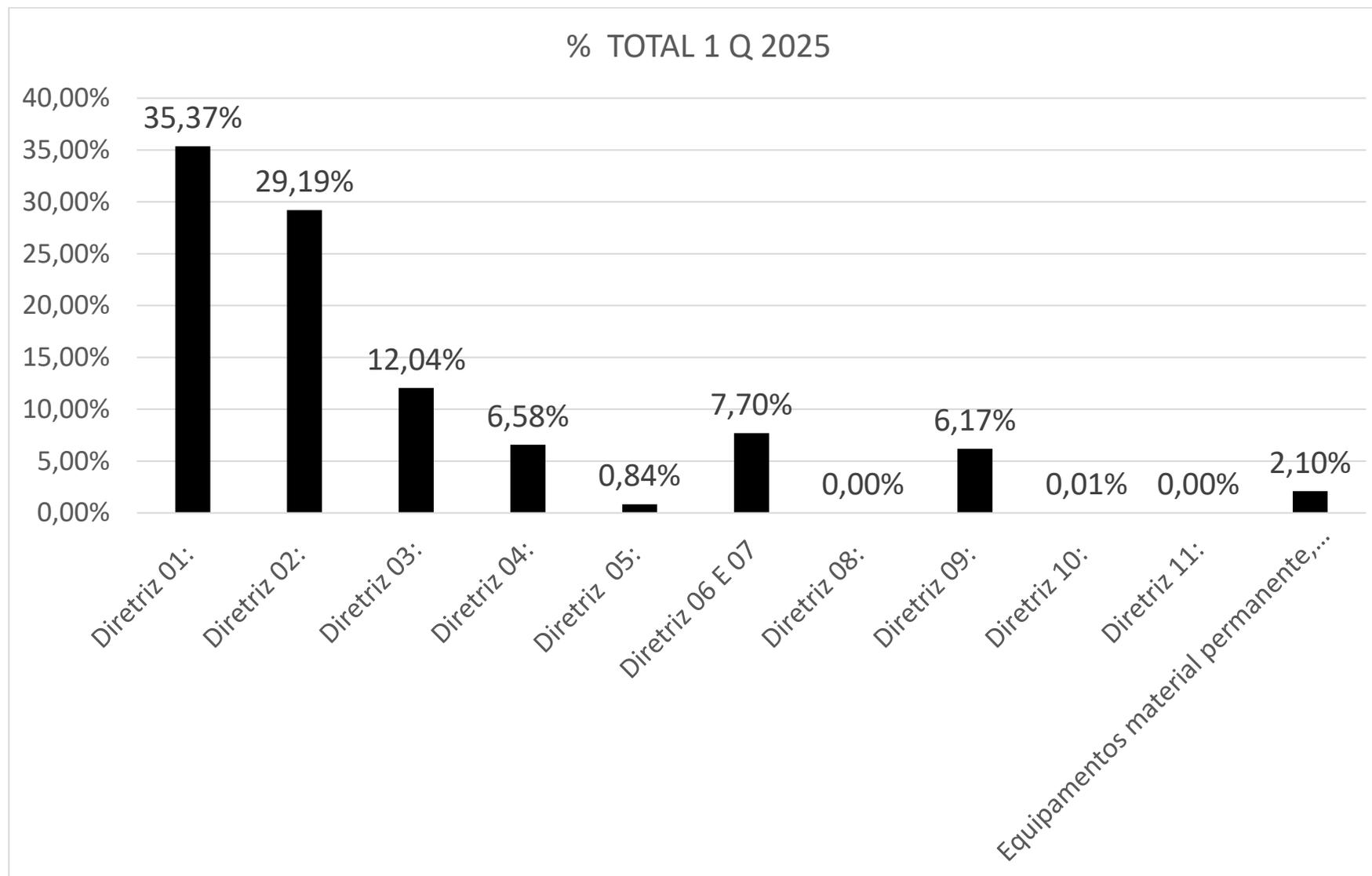
A assessoria de Gestão, Projetos e Planejamento agradece a todos os colaboradores da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria - RS que reuniram esforços para a construção deste instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução do Plano Municipal De Saúde (PMS) e da Programação Anual de Saúde (PAS) 2025, que registra o trabalho, constituindo, além do cumprimento de metas e ações de saúde para 2025, memória institucional para esta Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria - RS.

2. EXECUÇÃO DAS DESPESAS POR DIRETRIZ ESTRATÉGICA:

| EIXOS NORTEADORES | 1Q |
|---|----------------------------------|
| Diretriz Estratégica 01: Fortalecimento e Ampliação da Atenção Primária em Saúde - Folha de pagamento, material de consumo (combustível, informática, material de expediente, material educativo), folha dos visitantes do PIM, incentivos (ACS), manutenção da rede, limpeza, água, luz, telefone, internet, aluguel, indígenas equipamento, medicamentos e dispensação de fraldas, folha de pagamento. | R\$ 19.682.952,89 |
| Diretriz Estratégica 02: Ampliação e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada - curativos de cobertura, HIV (manutenção, eventos), Consórcio Intermunicipal de Saúde. | R\$ 16.247.787,52 |
| Diretriz Estratégica 03: Fortalecimento dos Serviços de Urgência e Emergência - UPA e SAMU. | R\$ 6.702.461,31 |
| Diretriz Estratégica 04: Qualificação da Rede de Atenção Psicossocial - Folha de pagamento, manutenção dos serviços (água, luz, telefone, aluguel), material de consumo. | R\$ 3.660.012,82 |
| Diretriz Estratégica 05: Fortalecimento, Ampliação e Qualificação da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador - Manutenção, folha de pagamento e encargos. | R\$ 465.976,22 |
| Diretriz Estratégica 06: Qualificação da Estrutura Organizacional, Logística e Administrativa Financeira da Secretaria de Município de Saúde - Folha de pagamento e obrigações patronais, funções gratificadas, cargos em comissão, horas extras, diárias. | R\$ 4.288.083,82 |
| Diretriz Estratégica 07: Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde - Folha de pagamento e obrigações patronais, funções gratificadas, cargos em comissão, horas extras, diárias. | |
| Diretriz Estratégica 08: Qualificação das Ações dos Eixos Norteadores do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) - Folha de pagamento e obrigações patronais, funções gratificadas, cargos em comissão, horas extras, diárias. | Transversal as outras Diretrizes |
| Diretriz Estratégica 09: Capacitação, Fortalecimento e Integração dos Serviços de Vigilância em Saúde - Manutenção do serviço (água, luz, telefone, internet, combustível), folha de pagamento. | R\$ 3.436.172,24 |
| Diretriz Estratégica 10: Ampliação e Fortalecimento do Controle Social - Eventos, adiantamentos, viagens. | R\$ 3.465,00 |
| Diretriz Estratégica 11: Prevenção, Controle e Enfrentamento à COVID 19 | 0,00 |
| Equipamentos material permanente, Construções e Obras | R\$ 1.169.333,95 |
| TOTAL DE DESPESAS NO 1º QUADRIMESTRE DE 2025 | R\$52.220.073,53 |

EXECUÇÃO DAS DESPESAS POR DIRETRIZ ESTRATÉGICA 1Q de 2025





Secretaria Estadual da Saúde - Fundo Estadual de Saúde

RMGS019

EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA

Emitido em: 11/06/2025 16:18

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 01/01/2025 a 30/04/2025

SITUAÇÃO DO PERÍODO: Aberto

UNIDADE EXECUTORA: Prefeitura Municipal de Santa Maria

CRS: Santa Maria - 4. CRS

| GRUPO DA AÇÃO | SALDO EM 2023 | SALDO EM 31/12/2024 | RECEITAS | RENDIMENTOS | DESPESAS | SALDO EM 30/04/2025 |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| FR: 621 - Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual (Estadual) | | | | | | |
| 301 - ATENCAO BASICA | 3.089.137,25 | 309.805,45 | 2.398.591,60 | 91.750,66 | 2.349.835,83 | 450.311,88 |
| 302 - ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL | 1.368.693,96 | 2.757.272,59 | 1.945.648,20 | 10.865,62 | 1.580.968,20 | 3.132.818,21 |
| 303 - SUPORTE PROFILATICO E TERAPEUTICO | 142.111,51 | 49.179,83 | 267.781,74 | 7.547,15 | 175.618,07 | 148.890,65 |
| 304 - VIGILANCIA SANITARIA | 0,00 | -36.603,27 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | -36.603,27 |
| 305 - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | 273.441,56 | 198.525,20 | 474.987,39 | 24.858,31 | 175.348,88 | 523.022,02 |
| 331 - PROTECAO E BENEFICIOS AO TRABALHADOR | 0,00 | 444.429,43 | 200.000,00 | 10.523,38 | 0,00 | 654.952,81 |
| SUBTOTAL | 4.873.384,28 | 3.722.609,23 | 5.287.008,93 | 145.545,12 | 4.281.770,98 | 4.873.392,30 |
| TOTAL | 4.873.384,28 | 3.722.609,23 | 5.287.008,93 | 145.545,12 | 4.281.770,98 | 4.873.392,30 |

Observação: O sistema MGS está apresentando problemas na geração de relatórios de execução de receita e despesa. Portanto está gerando o relatório somente com as informações referente a recursos do Estado, destes quadrimestre.

| VALORES RECEBIDOS DE RECURSO PARA PAGAMENTO DO PISO DA ENFERMAGEM EM 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|-----------------|---------|--------------------|---------------|---------|---------------|------------|---------------|----------|---------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| MESES DE REFERÊNCIA | SMS | UPA | SAMU | GESTÃO DUPLA | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEVEREIRO Ref. JAN | R\$68.355,48 | R\$54.116,99 | R\$19.363,27 | R\$51.795,05 | R\$193.630,79 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARÇO Ref. FEV | R\$67.614,27 | R\$56.795,18 | R\$17.648,96 | R\$51.795,05 | R\$193.853,46 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABRIL Ref. MARÇO | R\$67.947,68 | R\$55.902,45 | R\$16.258,53 | R\$51.374,16 | R\$191.482,82 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAIO Ref. ABRIL | R\$67.869,11 | R\$55.902,45 | R\$17.382,06 | R\$51.374,16 | R\$192.527,78 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL: | R\$271.786,54 | R\$222.717,07 | R\$70.652,82 | R\$206.338,42 | R\$771.494,85 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>TIPO DE REPASSE</th> <th>VALORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SMS + GESTÃO DUPLA</td> <td>R\$478.124,96</td> <td>FEDERAL</td> <td>R\$565.156,43</td> </tr> <tr> <td>UPA E SAMU</td> <td>R\$293.369,89</td> <td>ESTADUAL</td> <td>R\$206.338,42</td> </tr> <tr> <td>TOTAL:</td> <td>R\$771.494,85</td> <td>TOTAL:</td> <td>R\$771.494,85</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | TIPO DE REPASSE | VALORES | SMS + GESTÃO DUPLA | R\$478.124,96 | FEDERAL | R\$565.156,43 | UPA E SAMU | R\$293.369,89 | ESTADUAL | R\$206.338,42 | TOTAL: | R\$771.494,85 | TOTAL: | R\$771.494,85 |
| | | TIPO DE REPASSE | VALORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SMS + GESTÃO DUPLA | R\$478.124,96 | FEDERAL | R\$565.156,43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UPA E SAMU | R\$293.369,89 | ESTADUAL | R\$206.338,42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL: | R\$771.494,85 | TOTAL: | R\$771.494,85 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. AUDITORIAS

3.1 INFORMAÇÕES SOBRE AUDITORIAS

RELATÓRIO 1º QUADRIMESTRE DE 2025

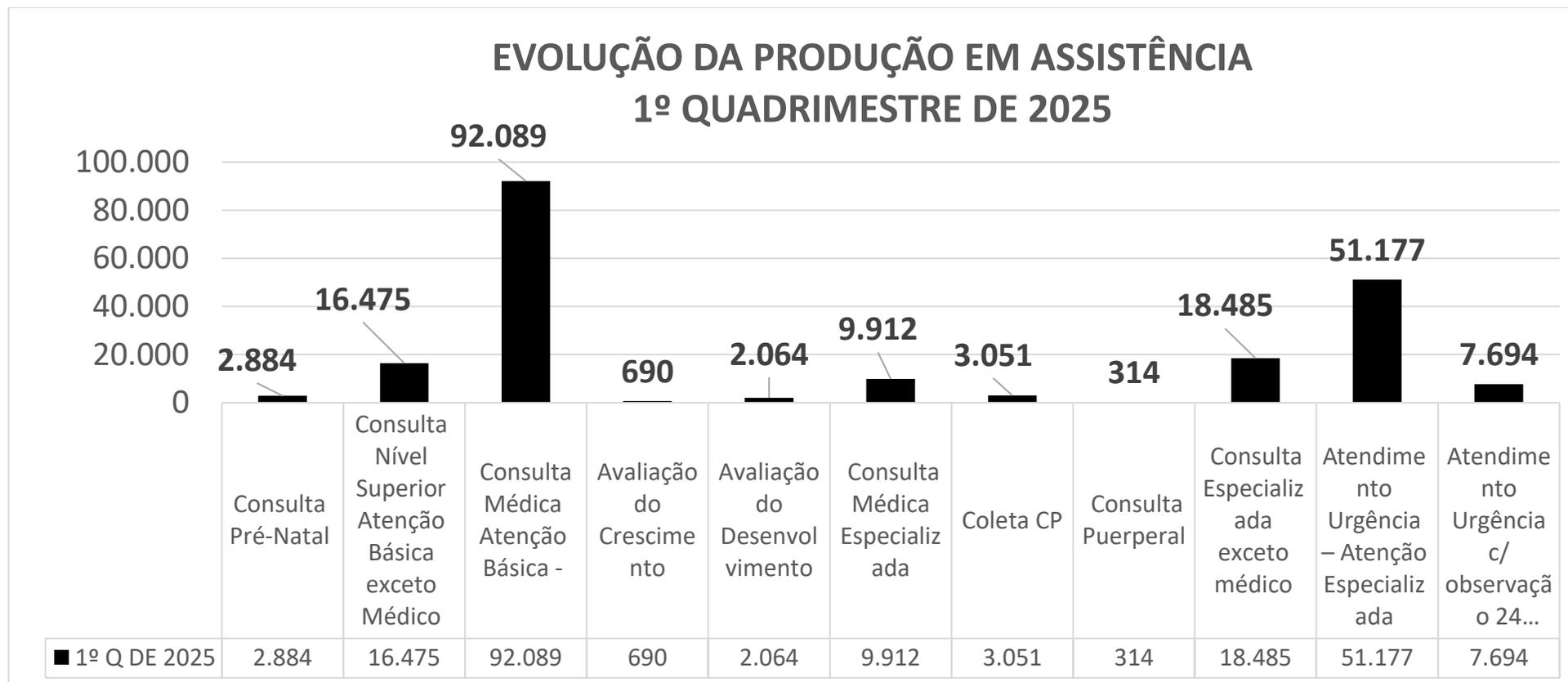
A Auditoria é uma atividade baseada em evidências objetivas ou provas documentais sobre fatos já ocorridos (post factum), sejam estes de origem contábil, financeira, assistencial ou contratual. É uma ferramenta de gestão, que sugere uma ação preventiva/corretiva/saneadora. A análise é irrestrita e abrangente, objetivando a transparência da utilização dos recursos públicos e a assistência prestada à população. A Auditoria SUS desenvolve dois tipos de atividades de trabalho: auditoria e visita técnica. A atividade denominada Auditoria possui um maior grau de complexidade, onde além das avaliações documentais e da visita in loco, são feitas constatações. Inicialmente é elaborado um Relatório Preliminar que é enviado aos responsabilizados, para que apresentem suas justificativas, com prazo de 15 dias para respostas e direito de solicitar dilação deste prazo. Após o recebimento das justificativas, a equipe de cada atividade de auditoria as analisa, faz as devidas Recomendações e então conclui o relatório. Passou a ser executada, a partir de 2022, a atividade de monitoramento que constatou não existência de auditoria em andamento 1º quadrimestre de 2025.

4. RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO 1º QUADRIMESTRE DE 2025

| Produção * | | 1º Q 2025 |
|---|------------------------------|----------------|
| Consulta Pré-Natal - 03.01.01.011-0 | | 2.884 |
| Consulta Nível Superior Atenção Básica exceto Médico - 03.01.01.003-0 | | 16.475 |
| Consulta Médica Atenção Básica - 03.01.01.006-4 | | 92.089 |
| Puericultura - 03.01.01.008-0 | Avaliação do Crescimento | 690 |
| | Avaliação do Desenvolvimento | 2.064 |
| Consulta Médica Especializada - 03.01.01.007-2 | | 9.912 |
| Coleta CP - 02.01.02.003-3 | | 3.051 |
| Consulta Puerperal - 03.01.01.012-9 | | 314 |
| Consulta Especializada exceto médico 03.01.01.004-8 | | 18.485 |
| Atendimento Urgência – Atenção Especializada - 03.01.06.006-1 | | 51.177 |
| Atendimento Urgência c/ observação 24 horas - 03.01.06.002-9 | | 7.694 |
| TOTAL: | | 204.835 |

*Procedimentos / Consultas frequentemente realizadas.
 Fonte: Setor SIA-SUS / MV – Consulfarma

4.1. GRÁFICO - EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO EM ASSISTÊNCIA 1º QUADRIMESTRE DE 2025



5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES DO RELATÓRIO 1º QUADRIMESTRE DE 2025

5.1. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 01: FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

5.1.1. OBJETIVO 1: Efetivar a Atenção Primária como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral, a exemplo da Saúde da Família e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|----------------|------------|------------|----------------|----------------|--|---|--|--|--|--|--|
| 1 | Ampliar a atuação clínico-assistencial dos profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos. | Número de protocolos instituídos a nível municipal/ano. | 01 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Implementar o protocolo de acolhimento na atenção primária. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Protocolo não implementado devido a alteração dos servidores membros do GT Acolhimento na APS.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | Protocolo não implementado devido a alteração dos servidores membros do GT Acolhimento na APS. | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | | | | | | | | |
| Protocolo não implementado devido a alteração dos servidores membros do GT Acolhimento na APS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio de dias e horários alternativos, turno estendido nas unidades de saúde. | Número de unidades de saúde com horário estendido e/ou alternativo. | 01 | 13 | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Instituir turno estendido em pelo menos uma Unidade Básica de Saúde por região administrativa. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">No quadrimestre foram realizadas 18 ações de saúde em turnos estendidos nas unidades: 1 Itararé, 1 Passo das Tropas, 5 Wilson Paulo Noal, 1 Centro Social Urbano, 2 Ruben Noal, 1 Victor Hoffmann, 2 Oneyde de Carvalho, 1 Roberto Binato, 1 Lídia, 3 Crossetti, além de ações em escolas</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | No quadrimestre foram realizadas 18 ações de saúde em turnos estendidos nas unidades: 1 Itararé, 1 Passo das Tropas, 5 Wilson Paulo Noal, 1 Centro Social Urbano, 2 Ruben Noal, 1 Victor Hoffmann, 2 Oneyde de Carvalho, 1 Roberto Binato, 1 Lídia, 3 Crossetti, além de ações em escolas | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | |
| No quadrimestre foram realizadas 18 ações de saúde em turnos estendidos nas unidades: 1 Itararé, 1 Passo das Tropas, 5 Wilson Paulo Noal, 1 Centro Social Urbano, 2 Ruben Noal, 1 Victor Hoffmann, 2 Oneyde de Carvalho, 1 Roberto Binato, 1 Lídia, 3 Crossetti, além de ações em escolas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Instituir dias alternativos para acesso a atendimento em Unidades de Saúde estratégicas de acordo perfil populacional. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">No quadrimestre ocorreram 14 ações em dias alternativos: 4 Walter Aita, 3 Passo das Tropas, 3 Lídia, 1 Vitor Hoffmann, 1 Estação dos Ventos, 1 Santo Antão, 1 Itararé, além de ações em escolas.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | No quadrimestre ocorreram 14 ações em dias alternativos: 4 Walter Aita, 3 Passo das Tropas, 3 Lídia, 1 Vitor Hoffmann, 1 Estação dos Ventos, 1 Santo Antão, 1 Itararé, além de ações em escolas. | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | |
| No quadrimestre ocorreram 14 ações em dias alternativos: 4 Walter Aita, 3 Passo das Tropas, 3 Lídia, 1 Vitor Hoffmann, 1 Estação dos Ventos, 1 Santo Antão, 1 Itararé, além de ações em escolas. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|--|--|--------------------------------|------------------------|---|------------|------------|----------------|----------------|
| 3 | Ampliar o cadastramento dos usuários pelas equipes de referência (25 ESFs e 20 EAPs homologadas) levando em consideração o critério de captação ponderada do Programa Previner Brasil (critérios de vulnerabilidade: usuários com idade menor que 5 e maior que 65 anos, beneficiários de programas governamentais - Auxílio Brasil, BPC e tipologia urbana - 100% no município são urbanas). | | Percentual de usuários cadastrados no SISAB (sistema de informação da atenção básica) com base na população geral estimada no município/ano em relação ao ano anterior (IBGE 2022: 271.735 habitantes). | | 80% | | 59,27 (161.047 cadastros vinculados) | | | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Capacitação permanente com os trabalhadores da APS para atualização cadastral e cadastro novo no sistema informatizado MV. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | As capacitações são realizadas conforme demanda das equipes, entrada de novos profissionais nas unidades de saúde e/ou percepção de erros. Foram realizados cerca de 50 treinamentos pelo sistema MV e 38 apoios/visitas técnicas pela Políticas de Saúde. | | | | | | | | |
| | 2. | Realizar a atualização do cadastro dos usuários, no Cartão do SUS e Sistema MV, como rotina nas unidades de saúde, por todos os profissionais da equipe. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Todas as equipes estão capacitadas a realizar a atualização de cadastros no CadSUS e a migração dos dados para o Sistema MV, e são orientadas a realizar a atualização de cadastro para todos os usuários que acessarem a unidade. | | | | | | | | | |
| 3. | Monitorar as inconsistências de cadastro no sistema MV, conforme relatório do SISAB, elaborado pela gestão. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | Realizado monitoramento das inconsistências por meio dos relatórios disponíveis. No quadrimestre foram identificadas 696 inconsistências em cadastros, das quais pelo menos 480 já foram corrigidas. | | | | | | | | | |
| 4. | Encaminhar relatório das inconsistências de cadastro para as equipes realizarem os ajustes, para a validação dos cadastros no SISAB. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | O monitoramento das inconsistências é realizado pela coordenação da APS e encaminhado para as unidades as informações sobre cadastros do seu território que se encontram com alguma inconsistência; também é realizado o monitoramento se essas foram corrigidas. Também foi incluído no monitoramento a busca por cadastros duplicados que porventura possam existir no sistema de informação. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|------------|----------|------------|----------------|----------------|
| | 5. | Enviar os dados de produção ao E-SUS pelo menos duas vezes dentro da competência. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | A produção é enviada duas vezes por competência, uma pela coordenação da APS e outra pela equipe de suporte do sistema MV. | | | | | |
| 4 | Ampliar o número de equipes de Atenção Primária com ênfase nos atributos essenciais da APS. | | Número de equipes de Atenção Primária/ano. | 04 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Constituir equipes de Atenção Primária (eAP). | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| | | | | Não foram constituídas novas equipes, não houve chamamento do concurso público vigente. | | | | | |
| 5 | Ampliar o número de equipes de Saúde Bucal. | | Número de equipes implementadas de Saúde da Bucal/ano. | 01 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Constituir uma equipe de Saúde Bucal (ESB) na região Oeste. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| | | | | Equipe não constituída por ausência de ASB. | | | | | |
| 6 | Ampliar o número de equipes de Saúde da Família com ênfase nos atributos essenciais da APS. | | Número de equipes implementadas de Saúde da Família/ano. | 01 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Constituir uma equipe de Saúde da Família (eSF) | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| | | | | Não foram constituídas novas equipes, não houve chamamento do concurso público vigente. | | | | | |
| 7 | Monitorar o número de atendimentos domiciliares por núcleo profissional (téc. Enfermagem, enfermeiro e médico) realizados por unidade. | | Percentual de unidades que atingiram o número de 48 atendimentos domiciliares realizados por núcleo profissional no ano. | 100% | 3% | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Monitorar o quantitativo de atendimentos domiciliares realizados por núcleo profissional, pelo sistema de informação MV. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | No quadrimestre foram realizados: Enfermeiro: 618 atendimentos domiciliares Técnico de Enfermagem: 260 atendimentos domiciliares | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|------------------------|---|----------|------------|----------------|----------------|
| | | | Médico: 596 atendimentos domiciliares Total geral: 1474 atendimentos domiciliares. | | | | | | |
| | 2. | Realizar capacitação para padronização de registro do código do procedimento do MV pela equipe do Sistema, com apoio das Políticas nas visitas técnicas. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As capacitações são realizadas conforme demanda das equipes, entrada de novos profissionais nas unidades de saúde e/ou percepção de erros. Foram realizados cerca de 50 treinamentos pelo sistema MV e 34 apoios/visitas técnicas pela Políticas de Saúde.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 3. | Garantir transporte para as visitas domiciliares mediante agenda diária para as equipes de saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>No quadrimestre foram realizados 231 agendamentos para o carro reservado para realização de atendimentos/visitas domiciliares. Cabe ressaltar que passamos algumas semanas com disponibilidade de motorista apenas no turno da manhã, por isso o número menor de agendamentos. Ainda, no mês de outubro houve troca da modalidade de agendamento, sendo esta agora realizada pela Superintendência de Atenção Básica, visando acesso igualitário a todas as equipes.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 8 | <p>Avaliar o boletim epidemiológico, sanitário e ambiental por região administrativa tendo em vista o planejamento em saúde.</p> <p>Número de regiões administrativas avaliadas quanto aos dados epidemiológicos/ano. (norte, nordeste, oeste, centro oeste, sul, leste, centro leste e centro).</p> | | <table border="1"> <tr> <td>08</td> <td>Não foram recebidos os boletins referentes ao 1º quadrimestre</td> </tr> </table> | 08 | Não foram recebidos os boletins referentes ao 1º quadrimestre | | | | |
| 08 | Não foram recebidos os boletins referentes ao 1º quadrimestre | | | | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Analisar o boletim epidemiológico, sanitário e ambiental quadrimestral por meio de reuniões periódicas das políticas. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Não foram recebidos os boletins referentes ao 1º quadrimestre</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | |
| | 2. | Traçar estratégias em conjunto com as equipes para nortear as ações e capacitações, diante da análise do boletim. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Designação de uma enfermeira do setor de vigilância para trabalhar a discussão de dados de notificações e diagnóstico situacional junto a rede.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 3. | Realizar oficinas de planejamento semestrais com as equipes de saúde a partir da análise dos relatórios epidemiológicos. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Não foram recebidos os boletins referentes ao 2º e 3º quadrimestres</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|---|------------------------------|------------|----------------|----------------|
| 9 | Desenvolver ações coletivas voltadas à educação, prevenção de doenças e promoção da saúde (ESF/EAP). | | Número de equipes que realizaram ações coletivas/ano. | 48 | 49 | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Realizar grupos na comunidade. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | | Foram realizados grupos nas seguintes unidades: ABV, Urlândia, Bela União, Maringá, São Francisco, Floriano Rocha, Mozzaquatro, Centro Social Urbano, Kennedy, São José, Nova Santa Marta, Roberto Binato, Wilson Paulo Noal, Oneyde de Carvalho, Walter Aita | | | | |
| 2. | Incentivar a realização de sala de espera nas unidades de saúde. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | É realizada sala de espera nas unidades de saúde com apoio das IES. | | | | | |
| 3. | Realizar atividades coletivas nas escolas. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Realizadas atividades entre pelo SISAB: Saúde: 16 Educação: 39 Total de participantes: 2050 (Dados referentes a janeiro, fevereiro e março. Dados de Abril ainda não disponíveis - 22/05/2025) | | | | | |
| 10 | Fortalecer a integração das políticas de saúde com a atenção especializada e a Vigilância em Saúde. | | Número de reuniões intersetoriais/ano. | 04 | 1 | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Realizar reuniões intersetoriais periódicas de planejamento. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Reunião de gestão é realizada semanalmente para planejamento e execuções de ações intersetoriais. | | | | | |
| 2. | Realizar ações programadas em conjunto com atenção especializada e vigilância em saúde. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Foi criado grupo de trabalho entre atenção básica, atenção especializada e HUSM para tratar de acesso à espontânea. | | | | | |
| 11 | Implementar novas políticas de atenção à saúde de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades de saúde da população (Política de Promoção de Equidades em Saúde, Rede de | | Número de políticas de atenção à saúde instituídas | Meta não prevista para este ano | Meta já foi atingida em 2023 | | | |

| | | | | |
|--------------|---|--|------------------------|---|
| | Cuidados à Pessoa com Deficiência, Política de Atenção Integral à Saúde do Homem e Política de Humanização da Atenção e Gestão). | | | |
| 12 | Implementar a visita técnica como metodologia de intervenção para qualificação das equipes e serviços (ESF/EAP) | Número de equipes apoiadas/ano. | 12 | 26 |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | |
| 1. | Realizar visita técnica em pelo menos 12 equipes de saúde conforme critérios, tais como: avaliação de desempenho, dados do boletim epidemiológico, demandas dos profissionais de saúde, troca de profissionais, dentre outros). | | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | No quadrimestre foram realizadas 38 visitas técnicas pelas Políticas de Saúde em 26 equipes da APS do município, além da Policlínica Central | | |
| 13 | Implementar o Consultório de Rua - modalidade I. | Número de equipes de Consultório de Rua (dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio e um médico). | 01 | 0 |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | |
| 1. | Constituir equipe para o consultório de Rua. | | Ação realizada: | SIM NÃO x PARCIAL |
| | | Foram realizadas visitas em municípios com consultório na rua implementado a fim de serem usados com exemplos de propostas bem sucedidas. | | |
| 2. | Referenciar profissionais da RAPS para apoiar a equipe do consultório na Rua (APS). | | Ação realizada: | SIM NÃO x PARCIAL |
| | | O Fluxo será estabelecido quando a equipe for constituída. | | |
| 14 | Instituir e monitorar o uso dos relatórios do sistema MV, e dos instrumentos de gestão (Programação anual, relatório quadrimestral, PMS) como guias de orientação para o planejamento em saúde das equipes. | Número de equipes nas quais constam, em ata, a análise dos instrumentos de gestão tendo em vista o planejamento em saúde/ano. | 48 | 0 |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | |
| 1. | Utilizar os relatórios do sistema MV para planejamento das ações e serviços ofertados à população. | | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | Frequentemente são emitidos relatórios para avaliação das equipes e planejamento de ações | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| | 2. | Realizar a leitura e análise das atas das reuniões das equipes, pela superintendência de atenção básica. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | As atas são lidas semanalmente conforme o envio das mesmas pelas equipes. No quadrimestre foram analisadas pelo menos 180 atas. | | | | | | |
| 15 | Instituir o acolhimento à demanda espontânea no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização (ESF/EAP). | | Número de equipes de saúde com acolhimento à demanda espontânea. | 09 | 48 | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Desenvolver ações de educação permanente sobre acolhimento como tecnologia para operar os processos de trabalho. | | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | | Realizadas discussões sobre os processos de acolhimento conforme solicitação das equipes de APS, durante reunião de equipe. | | | | | | |
| | 2. | Estimular o acolhimento à demanda espontânea pelas equipes. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Ação realizada em espaços de reuniões de equipes da APS e demais atividades de educação continuada em parceria com o NEPeS. | | | | | | |
| | 3. | Implantação do protocolo. | | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Protocolo não implementado devido a alteração dos servidores membros do GT Acolhimento na APS. | | | | | | |
| 16 | Integrar o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. (Bem Cuidar RS). | | Adesão de uma (01) unidade de saúde. | Meta não prevista para este ano | Meta já foi atingida em 2022 | | | | | |
| 17 | Monitorar e avaliar as ações em saúde voltadas para populações chave e prioritárias no âmbito da APS (indígenas, quilombolas, privados de liberdade, trabalhadores do sexo, LGBTQIAP+). | | Número de ações realizadas no ano. | 12 | 05 | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Realizar ações de atualização de calendário vacinal às crianças indígenas. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | No quadrimestre foi realizada uma ação de vacinação contra a gripe em cada aldeia. | | | | | | |
| | 2. | Realizar ações de testagem rápida e avaliação odontológica na PESM, CASE, PRSM, | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|------------------------|--|---|------------------------|----------------|----------|------------|----------------|
| | agência de mulheres. | Realizado 2 mutirões de testagem rápida no Instituto Penal de Santa Maria e um no Presídio Regional de Santa Maria ,totalizando 324 testes, nos meses de Janeiro e Abril. Na Unidade de Saúde Prisional/ PESM- realizado atendimento odontológico, rastreamento da tuberculose e 515 testes rápidos. Na CASE foram realizados 44 testes entre Janeiro e Março. Em Abril foi realizada a vacinação contra a influenza no PRSM e PESM. | | | | | |
| 3. | Realizar a coleta de preventivo nas aldeias indígenas, no presídio regional e das mulheres das agências nas unidades de saúde de referência. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As coletas das mulheres indígenas são realizadas pela enfermeira da SESAI, além das coletas realizadas pela enfermeira lotada na unidade móvel, conforme demanda das mulheres. A unidade de referência para as mulheres privadas de liberdade é a EAP Dom Antônio Reis e as trabalhadoras do sexo podem realizar nas unidades de seus territórios.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | |
| 4. | Promover encontros para atualização das equipes para o cuidado humanizado à população LGBT+ | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Realizado atividades de educação em saúde com as Unidades de Saúde pelo Ambulatório Transcender.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | |
| 5. | Realizar atendimento a comunidade quilombola pela ESF Wilson Paulo Noal. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Número de atendimentos realizados à comunidade quilombola no 1º quadrimestre: ACS: 96 visitas domiciliares Médico: 54 consultas e 4 atendimentos domiciliares Enfermeira: 4 procedimentos Dentista: 21 atendimentos Fisioterapeuta: 11 atendimento domiciliares Em abril foi realizado uma Ação extramuro de saúde em conjunto com as equipes de Saúde Bucal, Política de Equidade e HIV/IST no Quilombo Ernesto Penna, dos quais foram realizados testes rápidos para IST, consultas odontológicas e de enfermagem, aferição da pressão e encaminhamentos de exames. Também foi realizada ação de vacinação contra a gripe no Quilombo, apenas 7 pessoas aceitaram a vacina; e pesagem do Bolsa Família com 22 beneficiários do</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------------|---|------------------------|------------|----------------|------------|----------|----------------|--|
| | | | programa avaliados. | | | | | | | |
| 18 | Monitorar e avaliar o desempenho das equipes de APS a partir dos relatórios quadrimestrais do Programa Previne Brasil. | | Percentual de equipes monitoradas e avaliadas/ano. | | | | | | | |
| | | | 100% | | | | | | | |
| | | | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS N° 3.493, de 10 de Abril de 2024. | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| 1. | Monitorar o relatório de desempenho dos 7 indicadores pelas equipes da APS a partir dos dados do SISAB. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS N° 3.493, de 10 de Abril de 2024.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | |
| 2. | Realizar análise comparativa entre resultado alcançado pelas equipes e meta estabelecida pelo Previne Brasil. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS N° 3.493, de 10 de Abril de 2024.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | |
| 19 | Realizar ações voltadas à População Rural assistidas pelas equipes da unidade móvel e distritos, tendo em vista a qualidade do cuidado, cobertura de acesso e serviços ofertados. | | Nº de ações voltadas à população rural realizadas/ano. | | | | | | | |
| | | | 12 | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| 1. | Cadastrar 60% dos usuários da zona rural. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Número de cadastros (SISAB 12/24) das unidades situadas em território rural: EAP CENTRAL (Unidade Móvel) - 1264 EAP FELÍCIO BASTOS - 1878 ESF ARROIO DO SÓ - 1603 ESF SANTO ANTÃO - 1400</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | |
| 2. | Monitorar por meio do Sistema MV, o número de cadastros em relação à estimativa populacional da zona rural. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Número de cadastros (SISAB 12/24) das unidades situadas em território rural: EAP CENTRAL (Unidade Móvel) - 1264 EAP FELÍCIO BASTOS - 1878 ESF ARROIO DO SÓ - 1603 ESF SANTO ANTÃO - 1400</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | |
| 3. | Realizar ações em conjunto com Saúde Bucal, PSE e Política de Alimentação e Nutrição. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>No quadrimestre foi realizada uma atividade coletiva do</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|------------------------|------------|----------|------------|----------------|----------|
| | | | PSE pela equipe da unidade móvel na Escola Joaquim Oliveira de São Valentim. | | | | | | |
| | 4. | Realizar testagem rápida de IST (Hiv, sífilis e hepatites virais). | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram realizados 68 testes nos distritos de Santa Flora, São Valentim, Palma e 28 na Unidade Móvel no bairro Cipriano com 01 encaminhamento para a Sífilis</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 5. | Monitorar o quantitativo de consultas de pessoas com hipertensão e diabetes do território rural. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Realizadas 630 consultas com hipertensos e 245 com diabéticos, por enfermeiros e médicos, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ESF Arroio do Pains / Pains: 431 - ESF Santo Antão: 136 - Unidade Móvel: 50 - EAP Felício Bastos: 229 - US Arroio Grande: 9 - US Palma: 5 - US Santa Flora: 6 - US São Valentim: 9 | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 20 | Promover a intersectorialidade/reuniões de rede, por meio do estabelecimento de parcerias com diferentes serviços, com vistas ao atendimento integral do usuário. | | Número de reuniões intersectoriais sistemáticas para organização dos fluxos e cuidado compartilhado por ano. | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Instituir as reuniões de rede (saúde, educação, desenvolvimento social, Conselho Tutelar, entre outros dispositivos) periodicamente (Oeste, Norte, Leste e Sul). | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td>X</td> </tr> </table> <p>Rede Oeste: 02 encontro Rede Sul: 02 encontros Rede Norte: 03 encontros</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | X |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | X | | | | |
| 21 | Promover a transparência das informações em saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (horários, serviços ofertados, unidade de referência do usuário, absenteísmo), por meio de dispositivos de divulgação. | | Número de dispositivos de divulgação da informação aos usuários/ano. | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Divulgar nas mídias sociais as ações realizadas pelas políticas de saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|--|------------------------|----------------|----------|------------|----------------|----------------|
| | | | É feita divulgação nas páginas das políticas de saúde e na página da secretaria da saúde | | | | | | |
| | 2. | Divulgar no site da prefeitura as ações ampliadas da APS. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As ações são divulgadas no site da prefeitura, além da página do instagram da secretaria de saúde e pelas emissoras de rádio e TV.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 3. | Publicizar o território geográfico com as unidades de referência para o usuário. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Mapa da territorialização disponível na página da prefeitura e impresso nas unidades de saúde.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 4. | Divulgar relatório mensal de absenteísmo em consultas pelas equipes no âmbito da APS. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As equipes divulgam por meio de cartazes nas unidades o número de faltantes nas consultas</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 22 | Qualificar os trabalhadores da APS para realizar adequadamente o registro no sistema de informatização. | | <p>Número de trabalhadores capacitados para realizar o registro correto no sistema informatizado, trimestralmente, pelo sistema MV.</p> <p>Meta não prevista para este ano</p> <p>Meta já foi atingida em 2023</p> | | | | | | |
| 23 | Realizar ações trimestrais de educação permanente com os trabalhadores da APS tendo em vista o alcance dos indicadores de desempenho do Previne Brasil. | | <p>Número de encontros de educação permanente com os trabalhadores da APS/ano.</p> <p>04</p> <p>Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024.</p> | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Realizar Oficinas de qualificação profissional com uso de estratégias para alcance dos 7 indicadores do previne Brasil. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | |
| 24 | Revisar periodicamente a territorialização da APS, por região administrativa. | | <p>Percentual de regiões administrativas com território revisado/ano.</p> <p>Meta não prevista para este ano</p> <p>Meta já foi atingida em 2022</p> | | | | | | |

OBJETIVO 2: Apoiar a consolidação da Atenção Básica, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações através da atuação integrada e atendimento compartilhado entre profissionais, de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---------------|--|--|--|---|--|-------|---|-------------------------|-----|---|-----|--|
| 1 | Ampliar o número de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), garantindo composição interdisciplinar. | Número de profissionais integrando o NASF-AB/ano. | 07 | 06 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | | | | | | | | | 1. | Realizar o chamamento de um farmacêutico para compor o NASF. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | |
| | | | | | | | Atualmente a equipe do NASF é composta pelos seguintes núcleos profissionais: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. | | | | | | | | |
| 2 | Articular encontros bimestrais de Rede intersetorial por região envolvendo instâncias da educação, saúde, assistência social entre outros, considerando a necessidade de implantação de ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial. | Número de encontros intersetoriais /ano | 20 | 07 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | | | | | | | | | 1. | Organizar cronograma bimestral e chamamento de profissionais de referência para encontros de rede intersetorial por região (Sul, Norte, Oeste). | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | |
| | | | | | | | Rede Oeste: 02 encontro Rede Sul: 02 encontros Rede Norte: 03 encontros | | | | | | | | |
| 3 | Desenvolver atividades coletivas na comunidade de cada ESF apoiada pelo NASF-AB, voltados à educação, prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo como referência os indicadores de maior vulnerabilidade social e epidemiológica. | Número de atividades coletivas realizadas pelas equipes com apoio do NASF-AB/ano. | 120 | 76 | | | | | | | | | | | |

| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
|-------|---|--|-----|---|-----|---------|--|
| | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| 1. | Realizar encontros semanais e/ou quinzenais, nas comunidades das 6 equipes apoiadas (ESF 19 e 20 Urlândia, Lídia, Bela União, ESF 12 e 13 Roberto Binato), com foco na promoção, educação da saúde e prevenção de doenças. | - Semeando Saúde - ESF Bela União (semanal) - Sempre Jovens - ESF Binato (semanal) - Saúde para todos - ESF Binato (semanal) - Saúde e Qualidade de vida - ESF Binato (semanal) - Saúde em movimento - ESF Binato (semanal) - Bem Viver - ESF Binato (semanal) - Saúde e Bem-estar – ESF/EAP Oneyde de Carvalho (semanal) - Grupos de Gestantes - conforme demandas das equipes apoiadas; Participação do NASF em ações do Programa Saúde na Escola, Feiras de Saúde e em ações educativas de sala de espera - conforme demandas das equipes apoiadas. Observação: Alguns grupos pactuaram que nos dias de chuva não ocorreriam encontros, devido a dificuldade de deslocamento dos usuários. | | | | | |
| 4 | Manter a inserção de profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada (PRMI-UFSM) - ênfase Saúde da Família, junto à equipe do NASF-AB. | Número de profissionais residentes integrando o NASF-AB/ano. | 07 | | 07 | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| 1. | Manter a pactuação com o Programa de Residência Multiprofissional Integrada (PRMI-UFSM) para que profissionais residentes da ênfase Saúde da Família, potencializem a atuação multi e interprofissional, por meio do apoio matricial às equipes apoiadas pelo NASF. | Sete profissionais residentes, dos seguintes núcleos profissionais, integraram a equipe do NASF: Nutrição, | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|--------------|------------|--------------------------------|------------|----------------|----------------|--|--|
| | | | Psicologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviço Social. Os profissionais fizeram uma carga horária semanal média de 16 horas. | | | | | | | | |
| 5 | Manter o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), fortalecendo o Apoio Matricial e Institucional às equipes de APS, tendo como referência a melhoria dos indicadores de saúde vigentes. | Número de equipes Saúde Família apoiadas/ano. | de de da | 09 | 06 | | | | | | |
| | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Realizar apoio matricial às 6 equipes de ESF (2 Roberto Binato, 1 Lídia, 1 Bela União, 2 Oneyde de Carvalho). | Ação realizada: | | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | | Realizado apoio matricial à 6 equipes de ESF conforme demandas das equipes (Participação nas reuniões de equipe das ESF apoiadas, Discussão de casos, educação permanente, educação continuada, interconsultas, visitas domiciliares, PTS, articulação intersetorial, grupos de promoção, prevenção e educação em saúde, entre outras ações). | | | | | | | | |
| | | | <i>- Município de Santa Maria cadastrou uma e-Multi estratégica, devido a carga horária dessa modalidade é possível apoiar quatro equipes.</i> | | | | | | | | |
| 2. | Realizar apoio institucional às equipes de ESF e em outras que se fizerem necessárias. | Ação realizada: | | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | |
| | | - Discussão de casos quando solicitados por profissionais de outras Equipes que não às apoiadas pelo NASF, apoio em relação a articulação de rede e discussões de processo de trabalho. Bem como apoio em ações de grupos de convivência, conforme demandas das equipes de APS. | | | | | | | | | |
| 3. | Ampliar carga horária de profissionais com mínimo de 20 hs. | Ação realizada: | | SIM | | NÃO | | PARCIAL | X | | |
| | | Psicologia (32 horas), Nutrição (32 horas), Fisioterapia (30 horas), Terapia Ocupacional (30 horas), Fonoaudiologia (16h), Serviço Social (16 horas). | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|---|---|--|---|-----|-----|-----|---------|---------|
| 6 | Publicizar as ações do NASF-AB por meio da publicação em eventos científicos | | Número de publicações em eventos científicos/ano | 02 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Divulgar no instagram do NASF (@nasfsm) as atividades realizadas semanalmente. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL |
| | | | | As atividades da equipe são divulgadas nas mídias sociais (instagram e facebook). | | | | | |
| 2. | Participar de eventos locais, regionais e nacionais relatando as vivências do NASF. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| | | | Meta não prevista para este quadrimestre. | | | | | | |
| 7 | Realizar encontro Anual de equipes de NASF-AB do Rio Grande do Sul | | Número de encontros de equipes NASF-AB RS/ano | 01 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Organizar o evento anual entre equipes de NASF do RS. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL |
| | | | Meta não prevista para este quadrimestre. | | | | | | |
| 8 | Realizar encontro entre as equipes de ESF apoiadas pelo NASF-AB visando avaliação dos processos de trabalho bem como socialização das produções. | | Número de encontros de Mostra de experiência/ano | 01 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Organizar cronograma de encontro de avaliação do processo de trabalho entre as equipes de ESF que são apoiadas pelo NASF (Roberto Binato, Urlândia, Lidia, Bela União). | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL |
| | | | | Meta não prevista para este quadrimestre. | | | | | |
| 2. | Conduzir com metodologias ativas que utilizam a problematização para troca de experiências e busca de soluções para problemas identificados. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| | | | Meta não prevista para este quadrimestre. | | | | | | |
| 9 | Realizar encontros de integração entre os grupos de usuários das equipes de ESF apoiadas pelo NASF-AB, visando fortalecer a construção de vínculos e espaços de | | Número de encontros de integração/ano | 03 | 00 | | | | |

| produção de saúde | | | | | | | |
|-------------------|--|---|---|------------|------------|----------------|----------------|
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Organizar cronograma de encontro de integração entre os grupos realizados juntos às equipes de ESF que são apoiadas pelo NASF (Roberto Binato, Urlândia, Lidia, Bela União). | | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL |
| | | | Meta não prevista para este quadrimestre. | | | | |
| 10 | Realizar via NASF-AB em parceria com a equipe do NEPeS, ações quadrimestrais de educação permanente/continuada com os trabalhadores da APS. | Número de encontros realizados pela equipe do NASF-AB, de educação permanente/cont inuada com os trabalhadores da APS/ano. | 04 | 01 | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Desenvolver em parceria com o NEPeS ações de educação permanente com temáticas que fortaleçam o processo de trabalho de APS, conforme demandas dos trabalhadores. | | Ação realizada: | SIM | NÃO | PARCIAL | X |
| | | | - Educação Permanente - Ações Rede Bem Cuidar RS para a ESF Binato. | | | | |

OBJETIVO 3: Organizar os serviços da APS para ampliar o acesso dos usuários portadores de doenças crônicas, buscando maior qualidade da atenção à saúde e integralidade do cuidado.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | |
|--------------|---|---|---|--|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|
| 1 | Aumentar o percentual de equipes de ESF e EAPs homologadas que alcançaram a meta do indicador de desempenho 6 do Previnir Brasil (50% de pacientes em consulta com médico ou enfermeiro com pressão arterial aferida semestralmente). | Percentual de equipes que alcançaram a meta do indicador 6 em relação ao quadrimestre anterior. | 100% | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Analisar e encaminhar para as equipes os relatórios disponibilizados pelo SISAB. | Ação realizada: | | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL |
| | | | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. | | | | | |
| 2. | Capacitar e apoiar as equipes para validação dos indicadores. | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL |
| | | | Foram capacitadas e apoiadas 9 equipes eSF/eAPs / Policlínica por meio de visitas técnicas em reunião de equipes: Ruben Noal (2), Estação dos Ventos (2), (São José (2), José Erasmo Crossetti (2), Policlínica Tancredo Neves (1). | | | | | |
| 3. | Participar em pelo menos uma reunião de equipe quadrimestralmente para sanar dúvidas. | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL |
| | | | Participação em 9 reuniões de equipes eSF/eAPs/ Policlínica; e também 6 reuniões em equipes da Rede Bem Cuidar. | | | | | |
| 4. | Monitorar a validação do indicador por equipe de saúde quadrimestralmente. | Ação realizada: | | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL |
| | | | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. | | | | | |
| 5. | Monitorar o número de cadastros em relação à estimativa para o SUS, e as ações realizadas pelas equipes de saúde. | Ação realizada: | | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL |
| | | | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | | Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. | |
| 2 | Aumentar o percentual de equipes de ESF e EAPs homologadas que alcançaram a meta do indicador de desempenho 7 do Previnir Brasil (50% de pacientes com diabetes com consulta com médico ou enfermeiro e solicitação de hemoglobina glicada semestralmente). | Percentual de equipes que alcançaram a meta do indicador 7 em relação ao quadrimestre anterior. | 100% Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Analisar e encaminhar para as equipes os relatórios disponibilizados pelo SIS-AB. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. |
| | 2. | Capacitar e apoiar as equipes para validação dos indicadores. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> | Foram capacitadas e apoiadas 9 equipes eSF/eAPs / Policlínica por meio de visitas técnicas em reunião de equipes: Ruben Noal (2), Estação dos Ventos (2), (São José (2), José Erasmo Crossetti (2), Policlínica Tancredo Neves (1). |
| | 3. | Participar em pelo menos uma reunião de equipe quadrimestralmente para sanar dúvidas. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> | Participação em 9 reuniões de equipes eSF/eAPs / Policlínica; e também 6 reuniões em equipes da Rede Bem Cuidar. |
| | 4. | Monitorar a validação do indicador por equipe de saúde quadrimestralmente. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. |
| | 5. | Monitorar o número de cadastros em relação à estimativa para o SUS, e as ações realizadas pelas equipes de saúde. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> | Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024. |
| 3 | Capacitar as equipes para realizar atividades coletivas que estimulem a adoção de comportamentos saudáveis com base nos Guias de Alimentação e Atividade Física disponibilizados pelo Ministério da Saúde. | Número de equipes (ESF/EAPs/ Móvel) capacitadas para realizarem as atividades coletivas em parceria com as | 12 Meta alcançada no ano de 2024 | |

| | | instituições de ensino superior/ano. | | | | | |
|----------|---|--|--|------------------------------------|----------|------------|----------------|
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Utilizar o espaço de educação permanente das reuniões de equipe para capacitar os profissionais. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Está sendo realizado apoio e incentivo para as unidades aplicarem na prática os conhecimentos adquiridos. | | | | | |
| 2. | Incentivar a realização de ações idealizadas com base nas orientações dispostas nestes guias com suporte de profissional de educação física (residência Multiprofissional) e Nutricionista. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Está sendo realizado apoio e incentivo para as unidades aplicarem na prática os conhecimentos adquiridos. | | | | | |
| 4 | Implementar consultas para os usuários com HAS\DM intercalada entre médicos e enfermeiros. | Número de equipes com consultas intercaladas entre médico e enfermeiro implementadas. | 12 | 8 | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Apoiar as equipes das ESF/EAPs para agendamento das consultas intercaladas entre o médico e enfermeiro conforme periodicidade estabelecida por estratificação de risco. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | 9 equipes foram apoiadas. | | | | | |
| 2. | Monitorar a realização das consultas de enfermagem intercaladas, por equipe, quadrimestralmente pelo E-SUS. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | As consultas foram monitoradas por meio da avaliação de relatórios do MV. Foram realizadas 662 consultas de enfermeiro para HAS, 390 para DM, 34 para neoplasias e 14 para doenças respiratórias crônicas. | | | | | |
| 3. | realizar capacitação para médicos e enfermeiros sobre acompanhamento de pessoas com HAS/DM. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Capacitada 01 enfermeira. | | | | | |
| 5 | Implementar fluxograma assistencial para acompanhamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos considerando a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado. | Fluxograma assistencial de acompanhamento dos usuários com HAS e DM implementado. | Meta não prevista para este ano | Meta atingida o ano de 2023 | | | |
| 6 | Instituir acesso programado aos usuários HAS\DM no agendamento de consultas nas ESF e EAPs com base na estratificação de risco. | Número de unidades de saúde com agendamento | 09 | 8 | | | |

| | | programado para HAS e DM ao ano. | | | | | | | |
|----------|--|---|---|--|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|--|
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Apoiar e incentivar as ESF/EAPs para organização dos agendamentos das consultas para as pessoas com HAS/DM | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | |
| | | | 9 equipes foram apoiadas. | | | | | | |
| 2. | Capacitar médicos e enfermeiros para estratificação de risco cardiovascular. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | |
| | | | Capacitada 01 enfermeira. | | | | | | |
| 7 | Realizar semestralmente, em parceria com o PSE, ações para a identificação/prevenção, dos fatores de risco de doenças crônicas com os socioeducandos do CASE. | Número de atividades realizadas. | 02 | Serão realizadas no segundo semestre. | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Realizar consulta de enfermagem para rastrear/acompanhar fatores de risco de doenças crônicas. | | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | |
| | | | Serão realizadas no segundo semestre. | | | | | | |
| 2. | Desenvolver atividades educativas coletivas de prevenção das doenças crônicas, com equipes multiprofissionais. | | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | |
| | | | Serão realizadas no segundo semestre. | | | | | | |
| 8 | Reduzir a taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas). Tendo como referência a taxa esperada para o ano de 2021 (378). | Taxa esperada após redução, de 2% do número de casos de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis (SISPACTO 01). | Taxa 348,66/ por 100.000 hab | 88,03/100.000 hab | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Analisar quadrimestralmente o número de casos registrados no BI público. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | |
| | | | Nesse quadrimestre foram registrados 127 casos de óbitos prematuros pelas quatro principais doenças crônicas citadas. | | | | | | |
| 2. | Analisar quadrimestralmente a mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, vinculando o CID por região de saúde e por sexo, para | | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | |
| | | | O Boletim Epidemiológico ainda não foi disponibilizado pela | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|------------------------|------------|----------------|------------|----------|----------------|
| | nortear as ações (capacitações e educativas). | Vigilância Epidemiológica. | | | | | | |
| 3. | Monitorar quadrimestralmente os exames do pé da pessoa com diabetes, validados pelo SISAB | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram registrados 37 procedimentos de exame do pé diabético no MV.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | |
| 4. | Monitorar quadrimestralmente o cadastramento das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, validados no SISAB | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Programa revogado com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de Abril de 2024.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | |
| 5. | Monitorar semanalmente o fluxo de referência/contrarreferência entre as eAP/ESFs e o Ambulatório de HAS/DM do Hospital Regional encaminhando os agendamentos e planos de cuidado compartilhados para as unidades via e-mail. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram encaminhados 994 planos de cuidados compartilhados para as ESF/EAPs via e-mail.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | |
| 6. | Analisar semanalmente o comparecimento dos pacientes à consulta no HRSM, a partir do cruzamento entre cupons (GERCON) com agendamentos no AHRSM e planos de cuidados compartilhados recebidos após a consulta do usuário. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Do total de 131 consultas autorizadas para agendamento, 01 consulta não foi confirmada pela unidade de saúde, 130 foram agendadas, 116 usuários compareceram e 14 usuários faltaram. A taxa de absenteísmo se apresentou em 10,7%.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | |
| 7. | Monitorar mensalmente a contrarreferência para as unidades de saúde, das internações, no Hospital Casa de Saúde, de crônicos agudizados. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Encaminhadas para as unidades de saúde contrarreferência de pacientes internados no Hospital Casa de Saúde com CID das principais doenças crônicas (Cardiovasculares, Diabetes, Respiratórias Crônicas e Neoplasias). Total de 37 usuários internados no quadrimestre.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | |

OBJETIVO 4: Garantir o acesso aos medicamentos adquiridos pela Secretaria de Saúde para atender às necessidades de saúde da população.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | |
|----|--|---|--|--|-------------------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1 | Atualizar anualmente a REMUME, de acordo com o perfil epidemiológico da população. | REMUME atualizada/ano. | 01 | 0 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Revisar e atualizar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de acordo com o perfil epidemiológico da população incluindo, mantendo ou retirando medicações da listagem. A atualização e revisão serão realizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica instituída no município de Santa Maria, em reuniões que deverão ser realizadas, no mínimo, mensalmente e composta por equipe multidisciplinar (farmacêuticos, médicos, enfermeiro e odontólogo). | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | A REMUME está em processo de atualização. | | | | | | |
| 2 | Capacitar os farmacêuticos para gestão clínica dos medicamentos. | Percentual de farmacêuticos capacitados/ano. | 100% | 100% | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Realizar educação permanente direcionada aos farmacêuticos sobre as ações vinculadas à assistência farmacêutica, que visam garantir o uso adequado dos medicamentos e obtenção de resultados terapêuticos positivos à população. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | Capacitações realizadas em 2024, além de capacitação sobre o uso das canetas de insulina reutilizáveis para os farmacêuticos que trabalham com dispensação deste insumo. | | | | | | |
| 2. | Realizar capacitações para qualificação de todos os farmacêuticos da rede através do projeto de extensão pactuado com a UFSM (curso de Farmácia) com diversos temas relacionados à Assistência Farmacêutica. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | Capacitação ocorreu no ano de 2024. | | | | | | |
| 3 | Analisar relatório de judicializações dos componentes básicos, especial e especializado, com base em dados disponibilizados pela Defensoria Pública. | Nº de relatórios de judicializações analisados ao ano | 01 | 0 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Realizar capacitações com os profissionais prescritores, para que sempre que possível, sejam prescritos medicamentos que constem no componente básico (REMUME) e especializado (Farmácia de Medicamentos Especiais). | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | Ação realizada através da divulgação da REMUME | | | | | | |
| 2. | Ofertar alternativas terapêuticas para a defensoria pública através da cedência de | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|--|------------------------|----------------|----------|------------|----------|----------------|
| | profissional farmacêutico do município para prestar apoio técnico na defensoria, a princípio dois turnos por semana. | | Profissional farmacêutico, servidor do município, está prestando apoio técnico à Defensoria Pública Estadual. | | | | | | |
| 3. | Analisar relatórios disponibilizados pela Defensoria Pública. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A Defensoria Pública não disponibilizou relatório para análise.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | |
| 4 | Disponibilizar 100% dos medicamentos constantes na REMUME para atender às necessidades de saúde da população. | Percentual de itens de medicamentos da REMUME que foram disponibilizados/ano. | <table border="1"> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table> | 100% | 100% | | | | |
| | 100% | 100% | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Utilizar os dados de consumo do sistema informatizado utilizado na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico), a fim de evitar a falta de medicamentos, programando a periodicidade das aquisições e o quantitativo de cada medicamento. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Ação realizada pela CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico), através da emissão de relatórios para programação adequada da periodicidade e quantitativo de medicamentos e também pela realização de balanços mensais em todas as farmácias SUS do município e na CAF, a fim de evitar a falta de medicamentos gerando desabastecimento nestes locais.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | |
| 5 | Fornecer glicosímetros para gestantes com diagnóstico de diabetes. | Percentual de gestantes com diagnóstico de diabetes que receberam Glicosímetros/ano. | <table border="1"> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table> | 100% | 100% | | | | |
| | 100% | 100% | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Fornecer glicosímetros e insumos farmacêuticos (lancetas e tiras reagentes) para gestantes com diagnóstico de diabetes. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Ação realizada através da dispensação de glicosímetros e insumos farmacêuticos para diabéticos para as gestantes devidamente encaminhadas. JANEIRO 2025: 18 glicosímetros, 1550 tiras reagentes e 1450 lancetas; FEVEREIRO 2025: 19 glicosímetros, 1650 tiras reagentes e 1650 lancetas; MARÇO 2025: 14 glicosímetros, 1150 tiras reagentes e 1150 lancetas; ABRIL 2025: 14 glicosímetros, 1300 tiras reagentes e 1300 lancetas.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | |
|----------|--|---|---|--------------------------------|-----------|-------------------------------------|----------------|
| | | | Totalizando 65 glicosímetros, 5650 tiras e 5550 lancetas no 1º Quadrimestre de 2025. | | | | |
| | 2. | Divulgar entre os profissionais da Rede de saúde do Município o fluxo de fornecimento de glicosímetros e insumos farmacêuticos. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | | Ação realizada através da divulgação de materiais contendo orientações para o fornecimento dos insumos. | | | | |
| | 3. | Capacitar, no momento da dispensação, as gestantes que recebem o glicosímetros para uso correto do equipamento. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Capacitação realizada pelas farmacêuticas responsáveis pelo fornecimento. | | | | |
| 6 | Aumentar o número de profissionais farmacêuticos, para melhoria de serviços como de Farmácia Clínica, com prioridade na Saúde Mental (CAPS) e NASF. | | Inserção de profissional farmacêutico no NASF e CAPS. | | 02 | 0 | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. | Inserir um profissional farmacêutico no NASF. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x |
| | | | Foi convocada uma profissional que foi alocada na FARME pela necessidade do serviço. | | | | |
| 7 | Implantar os serviços clínicos farmacêuticos nas farmácias do município. | | Número de serviços farmacêuticos implantados. | | 01 | Meta atingida no ano de 2023 | |
| 8 | Implantar Farmácias Distritais por região administrativa visando ampliação de acesso. | | Número de farmácias distritais implantadas por região administrativa. | | 01 | 0 | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. | Implantar uma Farmácia Distrital por região administrativa. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Atualmente, há 8 farmácias distritais em funcionamento no município, nas unidades: Móvel, PESM, Floriano Rocha, Ruben Noal, Kennedy, Estação dos Ventos, São Francisco e Wilson Paulo Noal. | | | | |
| 9 | Implementar a dispensação de insumos farmacêuticos para pessoas com diabetes nas farmácias distritais. | | Número de distritais que dispensam insumos farmacêuticos para pessoas com diabetes. | | 01 | 1 | |

| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
|-----------|--|---|--|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| 1. | Ampliar o número de farmácias distritais que realizam a dispensação de insumos farmacêuticos para pessoas com diabetes (glicosímetro, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, lancetas para punção digital, seringas, agulhas para caneta de insulina). | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | Atualmente há dispensação de insumos apenas da Farmácia Distrital da Wilson Paulo Noal. | | | | | | |
| 10 | Implementar o uso da fitoterapia de acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. | Número de serviços com fitoterapia implementados. | 01 | 0 | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Implementar nas Farmácias Distritais a prática integrativa de fitoterapia em parceria com instituições de ensino. | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | Ainda não conseguimos implementar a prática integrativa de fitoterapia nas Farmácias Distritais. | | | | | | |
| 2. | Implementar o projeto Farmácia Viva no município, que tem como objetivo ofertar fitoterápicos aos usuários do SUS. | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | Ainda não conseguimos implementar o projeto Farmácia Viva no município. | | | | | | |
| 11 | Inserção de profissional farmacêutico na unidade móvel para melhorar as condições de acesso das comunidades rurais à assistência farmacêutica. | Número de profissional farmacêutico na unidade móvel. | Meta não prevista para este ano | Meta atingida no ano de 2023 | | | | |
| 12 | Manter Farmácias Distritais em funcionamento. | Percentual de Farmácias Distritais em funcionamento/ano. | 100% | 100% | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Manter em funcionamento as farmácias distritais já implementadas no município. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | Atualmente, há 8 farmácias distritais em funcionamento no município, nas unidades: Móvel, PESM, Floriano Rocha, Ruben Noal, Kennedy, Estação dos Ventos, São Francisco e Wilson Paulo Noal. | | | | | | |
| 13 | Garantir em tempo hábil a solicitação de aquisição de medicamentos constantes na REMUME e insumos farmacêuticos para diabéticos. | Percentual garantido de solicitações em tempo hábil/ano. | 100% | 100% | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Prever recursos financeiros para aquisição de medicamentos constantes na REMUME e insumos farmacêuticos para diabéticos. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | Ação realizada através do monitoramento dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica e previsão do consumo de | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|---------------------------------|------------------------------|--|------------------------|------------|----------|------------|----------------|--|
| | | | medicamentos através do sistema informatizado SIGSS, a fim de evitar o desabastecimento de medicamentos nas farmácias SUS do município. | | | | | | | | | |
| | 2. | Realizar por meio da CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) a previsão de consumo de medicamentos e insumos farmacêuticos para diabéticos para que seja feita solicitação em tempo hábil e evitando a ruptura de estoque. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> | | | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | |
| 14 | Promover ação de educação permanente relacionada a receituários e medicamentos. | | Número de ações de educação permanente com os profissionais prescritores/ano. | Meta não prevista para este ano | Meta já foi atingida em 2023 | | | | | | | |
| 15 | Realizar ações de divulgação dos medicamentos do componente básico (REMUME), especializado e estratégico disponíveis no município e os fluxos da assistência farmacêutica à Rede de Atenção à Saúde. | | Número de ações de divulgação/ano. | Meta não prevista para este ano | Meta já foi atingida em 2023 | | | | | | | |
| 16 | Realizar ações de apoio matricial referente à Assistência Farmacêutica junto à RAS. | | Número de ações de matriciamento/ano. | Meta não prevista para este ano | Meta já foi atingida em 2023 | | | | | | | |

OBJETIVO 05: Ampliar e qualificar a assistência odontológica no município.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|--|--|--|--|------------------------|------------|----------|------------|----------------|--|
| 1 | Ampliar a cobertura de pré-natal odontológico. | Percentual de gestantes com atendimento odontológico realizado. | 60% | Não está disponível no e-gestor o resultado do 1ºQUAD 2025 | | | | | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | |
| 1. | Ofertar no mínimo uma consulta odontológica para toda gestante vinculada às equipes com Saúde Bucal. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | |
| | | | Mesmo com a revogação do Programa Previne Brasil, as equipes de saúde bucal continuam priorizando o pré Natal Odontológico. A agenda | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------|---|--|---|
| | | | para gestantes é aberta, com agendamento das consultas, preferencialmente, no mesmo dia da consulta médica ou de enfermagem. |
| | 2. | Realizar ações para atendimento odontológico para gestantes sem equipes de Saúde Bucal no território com o apoio da Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM, com o uso da Unidade Móvel. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Neste quadrimestre não foi realizada nenhuma ação com a unidade móvel em função do período de férias e troca de residentes. |
| | 3. | Referenciar gestantes de unidades sem Equipes de Saúde Bucal no território para o Projeto Sorria Santa Maria utilizando o e-mail das unidades para a Política de Saúde Bucal. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> São ofertadas vagas para gestantes sem equipe de saúde bucal no território, o agendamento é feito através do email da política. |
| 2 | Ampliar o acesso aos serviços odontológicos por meio de dias e horários alternativos, turno estendido nas unidades de saúde. | | Número de unidades de saúde com horário estendido e alternativo com atendimento odontológico. |
| | | | 04 |
| | | | 10 |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES |
| 1. | Implantar o turno estendido de atendimento odontológico em pelo menos uma unidade. | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> EAP WALTER AITA: 4 ações de turno estendido; ESF WILSON PAULO NOAL: 3 ações de turno estendido; UBS PASSO DAS TROPAS: 3 ações de turno estendido; ESF LÍDIA: 4 ações de turno estendido; RUBEN NOAL: 2 ações de turno estendido; UBS ITARARÉ: 2 ações de turno estendido; UBS ONEYDE DE CARVALHO: 1 ação de turno estendido; UBS JOSÉ ERASMO CROSSETTI: 3 ações de turno estendido; ESF VICTOR HOFFMANN: 2 ações de turno estendido; CENTRO SOCIAL URBANO: 1 ação de turno estendido. Além da oferta de atendimento aos sábados, mensalmente, no CEO, durante o Projeto Sorria Santa Maria |
| | | | |
| 3 | Aumentar o número de ações coletivas de escovação supervisionada em relação à população geral. | | Percentual de ações coletivas de escovação supervisionada. |
| | | | 1,5% |
| | | | 0,15% |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES |
| 1. | Realizar atividades de escovações supervisionadas nas escolas vinculadas ao PSE dos territórios com Equipe de Saúde Bucal. | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Neste quadrimestre foram realizadas 31 ações de escovação |
| | | | |

| | | | |
|--------------|---|---|---|
| | | | supervisionada, com a participação de 1640 usuários, com distribuição de kits de higiene oral (estojo com escova, pasta e fio dental). Dentre essas ações, está a Escola Indígena Eb Yvyra Ija Tenonde Vera Miri, com a participação de 42 alunos. Também no dia 30 de abril foi realizada ação em conjunto com a Política de Equidades e HIV/AIDS na comunidade quilombola, com avaliação bucal e escovação. Foram realizadas ações de escovação dental supervisionada em escolas localizadas nos territórios das seguintes unidades de saúde: ESF Lídia; ESF São José; ESF Arroio do Só; ESF Kennedy; Unidade de Saúde Central EAP (móvel); EAP Felício Bastos ESF São Francisco; EAP Dom Antônio Reis ESF Alto da Boa Vista; ESF Roberto Binato e ESF Urlândia. |
| 2. | Pactuar com as IES a realização de atividades nas escolas com registro adequado. | | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| 3. | Realizar ações de escovações supervisionadas no Projeto Sorria Santa Maria. | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| 4. | Realizar ações de escovações supervisionadas nas campanhas de vacinação para crianças e adolescentes. | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| | | | Não aconteceram campanhas neste quadrimestre. |
| 4 | Contratar laboratório de prótese dentária. | Número de laboratório de prótese contratados | 01 0 |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES |
| 1. | Realizar processo licitatório para contratação de laboratório de prótese dentária. | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | Processo previsto para 2025. |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|--------------------------------|-----|-----|-----|---------|---------|--|
| 5 | Elaborar e implementar diretrizes para a atenção em saúde bucal na rede de atenção à saúde. | | Diretrizes da saúde bucal implementadas | 01 | 01 | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Elaborar o protocolo que norteará as ações desenvolvidas pela equipe de Saúde Bucal na RAS, com a parceria das IES. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Documento finalizado em 2024 | | | | | | | |
| 2. | Realizar oficina para divulgação do documento para os profissionais de Saúde Bucal do município. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | |
| | | Em fase de planejamento da divulgação. | | | | | | | | |
| 6 | Manter as ações do Projeto Sorria Santa Maria. | | Número de ações realizadas pelo Projeto Sorria Santa Maria - anual | 10 | 02 | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Realizar ações do Projeto aos sábados, no mínimo, uma vez por mês, a partir do mês de março no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Neste quadrimestre tivemos duas edições do projeto, uma em março, contemplando 44 usuários e 209 procedimentos, e a outra em abril atingindo 47 usuários e 212 procedimentos. A cada edição são agendados em média, 55 usuários, entre novos e retornos. Para facilitar a logística de atendimento do projeto, foi criado um e-mail específico para que as pessoas solicitem vagas. Assim, além de colocá-las na lista de espera, esclarecemos sobre a rede de saúde bucal do município. Como há uma ampla divulgação nas mídias do Projeto a procura por atendimento é muito grande. | | | | | | | |
| 2. | Ofertar vagas no Projeto para gestantes de unidades sem Equipes de Saúde Bucal. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | Além de ofertar vagas para gestantes sem equipes de saúde bucal, neste quadrimestre ofertamos vagas para usuários do Centro de Apoio, numa parceria com a Política de Equidades, para facilitar o acesso para essa população que tem dificuldade de acessar a rede. | | | | | | | | |
| 7 | Ofertar próteses dentárias para a população usuária do SUS. | | Número de próteses ofertadas - anual | 240 | 0 | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Realizar a regulação dessa especialidade, conforme protocolo das Diretrizes da Saúde Bucal. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| | | Em processo de tramitação tendo em vista que o referido recomeçar em 2025 em função do pregão eletrônico para a contratação de um | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|------------------------|----------------|----------|------------|----------|----------------|--|
| | | | laboratório de prótese dentária ter dado como deserto. Foi elaborado outro processo licitatório com os valores atualizados da Portaria GM/MS n °1924 de novembro de 2023 o qual será mais atrativo para os laboratórios de prótese. | | | | | | | |
| | 2. | Manter a oferta mensal das próteses. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>X</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Não realizada.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | | | |
| 8 | | <p>Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.</p> | <p>Percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos odontológicos</p> | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td>3%</td> <td>4,5%</td> </tr> </table> | 3% | 4,5% | | | | | |
| | 3% | 4,5% | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| 1. | Ofertar agendamento para usuários que não conseguem acessar a unidade em horário normal nos turnos estendidos, possibilitando assim atendimento integral, evitando a perda dentária. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Foram realizadas 1290 exodontias de dentes permanentes e 7 exodontias múltiplas com alveoloplastia por sextante e 28 442 procedimentos básicos individuais. Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela saúde bucal do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. O parâmetro de 8% do indicador de exodontias em relação aos procedimentos é utilizado pelo Ministério da Saúde para que os municípios se orientem a fim de melhorar a qualidade do cuidado em saúde bucal. Foram realizados turnos estendidos em 9 unidades de saúde do município.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 2. | Qualificar os encaminhamentos para a especialidade de Endodontia, através da implantação do protocolo das Diretrizes de Saúde Bucal. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>É realizado de forma individualizada orientação a cada dentista para qualificar os encaminhamentos, otimizando o fluxo.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | |

OBJETIVO 06: Promover a ampliação e resolutividade das ações e serviços em saúde da mulher de maneira equitativa, igualitária e integral.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|----------|------------|----------|----------------|--|
| 1 | Atingir a meta do indicador de desempenho nº1 da Portaria Previne Brasil (Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação (60% no quadrimestre) em todas as ESF e EAPS homologadas. | Número de equipes que alcançaram o indicador de desempenho nº1 da Portaria Previne Brasil | 48 | 00 PORTARIA PROGRAMA PREVINE BRASIL REVOGADA | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Analisar e encaminhar para as equipes os relatórios disponibilizados pelo SISAB, referentes ao indicador, quadrimestralmente. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| | | | Portaria revogada. | | | | | | |
| 2. | Realizar apoio técnico às equipes com dificuldades para alcançar a meta do indicador. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Realizado 1 apoio técnico na ESF Kennedy. | | | | | | |
| 3. | Fortalecer a captação precoce das gestantes para a realização do pré-natal, com incentivo a realização do teste rápido de gravidez em livre demanda, nas unidades de saúde. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Realizados 2.278 TR de gravidez, por todas as equipes. De 912 gestantes acompanhadas no período, 486 iniciaram o pré-natal até 12 semanas | | | | | | |
| 4. | Monitorar a validação do indicador por equipe de saúde quadrimestralmente. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | | | Programa descontinuado. | | | | | | |
| 5. | Realizar o agendamento da consulta subsequente para as gestantes pela equipe de referência. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | As equipes são orientadas a deixar agendada a próxima consulta da gestante ao término do atendimento. | | | | | | |
| 6. | Realizar busca ativa das gestantes faltosas pela equipe de referência. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | As equipes são orientadas para a realização de busca ativa das gestantes faltosas por meio de contato telefônico ou visita domiciliar. | | | | | | |
| 7. | Estimular as equipes a evitarem dias fixos para agendamento de pré-natal, permitindo à | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|------------|--|----------------|----------------|
| | gestante escolher o melhor dia/período para ela, evitando absenteísmo. | | As equipes são orientadas a flexibilizar dias e horários de agendamento, priorizando o atendimento à gestante. | | | | |
| 2 | Atingir a meta de proporção de partos normais no SUS e na saúde suplementar (em 2022, de 2975 nascimentos, 1171 foram partos vaginais). (SISPACTO, 2015) | Proporção de partos normais no SUS e na saúde suplementar. | 37% | | 42% | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Incentivar atividades educativas por meio de grupo de gestantes referentes aos tipos de parto. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | 6 equipes realizaram grupos de gestante no quadrimestre. | | | | |
| | 2. | Manter a participação nos encontros do Grupo Condutor da Rede Cegonha (4ª CRS) pelos responsáveis das polítics de saúde da mulher e da criança. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x |
| | | | Não ocorreram encontros no 1º quadrimestre. | | | | |
| 3. | Fortalecer as orientações sobre os benefícios do parto normal durante as consultas de pré-natal, por meio de capacitação dos profissionais. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| 4. | Incentivar a participação das usuárias no grupo de gestantes da Maternidade da Casa de Saúde, por meio de divulgação dos encontros mensais nas datas preestabelecidas pelo setor. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | A Política de Saúde da Mulher faz a divulgação dos grupos na APS e disponibiliza transporte para levá-las até o local, de acordo com a organização de cada equipe de saúde.. | | | | | |
| 3 | Atingir a meta do indicador de desempenho nº 4 da Portaria Previne Brasil. Cobertura de exame citopatológico de colo uterino, em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (40% no quadrimestre) em todas as ESF e EAPs homologadas. | Nº de equipes que alcançaram o indicador de desempenho nº4 da Portaria Previne Brasil. | 48 | | 00 PORTARIA PROGRAMA PREVINE BRASIL REVOGADA | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Ampliar a oferta de exame citopatológico de colo uterino, por meio de horários alternativos e turnos estendidos nas unidades de saúde | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Ocorreram 29 ações de turno estendido com coleta de citopatológico de colo uterino, nas unidades de saúde. | | | | |
| | 2. | Realizar coleta de exame citopatológico, pelas equipes, a partir da demanda espontânea e programada. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | As equipes são orientadas a ter agenda de coleta de citopatológico mas também ofertar o exame caso as pacientes cheguem sem agendamento e queiram coletar. | | | | | |
| 3. | Disponibilizar às equipes, o relatório de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|----------|------------|----------------|--|
| | | estão há mais de 3 anos sem coletar o exame, disponibilizada pelo SISAB, trimestralmente. | | Portaria revogada. | | | | | |
| 4. | | Realizar no mínimo duas campanhas anuais pelas equipes de saúde: uma no mês de março, com turno estendido ou alternativo alusivo ao Dia Internacional da Mulher e outra no mês de outubro, com turno estendido ou alternativo, definido pelas equipes. Mês de Março - Ações com foco na saúde da mulher, de acordo com a Lei Municipal Nº 5992, de 2 de julho de 2015, com atividades a serem realizadas nas unidades de saúde visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher. Mês de Outubro - Ações com foco na saúde da mulher (prevenção de CA de mama e de colo uterino), associado com ações do dia nacional de combate à sífilis. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram realizadas 5 ações específicas em unidades de saúde, alusivas ao mês da mulher, com consultas, coleta de preventivo e solicitação de mamografia. Além disso, também foram mantidas as ações de turno estendido em algumas unidades que já realizam atendimento para as mulheres. | | | | | |
| 5. | | Realizar busca ativa das mulheres que vivem com HIV, garantindo a rotina de rastreamento anual, pelas equipes de ESF e AP. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Existe uma planilha compartilhada com a ASPS, de mulheres vivendo com HIV, para realização de busca ativa pelas equipes. | | | | | |
| 4 | | Implementar o Fluxograma intersetorial de atendimento às mulheres em situação de violência, no município de Santa Maria. | Fluxograma implementado | Meta não prevista para este ano | Meta já foi atingida em 2023 | | | | |
| 5 | | Implementar protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência, no município de Santa Maria. | Protocolo implementado | Meta não prevista para este ano | Meta já foi atingida em 2023 | | | | |
| 6 | | Implementar uma cartilha com informações sobre os serviços que atendem mulheres em situação de violência, no município de Santa Maria. | Cartilha implementada | Meta não prevista para este ano | Meta atingida no ano 2022 | | | | |
| 7 | | Ampliar a articulação das unidades de saúde com serviços da rede de proteção social, especialmente nos casos de mulheres em situação de violência. | Número de ações/encaminhamentos de mulheres em situação de violência realizados junto ao CREAS ou CRAS. | 16 | 00 Serviço foi absorvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social com a criação do Centro de Referência da Mulher | | | | |
| AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | | Promover e fortalecer a comunicação entre os profissionais da RAS e os profissionais do CRAS e CREAS por meio de encontros programados. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Serviço foi absorvido pela Secretaria de Desenvolvimento | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|------------------------|----------------|----------|------------|----------|----------------|--|---|--|--|--|--|--|
| | | | Social com a criação do Centro de Referência da Mulher | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Instituir ações de apoio matricial do setor de violência doméstica na rede de atenção. | Número de ações de apoio matricial do setor de violência doméstica na rede de atenção por ano | 12 | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Monitorar a realização dos apoios matriciais por meio de relatórios elaborados pelo serviço Bem-me-querer. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Serviço foi absorvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social com a criação do Centro de Referência da Mulher</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | Serviço foi absorvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social com a criação do Centro de Referência da Mulher | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | | | | | | | | |
| Serviço foi absorvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social com a criação do Centro de Referência da Mulher | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Reduzir o absenteísmo de mulheres de 50 a 69 anos de idade ao exame de mamografia de rastreamento por meio da lista de espera. | Percentual máximo de absenteísmo ao exame de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos de idade por ano. | 10% | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Monitorar o absenteísmo das mulheres que realizam o exame de mamografia no município, por meio de relatório mensal que o prestador de serviço deverá mandar para responsável pela política da mulher SMS. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Uma das estratégias para reduzir o absenteísmo no 1º quadrimestre foi disponibilizar vagas no sistema de informação da APS, para que as unidades possam agendar um quantitativo de mamografias. O restante é agendado pelo setor de regulação da secretaria municipal de saúde.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | Uma das estratégias para reduzir o absenteísmo no 1º quadrimestre foi disponibilizar vagas no sistema de informação da APS, para que as unidades possam agendar um quantitativo de mamografias. O restante é agendado pelo setor de regulação da secretaria municipal de saúde. | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | |
| Uma das estratégias para reduzir o absenteísmo no 1º quadrimestre foi disponibilizar vagas no sistema de informação da APS, para que as unidades possam agendar um quantitativo de mamografias. O restante é agendado pelo setor de regulação da secretaria municipal de saúde. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Reduzir a taxa de mortalidade por câncer de mama. | Taxa de mortalidade por câncer de mama (INDICADOR-07/RS 2022-2023) | 32,00 | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Quantificar o número de mulheres de 50 a 69 anos que compareceram para realizar o exame, por meio de informações emitidas pelo prestador de serviço, para política de | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Foram realizadas 1.255 mamografias pelo principal prestador</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | Foram realizadas 1.255 mamografias pelo principal prestador | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | |
| Foram realizadas 1.255 mamografias pelo principal prestador | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------|--|---|--|--------------|----------|---------------|----------------|
| | saúde da mulher. | | Hospital Casa de Saúde. | | | | |
| | 2. | Monitorar o número estimado de mulheres de 50-69 anos no município. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | 34.718 mulheres de acordo com dados do IBGE. | | | | |
| 11 | Reduzir o nº de óbito materno em determinado período e local de residência. | | Razão de Mortalidade Materna – RMM (INDICADOR-04/RS 2024-2027) | 85,00 | | 106,00 | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Ofertar capacitação aos profissionais que acompanham o pré-natal para diagnóstico precoce de intercorrências obstétricas e no puerpério imediato. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Foi realizada uma capacitação online voltada para os médicos da APS: intercorrências mais comuns no pré-natal na atenção primária à saúde. | | | | |
| | 2. | Monitorar o agendamento de consultas de pré-natal de alto risco, realizado pelo GERCON, no Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR/HUSM). | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | De acordo com o sistema GERCON, de janeiro a abril haviam 66 gestantes em lista de espera. | | | | |

OBJETIVO 07: Promover a ampliação e resolutividade das ações e serviços em saúde da criança de maneira equitativa, igualitária e integral.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------------|--|---|--|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| 1 | Aumentar o número de equipes realizando consulta de puericultura pelo profissional enfermeiro. | Número de equipes que realizam consulta de puericultura pelo enfermeiro. | 48 | 43 | | | | | | | | | |
| | | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | | | | | 1. | Capacitar todos os novos enfermeiros convocados para atuarem na APS. | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Não foram convocados novos enfermeiros para atuar na APS. | | | | | | | | |
| | | | | | 2. | Monitorar a realização de consultas de puericultura pelo enfermeiro por meio de relatório do sistema MV, disponibilizado às unidades quadrimestralmente. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| A monitorização das consultas de puericultura é realizada diariamente pela Política, através da análise das listas de nascidos vivos dos hospitais públicos HCS e HUSM, bem como, das contra referências das altas hospitalares, sendo informado e cobrado das equipes que realizem a busca ativa das crianças para consulta. | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Auxiliar as equipes na identificação das crianças de zero a nove anos por meio do relatório do SISAB, disponibilizado pela responsável pela política da saúde da criança. | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Não foram emitidos relatórios do SISAB neste quadrimestre. | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Realizar apoio técnico para os profissionais na identificação de estratégias para aumentar a captação de crianças de até dois anos para puericultura. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| O apoio técnico é realizado constantemente pela Política a partir da identificação de crianças com puericultura em atraso e informado às equipes por e-mail. Ainda é realizado sempre que possível a emissão dos relatórios do SISAB para melhora na captação das crianças até 2 anos. | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Implementar uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante a vacinação, como a amamentação (Nota Técnica 39/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS). | Número de salas de vacina utilizando técnica de amamentação no alívio da dor durante a | 26 | 29 | | | | | | | | | |

| | | vacinação. | | | | | |
|----------|---|---|---|---------------|----------|------------|-------------------------|
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Capacitar os profissionais vacinadores quanto ao uso da amamentação como medida não farmacológica para redução da dor durante a administração de vacinas injetáveis em crianças | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | | Todos os profissionais das salas de vacina já foram capacitados para a técnica da mamanalgesia nos anos anteriores. Neste quadrimestre não foram feitas novas capacitações, e não foram chamados novos profissionais. | | | | |
| 2. | Estimular o uso da técnica pelos vacinadores. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | | A técnica da mamanalgesia é sempre estimulada pelas ações da Política de Saúde da Criança, bem como, durante as visitas técnicas realizadas com as equipes. | | | | |
| 3. | Disponibilizar material informativo para equipes capacitadas e sensibilizar as mães a amamentarem antes e durante o procedimento de vacinação. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | | Todas as equipes com salas de vacinas receberam material informativo sobre mamanalgesia para informação e sensibilização das mães após as capacitações. | | | | |
| 3 | Aumentar o número de profissionais capacitados e atualizados que realizam coleta de Teste do Pezinho. | Percentual de profissionais de enfermagem que realizam coleta de Teste do Pezinho. | 100% | 60,50% | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Capacitar os novos profissionais de enfermagem para coleta de teste do pezinho. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X PARCIAL |
| | | | Não foi realizada capacitação no 1º quadrimestre. Está previsto para ocorrer no 2º quadrimestre, com os enfermeiros residentes da UFSM e UFN que atuam na APS e nas maternidades e enfermeiros/técnicos do consórcio. | | | | |
| 2. | Atualizar os profissionais de enfermagem que já realizam a coleta de teste do pezinho. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X PARCIAL |
| | | | A atualização está prevista para o 2º quadrimestre, serão convocados os profissionais de enfermagem que não participaram das atualizações/capacitações anteriores, devido a faltas, atestados, férias ou licenças. | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|------------|------------|----------------|----------------|
| 4 | Aumentar o número de encaminhamentos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, nas últimas 72 horas, para a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual de crianças e adolescentes, do Hospital Universitário de Santa Maria. | | Percentual de encaminhamentos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, nas últimas 72 horas, pela APS, para a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do HUSM. | 100% | 100% | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Estimular a captação precoce pelas equipes de saúde da APS, de crianças e adolescentes vítimas de violência. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | | | Foi identificado um caso suspeito de violência sexual contra criança ocorrido em <72hs pela APS, sendo encaminhado ao HUSM, conforme o fluxo de violência. As equipes são constantemente estimuladas durante as visitas técnicas sobre o fluxo de violência contra crianças e adolescentes no município, identificação de casos suspeitos ou confirmados de violência, realização da escuta especializada e encaminhamentos. | | | | |
| 2. | Promover e fortalecer a comunicação entre as unidades de saúde e a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual de Crianças e Adolescente do HUSM, pelos responsáveis da política da saúde da criança. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Todos os casos suspeitos ou confirmados são informados à rede de proteção via “ficha de compartilhamento das informações do atendimento da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência”, e nos casos de violência sexual as equipes da APS são orientadas a realizar o contato prévio com a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do HUSM antes de realizar o encaminhamento. Ainda, quando a equipe da APS desconhece o caso, encaminhamos as informações fornecidas pelo HUSM após o atendimento, estimulando o acompanhamento pela equipe no território. | | | | | |
| 3. | Informar as equipes de APS de crianças e adolescentes em situação de violência, que iniciaram o acompanhamento pela Equipe de Matriciamento do HUSM. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Todos os casos encaminhados à Equipe de Matriciamento do HUSM ou ao CRAI são notificados à Política de Saúde da Criança e repassados para as equipes de referência, para continuidade dos cuidados e acompanhamento da | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|---|------------------------|-------------|----------|------------|----------------|
| | | | criança/adolescente e sua família. | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As equipes são constantemente orientadas e instrumentalizadas sobre o fluxo da violência contra crianças e adolescentes do município, bem como, sobre o preenchimento da “ficha de compartilhamento das informações do atendimento da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência” e ficha SINAN, tanto em eventos, quanto por e-mail, whatsapp e em visitas técnicas.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 5 | Reduzir a mortalidade infantil em menores de um ano de idade. | Taxa de mortalidade infantil. (INDICADOR-01/RS 2024-2027) | <table border="1"> <tr> <td>10,2</td> <td>4,26</td> </tr> </table> | 10,2 | 4,26 | | | |
| 10,2 | 4,26 | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Garantir o fluxo de contra-referência dos RNs de Risco residentes em Santa Maria, do hospital para a atenção primária em saúde. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram recebidas 152 fichas de RN de risco do HUSM, através da 4ªCRS, e enviadas para as equipes da APS.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 2. | Monitorar a realização de teste do pezinho no período ideal, do 3º ao 5º dia de vida, pelo responsável da política da Criança. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram realizadas 777 primeiras coletas de teste do pezinho, das quais 82,5% foram realizadas dentro do período ideal (3º ao 5º dia de vida) e 118 recoletas.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 3. | Qualificar o pré-natal identificando precocemente intercorrências obstétricas, realizando encaminhamentos necessários em tempo oportuno. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A política de saúde da criança junto à política de saúde da mulher realiza orientações às equipes de saúde para a realização de encaminhamentos em tempo oportuno, conforme os fluxos municipais estabelecidos.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 4. | Manter o comitê municipal de mortalidade materna fetal e infantil, e manter a participação nos comitês dos hospitais e da 4ª CRS. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>No quadrimestre foram realizadas 8 reuniões e discutidos 22 óbitos, sendo 14 infantis e 8 fetais.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 5. | Manter o monitoramento do fluxo de encaminhamento das gestantes ao AGAR. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>O monitoramento é realizado pela Política de Saúde da Mulher.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 6. | Manter a Comissão Municipal de aleitamento materno e alimentação complementar saudável. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A comissão segue atuante, no quadrimestre foram realizados 10 atendimentos às crianças amamentadas e suas mães, conforme o encaminhamento realizado pelas equipes de saúde.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|------------|---------------|------------|----------------|----------------|
| | 7. | Estimular o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em menores de 1 ano pelas equipes da APS. | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | | O monitoramento do acompanhamento de puericultura das crianças menores de 1 ano pelas equipes da APS é realizado diariamente pela política. São enviados e-mails às equipes solicitando busca ativa e agendamento de consulta para aquelas crianças que não estão em acompanhamento conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. | | | | | |
| 6 | Realizar acompanhamento de pelo menos 50% das crianças expostas a infecções durante a gestação (toxoplasmose, sífilis e HIV). | | Percentual de crianças expostas acompanhadas. | | 50% | | 66,66% | | | |
| AÇÕES | | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Enviar relatório das crianças expostas às infecções, faltantes no ambulatório de infectopediatria, recebido do núcleo de vigilância do HUSM. | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | | Recebemos mensalmente o relatório de HIV e Sífilis que indica as crianças que nasceram no HUSM e foram expostas às infecções, contendo a data da consulta no ambulatório de infectopediatria. A política realiza o envio às equipes da APS para conhecimento do caso e continuidade do acompanhamento no território. Assim como, realiza a comunicação às equipes de referência das crianças que faltaram no ambulatório, solicitando busca ativa e novo encaminhamento. | | | | | |
| | 2. | Participar do Comitê de Transmissão Vertical, priorizando reuniões com as Unidades de Atenção Primária que tenham em seu território gestantes ou crianças expostas com até 1 ano de idade. | | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL |
| | | | | | O comitê ainda não retomou suas atividades. | | | | | |
| | 3. | Estimular as equipes para busca ativa e acompanhamento das crianças expostas às infecções, por meio de relatórios fornecidos pela Política de Saúde da Criança. | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | | As equipes são sempre notificadas e estimuladas a acompanharem as crianças que foram expostas às infecções sexualmente transmissíveis, bem como, orientadas sobre o adequado acompanhamento compartilhado com a atenção especializada. Os relatórios enviados são aqueles recebidos pelo HUSM, e a lista de crianças que acompanham com infectopediatra no HCS. | | | | | |
| | 4. | Monitorar o acompanhamento das crianças expostas ao HIV, SÍFILIS e TOXO. | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | | A monitorização é realizada através do prontuário eletrônico, averiguando se a criança está acompanhando na APS, regularmente através das consultas de rotina, conforme o | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|----------|---|------------------------|------------|----------|------------|----------------|
| | | | calendário de puericultura e classificação de risco, bem como, na atenção especializada. | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 5. | Analisar relatório nominal de notificações de crianças expostas à toxoplasmose, sífilis e HIV. | | Conforme a lista nominal que consta em planilha, recebida da Vigilância Epidemiológica, no quadrimestre houveram 8 casos de crianças expostas ao HIV, 27 de sífilis congênita e 10 de exposição à toxoplasmose congênita. Desses, 7 crianças expostas ao HIV estão em acompanhamento de puericultura na APS concomitante com a atenção especializada, bem como, 17 crianças com sífilis congênita e 6 expostas à toxoplasmose durante a gestação. Destaca-se que as equipes são informadas por e-mail de todos os casos de transmissão vertical, principalmente, daqueles que são SUS dependentes e/ou nasceram nas maternidades públicas do município. | | | | | |

OBJETIVO 08: Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|------------|----------|------------|----------------|--|
| 1 | Ampliar e monitorar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na APS. | Número de equipes capacitadas para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. | 48 | 9 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 1. | Realizar capacitações com as equipes de saúde para utilização adequada da caderneta. | | No primeiro quadrimestre de 2025, foram capacitadas 9 equipes de saúde sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: ESF São João, UBS Estação dos Ventos (2 equipes), ESF São José (2 equipes), EAP José Erasmo Crossetti (2 equipes) e EAP Ruben Noal (2 equipes). | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| | 2. | Estimular a utilização da caderneta por equipes da APS. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Em todas as capacitações e visitas técnicas às unidades de saúde é reforçado com as equipes sobre o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para a sua disponibilização aos idosos e sobre a importância do papel dos profissionais de saúde na adesão desse instrumento. É sempre lembrado que se deve realizar o registro no sistema MV e na ficha espelho. | | | | | | |
| | 3. | Divulgar a caderneta da pessoa idosa na mídia. | | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Nesse quadrimestre, não houve divulgação na mídia. | | | | | | |
| 2 | Fomentar e monitorar o atendimento domiciliar pelas equipes de ESF e EAP. | | Número de atendimentos domiciliares ofertados à população idosa na APS /ano | 1800 | 882 | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Realizar ações de educação permanente, fomentando o cuidado domiciliar à pessoa idosa, pelas equipes. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Ao serem questionadas, todas as equipes da APS referiram que discutiram em reunião de equipe sobre o cuidado domiciliar, sobretudo em relação às pessoas idosas acamadas e domiciliadas. | | | | | | |
| | 2. | Monitorar, pela política de saúde da pessoa idosa, o número de atendimentos domiciliares à pessoa idosa realizada pelas equipes de saúde da atenção básica, trimestralmente. | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Foi realizado, por meio de relatórios do SIGSS/MV, o monitoramento dos atendimentos domiciliares às pessoas idosas. No primeiro quadrimestre, foram 882 atendimentos domiciliares realizados, tanto por profissionais de nível médio, quanto por profissionais de nível superior. | | | | | | |
| 3 | Implementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, para o acompanhamento de saúde da população idosa no âmbito da Atenção Primária em Saúde. | | Percentual de idosos com registro do procedimento "Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa". (INDICADOR-13/RS 2024-2027) | 9% | 0,93% | | | | | |

| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
|--|--|---|--|----|-----|---------|--|--|
| | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | |
| 1. | Instituir no processo de trabalho das equipes a estratificação de risco por meio do instrumento do IVCF20. | No primeiro quadrimestre, foram realizadas 5 visitas técnicas às unidades de saúde para a capacitação do instrumento IVCF-20. Foram realizadas 497 Avaliações Multidimensionais da Pessoa Idosa neste período. A turma da residência de Medicina da Família e Comunidade da UFSM, que atua na APS, também foi capacitada sobre o acompanhamento das pessoas idosas, incluindo o IVCF-20. Como parte da equipe multidisciplinar da Rede Bem Cuidar, foram realizadas, no primeiro quadrimestre, cinco reuniões com as equipes da ESF Kennedy, em que uma das pautas é a meta da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. OBS: 9% da população idosa de Santa Maria equivale a 4.795 pessoas (IBGE 2022). | | | | | | |
| 4 | <table border="1"> <tr> <td>Monitorar as equipes de ESF e EAP que utilizam os marcadores de consumo alimentar na pessoa idosa.</td> <td>Número de unidades de saúde que utilizam os marcadores de consumo alimentar por ano.</td> </tr> </table> | Monitorar as equipes de ESF e EAP que utilizam os marcadores de consumo alimentar na pessoa idosa. | Número de unidades de saúde que utilizam os marcadores de consumo alimentar por ano. | 33 | 10 | | | |
| Monitorar as equipes de ESF e EAP que utilizam os marcadores de consumo alimentar na pessoa idosa. | Número de unidades de saúde que utilizam os marcadores de consumo alimentar por ano. | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | |
| 1. | Monitorar por meio do sistema informatizado MV os marcadores de consumo alimentar, pelo responsável da política de nutrição. | Realizado o monitoramento, por meio de relatórios do sistema SIGSS/MV, do número de unidades de saúde que utilizam os marcadores de consumo alimentar. No primeiro quadrimestre de 2025, 10 unidades de saúde preencheram 231 fichas de marcadores de consumo alimentar em idosos: ESF São Francisco, ESF Kennedy, EAP e ESF Estação dos Ventos, EAP Walter Aita, ESF Alto da Boa Vista, EAP Floriano Rocha, ESF Roberto Binato, EAP Central (Móvel) e ESF Arroio do Só. | | | | | | |
| 2. | Ampliar a utilização dos marcadores de consumo alimentar pelas equipes, por meio de apoio técnico do responsável pela política de nutrição e pessoa idosa. | Neste quadrimestre, a utilização dos marcadores de consumo alimentar foi abordado com as 9 equipes de saúde que receberam a capacitação sobre a Caderneta de Saúde da | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|------------------------|----------------|------------|------------|----------------|
| | | | Pessoa Idosa. | | | | | |
| 5 | Monitorar o percentual de consultas médicas e retorno da pessoa idosa em relação ao número da população geral atendida. | Percentual de consultas e retorno da pessoa idosa. | 30% 41,6% | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Monitorar o acesso das pessoas idosas às consultas médicas. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Realizado, por meio de relatórios do sistema SIGSS/MV, o monitoramento das consultas médicas às pessoas idosas. No primeiro quadrimestre de 2025, foram realizadas consultas para essa população, sendo 44.064 na APS e 13.949 na AE. Já o número de consultas na população geral foi de 139.287 no mesmo período.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | |
| | 2. | Identificar os idosos hiperutilizadores do serviço de saúde nas unidades de saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Identificados, por meio de relatório do sistema SIGSS/MV, os idosos hiperutilizadores de acordo com a frequência em consultas. Nesse quadrimestre, os casos mais significativos foram da EAP Ruben Noal, com um idoso com registro de 36 consultas e uma idosa com registro de 28 consultas. A ESF São José e a ESF Wilson Paulo Noal também realizaram, cada uma, 28 consultas a um idoso. Em todos os casos, verificou-se que se tratam de demandas de curativos.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 6 | Ampliar a oferta de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C para pessoas idosas. | Número mínimo de testagens rápidas em pessoas idosas/ano | 1000 1515 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Realizar ações de educação permanente aos profissionais da rede sobre a importância da testagem da população idosa. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Em todas as visitas técnicas e capacitações realizadas no quadrimestre, o tema da importância da testagem das pessoas idosas para as IST's é uma pauta fixa.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | |
| 2. | Realizar ações em conjunto com a política do HIV/AIDS. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>No primeiro quadrimestre de 2025 não foram realizadas ações em conjunto com a Política do HIV/AIDS.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | |

OBJETIVO 09: Promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------|--|--|---|--------------------------------|-----|---|-----|---|---------|---|
| 1 | Ampliar e qualificar a distribuição da caderneta da saúde do adolescente pelas Unidades de Saúde. | Número de cadernetas distribuídas aos adolescentes/ano. | 4000 | 190 | | | | | | | | | |
| | | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | | | | | 1. | Divulgar a caderneta do adolescente para a direção das escolas pela política de saúde do adolescente. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | X |
| | | | | | Foram distribuídas 170 cadernetas do adolescente e 20 cadernetas da adolescente. | | | | | | | | |
| 2. | Estimular a distribuição e utilização da caderneta do adolescente nas consultas médicas, de enfermagem e atendimento odontológico, e na sala de vacinas. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | | | |
| Em todas as visitas técnicas abordamos a importância da distribuição das cadernetas. | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Aumentar o percentual de consultas de pré-natal do parceiro adolescente. | Percentual de consultas de pré-natal do parceiro adolescente em relação ao ano anterior. | 30% | (-) 75% | | | | | | | | | |
| | | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | | | | | 1. | Capacitar os profissionais para qualificar o pré-natal do parceiro. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | | | | | Ação não realizada no quadrimestre. | | | | | | | | |
| | | | | | 2. | Realizar o chamamento do parceiro adolescente da gestante para acompanhar as consultas. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | | | No quadrimestre foi realizada 1 consulta de pré-natal do parceiro adolescente. | | | | | | | | |
| | | | | | 3. | Melhorar a divulgação sobre o pré-natal do parceiro na rede de atenção à saúde. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| As equipes são estimuladas para divulgarem o pré-natal do parceiro nas ações de saúde, em especial nos turnos estendidos e alternativos. | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Estimular a realização, em horários estendidos/alternativos, de consulta de pré-natal do parceiro que trabalha. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | |
| No quadrimestre, não foi realizada nenhuma consulta de pré-natal do parceiro adolescente em turnos estendidos | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Estimular o agendamento de consulta de pré-natal do parceiro nas unidades de saúde. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|------------------------|----------------|------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | As equipes são frequentemente lembradas em relação à importância da presença do parceiro no acompanhamento de pré-natal. | | | | | | |
| 3 | Monitorar a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10-19 anos. | Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10-19 anos (proporção de nascidos vivos de mulheres entre 10-19 anos) (INDICADOR-10/RS 2024-2027) | 7,30% 7,78% | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Realizar teste rápido de gravidez em livre demanda. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram realizados 449 TR de gravidez na faixa etária dos 10 a 19 anos pelas equipes de saúde.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| | 2. | Priorizar agenda de consulta para gestantes iniciarem o pré-natal. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As equipes são orientadas a priorizar agendamento e iniciar o pré-natal no momento do diagnóstico de gravidez.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| | 3. | Mobilizar os agentes comunitários de saúde para captar precocemente as gestantes adolescentes no seu território. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Os ACS são orientados a captar as gestantes no domicílio, durante as visitas e encaminhar para realização do pré-natal.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 4. | Captar precocemente para o pré-natal as gestantes adolescentes. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td>x</td> </tr> </table> <p>60 gestantes adolescentes iniciaram o pré-natal até 12 semanas, de um total de 160 no quadrimestre, ou seja, 37,5%.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | x | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | x | | | | |
| 5. | Monitorar os dados por meio do sistema MV, Portal BI. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>O valor da meta é monitorado pelo portal BI público e os dados de pré-natal pelo painel do sistema de informação da secretaria municipal de saúde.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 4 | Desenvolver ações do PSE em parceria com a CASE, bimestralmente. | Ações do PSE desenvolvidas em parceria com a CASE/ano | 06 00 | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Realizar ações de vacinação, avaliação antropométrica, saúde sexual e saúde mental na CASE. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>X</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A ação será realizada a partir do segundo quadrimestre.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|---|--|-------------------------------------|------------|----------------|----------------|--|--|
| | 2. | Colocar em prática o plano operativo local em parceria com outros setores e profissionais. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | |
| | | | | A ação será realizada a partir do segundo quadrimestre. | | | | | | | |
| 5 | Fortalecer e ampliar a adesão de escolas no Programa Saúde na Escola | | Número de escolas com adesão ao PSE por ciclo de adesão bianual (2025-2026) | 100 | 96 | | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Realizar ações educativas com base nos 14 temas propostos pelo PSE. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | | | | Foram realizadas 266 ações até o presente momento, atingindo 9.395 alunos. | | | | | | |
| | 2. | Capacitar periodicamente professores com temas que são transversais entre saúde e educação. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | | | Foi realizado no dia 29/04/2025 o 2º Encontro Formativo para Educação sobre PSE | | | | | | | |
| 3. | Realizar eventos com base nos temas propostos pelo PSE para profissionais da saúde e educação. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | |
| | | | | Será realizada a partir do 2º Quadrimestre. | | | | | | | |
| 6 | Implementar e Monitorar as ações de prevenção à Covid-19 nas escolas com adesão ao PSE. | | Número de escolas com ações realizadas. | 91 | 04 | | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Desenvolver ações de prevenção à Covid em parceria com Instituições de Ensino Superior. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | |
| | | | | | Devido a diminuição de número de casos e aumento de outras demandas emergenciais, essa ação tem permanecido em segundo plano. Foram realizadas 13 ações em 04 escolas, beneficiando um total de 518 alunos. | | | | | | |
| | 2. | Capacitar professores para a prevenção de Covid e identificação precoce de sintomáticos respiratórios. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | |
| | | | | Devido a diminuição de número de casos e aumento de outras demandas emergenciais, essa ação tem permanecido em segundo plano. | | | | | | | |
| 3. | Monitorar o nº de casos de Covid-19 por escolas com adesão ao PSE. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | |
| | | | | Foi entrado em contato com a vigilância epidemiológica, e não é feito este monitoramento de casos nas escolas. | | | | | | | |
| 7 | Realizar as ações de prevenção à COVID-19 e no mínimo, mais duas ações das que forem elencadas como prioridade no município, no ciclo | | Número de ações realizadas pelas escolas com temas do PSE/ano. | Meta não prevista para este ano | | Meta já foi atingida em 2023 | | | | | |

| | | | | |
|--------------|--|--|------------|----------------|
| | de adesão ao PSE. | | | |
| 8 | Implementar e Monitorar as ações de prevenção à dengue nas escolas com adesão ao PSE. | Percentual de escolas pactuadas no PSE que realizaram ações. | 100% | 29,41% |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | |
| 1. | Desenvolver ações de prevenção à dengue em parceria com Instituições de Ensino Superior. | Ação realizada: | SIM | X |
| | | NÃO | | PARCIAL |
| | | Foram realizadas 17 ações em 5 escolas, beneficiando um total de 630 alunos. | | |
| 2. | Capacitar professores para a prevenção de dengue e identificação de sintomas. | Ação realizada: | SIM | X |
| | | NÃO | | PARCIAL |
| | | Os professores participaram de um encontro no qual foi apresentado os cadernos temáticos e atividades contra a dengue, bem como prevenção e seus sintomas. | | |

Objetivo 10: Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras IST ampliando o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência, melhorando sua qualidade e fortalecendo as instituições responsáveis pelo controle das IST e da aids.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 |
|--------------|---|--|---------------|--|
| 1 | Aumentar o rastreamento por meio de teste rápido de hepatites virais no município. | Número mínimo de testagens rápidas para hepatites virais/ano | 1000 | 9.427 |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | |
| 1. | Desenvolver ações de comunicação e educação permanente que promovam o diagnóstico das hepatites virais na população acima de 40 anos e grupos prioritários (conforme Of. Circular 03/2021). | Ação realizada: | SIM | x |
| | | NÃO | | PARCIAL |
| | | Realizada capacitação de 12 alunos de enfermagem da FISMA que estavam em estágio nos serviços da rede. Realizadas entre Março e Abril 03 capacitações para alunos de medicina UFN. | | |
| 2. | Capacitar profissionais de saúde para testagem rápida para hepatites virais. | Ação realizada: | SIM | x |
| | | NÃO | | PARCIAL |
| | | Os profissionais que ingressam na rede são direcionados para capacitação na página do NEPES. | | |
| 3. | Proporcionar a oferta em livre demanda das testagens, nos serviços de saúde. | Ação realizada: | SIM | x |
| | | NÃO | | PARCIAL |
| | | Os testes são procedimentos “porta aberta” nas Unidades de | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|--|--|------------|------------|----------------|----------------|--|
| | | | Saúde, foram realizados: 19. 185 testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. | | | | | | |
| | 4. | Desenvolver ações de testagem em território de maior vulnerabilidade. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> Realizado oferta de testagem, abastecimento de preservativos, gel lubrificante e autotestes do HIV na ASMAR (Associação dos Seleccionadores de material reciclavel), totalizando 48 testes e 03 encaminhamentos para tratamento: Sífilis e Hepatite C. Início das atividades da Unidade Itinerante “Testa Santa Maria” nos seguintes locais: Prefeitura nos bairros” em frente a Escola Diacomu Luiz Pozzobom-Maringá, Estação dos Ventos- Km3, Alto da Boa Vista- Caixa D’agua, totalizando 344 testes, 06 encaminhamentos para tratamento da Sífilis e 01 Hepatite C. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 2 | Desenvolver ações de prevenção às ISTs na população geral. | | <table border="1"> <tr> <td>Número de ações de prevenção ao ano</td> <td>21</td> <td>06</td> </tr> </table> | Número de ações de prevenção ao ano | 21 | 06 | | | |
| | Número de ações de prevenção ao ano | 21 | 06 | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Realizar três ações referentes ao Mês de Prevenção às Hepatites Virais, Prevenção à Sífilis e HIV (julho, outubro e dezembro, respectivamente). | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td>x</td> </tr> </table> Ações em planejamento. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | x | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | x | | | | |
| 2. | Realizar campanhas, mutirões, ações de promoção e prevenção à saúde em conjunto com as políticas da mulher, do adolescente, do idoso, da criança, instituições de ensino superior e profissionalizantes e equipes de saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> No Carnaval foi realizada distribuição de insumos em 14 Casas Notirnas. Na Calourada foi realizada atividade no Campus da UFSM com o Fórum de Ações em Resposta ao HIV e PRAE. Realizado oferta de testagem, abastecimento de preservativos, gel lubrificante e autotestes do HIV na ASMAR (Associação dos Seleccionadores de material reciclavel), totalizando 48 testes e 03 encaminhamentos para tratamento: Sífilis e Hepatite C. Início das atividades da Unidade Itinerante “Testa Santa Maria” nos seguintes locais: Prefeitura nos bairros” em frente a Escola Diacomu Luiz Pozzobom-Maringá, Estação dos Ventos- Km3, Alto da Boa Vista- Caixa D’agua, totalizando 344 testes, 06 encaminhamentos para tratamento da Sífilis e 01 Hepatite C. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 3 | Desenvolver e monitorar as ações em saúde para populações chave e prioritárias na prevenção combinada do HIV e outras ISTs. | Número mínimo anual de ações realizadas para população privada de liberdade, | <table border="1"> <tr> <td>50</td> <td>11</td> </tr> </table> | 50 | 11 | | | | |
| 50 | 11 | | | | | | | | |

| | | trabalhadores do sexo, LGBTQIAP+, pessoas em situação de rua e jovens. | | | | |
|-------|---|--|-----|---|-----|---------|
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| 1. | Realizar atendimento à PPL por meio dos profissionais da Política de HIV e do SAE/CTA Casa 13 de Maio, nas casas prisionais adultas (Penitenciária Estadual de Santa Maria- PESH e Presídio Regional de Santa Maria- PRSM). | A PESH e PRSM recebem atendimento 01 vez ao mês de consultas com infectologista do SAE Casa Treze, para demanda de encaminhamentos específicos de HIV, Hepatites B e C e Tuberculose. Realizada vacinação contra influenza no PRSM e PESH pelos enfermeiros da política HIV, Casa 13 e Unidade Prisional. | | | | |
| 2. | Promover ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em agências de trabalhadores do sexo. | Realizada visita em 04 agências de trabalhadores do sexo durante ação do 'Bloquinho da Prevenção' no carnaval. Além do abastecimento com insumos que acontece com todas as agências que procuram na Casa Treze e na Secretaria de Saúde. | | | | |
| 3. | Capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde da atenção primária para a escuta qualificada da população LGBT+ na prevenção de ISTs. | Capacitação com equipe do Ambulatório Transcender e realização de grupos específicos no Ambulatório Transcender: Grupo de Arteterapia; Grupo de familiares de pessoas LGBT+; Grupo de adolescentes LGBT+; Grupo de afirmação de gênero para adultos. | | | | |
| 4. | Promover rastreamento do HIV e outras ISTs na população em situação de rua, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social. | Realizada visita técnica em Fevereiro no Consultório de Rua de Pelotas para construção do Fluxo da Unidade de Santa Maria. Em fevereiro, uma ação solidária "Refresco Solidário" na Praça Saldanha Marinho, com distribuição de picolé, água, bolo e frutas para a população em situação de ruas altas temperaturas. | | | | |
| 5. | Realizar ações de prevenção e sensibilização ao HIV, ISTs e hepatites virais em Escolas e no CASEMI, junto com o Programa Saúde na Escola. | Em Março, foi realizada roda de conversa com 15 adolescentes da CASE para abordar sobre prevenção combinada e na Escola Diácono João Luiz Pozzobom foram realizadas três ações de saúde com realização de testes na escola 64 testes e distribuição de informativos sobre IST. | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---|---|--|------------|------------|----------------|----------------|
| 4 | Reduzir a incidência de crianças expostas ao HIV, de 38 casos de 2020, em no mínimo 10% ao ano (conforme Of. Circ. 03/2021- SC DST/AIDS de 04/08/2021). | Número de casos de crianças expostas ao HIV/ano | 25 | 08 | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Capacitar os novos profissionais da saúde para testagens em gestantes, puérperas e parcerias para o HIV e outras ISTs | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Realizadas capacitações de Fevereiro a Abril, totalizando 53 profissionais de saúde de 21 Unidades de Saúde capacitados. | | | | |
| | 2. | Aumentar oferta de testagem rápida para a população na APS por meio de livre demanda e turno alternativo. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Em Março, foram realizadas 03 ações de saúde na Semana da Calourada na Gare: com distribuição de autoteste de HIV, preservativos, gel lubrificante e folder. Também, foi realizada 01 ação no CIEE (Centro de Integração Empresa Escola) com palestra sobre IST e Hepatites Virais e distribuição de autoteste de HIV, preservativos, gel lubrificante e folder Em Abril, foi executada uma ação com os funcionários da Expresso Medianeira em conjunto com o SEST SENAT, com realização de testagem rápida para IST, dos quais ao total foram feitos 232 testes. Dentre os turnos alternativos e estendidos foram realizados nas Unidades: São João 31 testes Walter Aita 144 testes Lídia 64 testes e 2 encaminhamento para tratamento de sífilis e hepatite C Victor Hoffman 120 testes Frigorífico Silva 84 testes ESF Passo das Tropas 120 testes e 2 para tratamento de sífilis Crossetti 64 testes ESF Itararé 84 testes Passo das tropas 76 testes Em Turnos estendidos e alternativos totalizaram: 787 testes. | | | | | |
| 3. | Monitorar a adesão ao tratamento da gestante e do parceiro na AB em parceria com a Política do HIV, Casa Treze de Maio e Hospital de Referência. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | Foram diagnosticadas no primeiro quadrimestre 07 gestantes HIV e 06 parceiros. | | | | | |
| 4. | Fortalecer o Comitê de Transmissão Vertical, priorizando reuniões com as Unidades | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|------------------------|------------|----------|------------|----------------|
| | de Atenção Primária que tenham em seu território gestantes ou crianças expostas com até 1 ano de idade. | | Os casos de Santa Maria referentes à transmissão vertical são discutidos na reunião do Comitê Regional sobre Transmissão Vertical. Além disso, participou de um evento na UFN em Abril sobre as Boas Práticas na Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e HIV, juntamente com a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. | | | | | |
| 5. | Intensificar as ações educativas, preventivas sobre a contraindicação absoluta de amamentação por mulheres expostas ao HIV. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As gestantes e puérperas que vivem com HIV são orientadas nas consultas de pré-natal e nas consultas com infectologista sobre a contraindicação da amamentação.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 5 | Reduzir o número de casos de morte por AIDS, de 23 casos em 2020, no mínimo 10% ao ano (conforme Of. Circ. 03/2021- SC DST/AIDS de 04/08/2021). | Número máximo de casos novos de morte por AIDS | <table border="1"> <tr> <td>15</td> <td>06</td> </tr> </table> | 15 | 06 | | | |
| 15 | 06 | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Capacitar as Unidades de APS para a identificação dos casos de exposição indicativos para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV e oferecer a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e as demais tecnologias da prevenção combinada. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A prescrição de PEP/PrEP está liberada para médicos e enfermeiros da APS. No primeiro quadri foram dispensadas 116 PEP por exposição sexual, 65 por exposição com material biológico e 412 usuários retiraram PrEP. Os preservativos estão disponíveis em todas as unidades e os testes rápidos devem ser ofertados em livre demanda, porta aberta e sem horário pré-determinado.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 2. | Intensificar a captação de parcerias sexuais das pessoas com resultado reagente. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A captação está sendo realizada por meio do rastreamento dos testes rápidos, entrega dos cartões de comunicação de parcerias sexuais e busca ativa por meio do sistema, via telefone e pela unidade de saúde.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 3. | Promover ações que descentralizem o acompanhamento e tratamento das PVHIV. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A descentralização é ofertada por meio da linha do cuidado a PVHIV, na qual fazem parte a ESF Bela União, ESF Alto da Boa Vista.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 4. | Entregar o cartão de comunicação dos parceiros sexuais com registro no prontuário do paciente pelas equipes de saúde. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram entregues pela Unidades da APS 05 cartões de comunicação entregues pela APS.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|------------|------------|----------------|----------------|
| 6 | Reduzir o número de novos casos da sífilis congênita, de 55 casos em 2020, no mínimo 10% ao ano (conforme Of. Circ. 03/2021- SC DST/AIDS de 04/08/2021) | | Número máximo de casos novo sífilis congênita | 35 | 26 | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Ofertar pelo menos um teste rápido de sífilis por gestante e parceiros a cada trimestre gestacional, pelas equipes da APS. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | | Foram realizados 676 testes rápidos para Sífilis em gestantes. Todas aquelas com teste reagente recebem , junto com o parceiro, recebem a primeira dose de tratamento ainda na Unidade. | | | | |
| | 2. | Fortalecer ações relacionadas ao Pré-Natal do Parceiro preconizadas pelo Ministério da Saúde por meio de reuniões mensais da Linha de Cuidado e do Comitê de Transmissão Vertical. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | | As reuniões para discussão de caso do município estão sendo feitas no Comitê Regional de Transmissão Vertical | | | | |
| | 3. | Realizar o tratamento oportuno na APS para gestantes e seus parceiros quando infectados, respeitando o Protocolo Clínico e Terapêutico, conforme o Ministério da Saúde. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Foram realizadas 714 aplicações de tratamento para Sífilis na totalidade, no 1º quadrimestre. | | | | | |
| 4. | Realizar busca ativa, pelas equipes, às gestantes e parcerias sexuais com sífilis, em caso de abandono de tratamento. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | As equipes encaminham os casos reagentes para conhecimento da Política HIV auxiliar no monitoramento, foram encaminhados via gestor municipal 04 gestantes e 01 parceiro. | | | | | |
| 5. | Registrar o tratamento da sífilis da gestante e parcerias sexuais na caderneta de gestante. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | As equipes são orientadas a manter os registros de tratamento no sistema e na caderneta para facilitar no acompanhamento do tratamento da gestante na maternidade. | | | | | |
| 7 | Reduzir o coeficiente bruto de mortalidade por Aids. | | Coeficiente bruto de mortalidade por Aids - Número de óbitos de residentes devidos à AIDS/ população total residente x 100.000 (INDICADOR-05/RS 2024-2027) | 9,94 | 6.37 | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Realizar busca ativa, pelas equipes da APS, dos casos de abandono no tratamento para o HIV. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | Foram realizadas buscas ativa no prontuários e monitorados de 700 pacientes. | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|---|--|---------------|----------|------------|----------------|--|
| | 2. | Promover ações que ampliem o diagnóstico precoce do HIV nos serviços de saúde e comunidade. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Realizada no primeiro quadrimestre, ações de testagem rápida na UFSM 228 e foram distribuídos 80 autotestes do HIV na Gare. Início das atividades do Trailer Testa Santa Maria, onde realizaram-se ações no território Diácono Luiz Pozzobon foram atendidas 36 pessoas, do KM3 com atendimento de 34 pessoas e no Loteamento da Caixa D'Água no Alto da Boa Vista, com atendimento de 19 pessoas. | | | | | |
| 8 | Garantir percentual de testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN no quadrimestre. | | Percentual de testagem para HIV realizada nos casos novos de tuberculose notificado no SINAN no período. (INDICADOR-03/RS 2024-2027) | 96% | 63,10% | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Rastrear os casos suspeitos de tuberculose, com oferta de teste de escarro na APS | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram coletados na APS 80 escarros. | | | | | |
| | 2. | Rastrear os casos de tuberculose ativa | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram rastreados 56 casos novos de tuberculose ativa | | | | | |
| | 3. | Realizar testagem rápida para HIV em pacientes suspeitos de tuberculose ativa | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | 39 casos de tuberculose realizaram exame de HIV. | | | | | |
| 9 | Reduzir o número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. | | Número máximo de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. (INDICADOR-02/RS 2024-2027) | 71 | 26 | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Monitorar o tratamento para sífilis de gestantes e suas parcerias sexuais, por meio do relatório mensal dos indicadores. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram monitorados 44 casos notificados de sífilis em gestante, 02 casos em parcerias, 36 gestantes com tratamento adequado. Monitoramento por meio do prontuário eletrônico e busca ativa da assistente social do SAE/CTA Casa Treze de Maio | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|------------|----------|------------|----------------|--|
| | 2. | Monitorar as crianças menores de 1 ano de idade expostas à sífilis. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram monitorados 26 casos de crianças expostas à sífilis, por meio do prontuário eletrônico e busca ativa da assistente social do SAE/CTA Casa Treze de Maio. | | | | | |
| 10 | Reduzir número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. | | Número máximo de casos novo de AIDS em menores de 5 anos. (INDICADOR-06/RS 2024-2027) | 0 | 0 | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Monitorar as puérperas que vivem com HIV. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram monitorados 08 casos de crianças expostas ao HIV e 10 casos novos de HIV em gestantes, por meio do prontuário eletrônico e busca ativa da assistente social do SAE/CTA Casa Treze de Maio | | | | | |
| | 2. | Intensificar as ações educativas preventivas sobre a contraindicação absoluta de amamentação por mulheres expostas ao HIV. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | A contraindicação da amamentação é feita sempre que que a gestante ou parceiro tem diagnóstico reagente para o HIV. Dentre as temáticas do grupo de gestantes do Centro de Apoio e Direitos a PVHIV, estão a questão da amamentação como impossibilidade | | | | | |
| | 3. | Monitorar as crianças menores de 5 anos de idade expostas ao HIV. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram monitoradas 08 crianças expostas ao HIV, por meio do prontuário eletrônico e relatórios dos serviços de referência quanto ao comparecimento em consulta | | | | | |
| 11 | Reduzir a Taxa de transmissão vertical do HIV. | | Taxa de transmissão vertical do HIV. (INDICADOR-21/RS 2024-2027) | 0,0 | 0,0 | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Monitorar as puérperas que vivem com HIV. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | | Foram monitorados 08 casos de crianças expostas ao HIV e 10 casos novos de HIV em gestantes, por meio do prontuário eletrônico e busca ativa da assistente social do SAE/CTA Casa Treze de Maio | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|---|------------|----------|------------|----------------|
| 2. | Intensificar as ações educativas preventivas sobre a contra-indicação absoluta de amamentação por mulheres expostas ao HIV. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | A contra-indicação da amamentação é feita sempre que a gestante ou parceiro tem diagnóstico reagente para o HIV. Dentre as temáticas do grupo de gestantes do Centro de Apoio e Direitos a PVHIV, estão a questão da amamentação como impossibilidade | | | | |
| 3. | Monitorar as crianças menores de 5 anos de idade expostas ao HIV. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | Foram monitoradas 08 crianças expostas ao HIV, por meio do prontuário eletrônico e relatórios dos serviços de referência quanto ao comparecimento em consulta | | | | |

Objetivo 11: Aprimorar e fortalecer as ações de alimentação e nutrição.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 |
|--------------|---|--|--|---|
| 1 | Realizar registro e acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar de crianças até 10 anos. | Número de Unidades de Saúde que realizam o registro dos Marcadores de Consumo alimentar de crianças até 10 anos. | 33 | 12 |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| 1. | Monitorar, pela política de alimentação e nutrição, o registro de acompanhamento dos Marcadores do Consumo Alimentar, subsidiando ações de promoção de saúde na rede. | | Ação realizada: | SIM X NÃO PARCIAL |
| | | | Foram registradas 520 fichas dos Marcadores do Consumo Alimentar nesta faixa etária no sistema MV por 12 unidades de saúde. | |
| 2. | Realizar apoio técnico às unidades de saúde, pela política de alimentação e nutrição. | | Ação realizada: | SIM NÃO PARCIAL X |
| | | | Foi realizada uma visita técnica, e 4 reuniões com novos residentes e professores que atuam na APS, onde foi reforçado o uso dos Marcadores de Consumo Alimentar nos atendimentos dos profissionais com ênfase nesta faixa etária. | |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|------------|------------|------------|----------------|----------------|--|
| | | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | |
| | 3. | Desenvolver ações nos territórios junto ao PSE. | Neste quadrimestre não foi realizada nenhuma ação em conjunto ao PSE com aplicação dos marcadores de consumo alimentar. | | | | | | | |
| 2 | Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos usuários beneficiários do Programa Auxílio Brasil (PAB) | | Percentual de Cobertura de acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Auxílio Brasil (PAB). (INDICADOR-15/RS 2024-2027) | | 67,50% | | 33,03% | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | |
| | 1. | Acompanhar as condicionalidades da saúde do PAB, pelas unidades de saúde. | | Na primeira vigência (janeiro - junho) foram acompanhados até final de abril 9.634 (33,03%) do total de 29.167 a serem acompanhados. O acompanhamento ocorreu através de consultas, ações específicas ou mutirões realizados pelas unidades. | | | | | | |
| | 2. | Fortalecer a inserção de dados de antropometria no sistema MV, pelas Unidades Básicas de Saúde, com a finalidade de que os dados sejam validados para o acompanhamento das condicionalidades do programa. | | Ação realizada: SIM X NÃO PARCIAL | | | | | | |
| | | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | |
| 3. | Divulgar na mídia o chamamento dos beneficiários do programa para o acompanhamento das condicionalidades. | | As unidades de saúde divulgaram as datas das ações através das suas redes sociais, além disso criou-se uma planilha compartilhada com o setor responsável pelo Cadastro Único onde os profissionais também orientam o acompanhamento dos beneficiários em suas unidades de saúde de referência. | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|---|--|--|---|------|--|--------|--|
| 3 | Avaliar o estado nutricional (peso e altura) das crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I das escolas participantes do PSE. | | Percentual de cobertura de acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de 10 anos matriculados em escolas participantes do PSE. | | 100% | | 3,20% | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Realizar o acompanhamento, pelas equipes em parceria com as escolas com adesão ao PSE, do peso e altura das crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I. | | Ação realizada: SIM NÃO PARCIAL Foram avaliadas 481 crianças menores de 10 anos do total de 15.000 crianças a serem avaliadas segundo o Censo Escolar de 2024 (INEP). Foram avaliadas crianças de 12 escolas das 95 que têm adesão ao PSE. | | | | |
| 2. | Realizar apoio para as equipes da APS, pela política de alimentação e nutrição, na avaliação do estado nutricional nas escolas, mediante solicitação das equipes. | | Ação realizada: SIM NÃO ^x PARCIAL Neste quadrimestre não foi realizado nenhum apoio para avaliação antropométrica pois não houve solicitação pelas unidades. | | | | | |
| 4 | Reduzir o percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS | | Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS. (INDICADOR-14/RS 2024-2027) | | 76% | | 80,47% | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Realizar a classificação do estado nutricional da população adulta por meio de IMC. | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL A prevalência de excesso de peso foi avaliada através do IMC classificado como sobrepeso, obesidade grau I, II e III. | | | | |
| | 2. | Qualificar o registro de dados antropométricos pelas unidades de saúde. | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL Foi realizada uma visita técnica, e 4 reuniões com novos residentes e professores que atuam na APS, onde foi reforçado a inserção no local correto dos dados de antropometria, nos atendimentos dos profissionais. | | | | |
| 3. | Estimular a realização de atividades coletivas com temáticas de alimentação | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|------------------------|------------|----------------|------------|--|----------------|----------|
| | saudável e práticas corporais pelas unidades de saúde. | Conforme relatório do SISAB foram realizadas atividades coletivas com usuários sobre alimentação saudável e práticas corporais em 12 equipes neste quadrimestre. | | | | | | | |
| 4. | Monitorar a prevalência de excesso de peso na população adulta por meio de relatório gerado no SISVAN. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td>x</td> </tr> </table> <p>Realizado monitoramento dos dados pela Política de Alimentação e Nutrição. Nos meses de Janeiro a Março, validaram no SISVAN os dados de 2.493 usuários adultos e destes encontravam-se 2.006 com excesso de peso (80,47%). Os dados de Abril ainda não estão disponíveis no SISVAN.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | x |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | x | | | |

Objetivo 12: Promover a ampliação e resolutividade das ações e serviços em saúde do homem de maneira equitativa, igualitária e integral.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | |
|------------------------|--|--|---|--|----------------|----------|------------|----------|----------------|--|
| 1 | Aumentar o percentual de consultas de pré-natal do pai/parceiro em relação ao ano anterior. | Percentual de consultas de pré-natal do parceiro de gestante | 50% | 11,29% | | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| 1. | Estimular a captação dos parceiros das gestantes para a consulta de pré-natal do parceiro, por meio de agendamento de consulta em horários alternativos/turno estendido. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>No quadrimestre foram realizadas 3 consultas de pré-natal do parceiro em turnos estendidos.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 2. | Incentivar a realização de grupos de gestantes que incluam os parceiros, pelas equipes, nas unidades de saúde/comunidade. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>É aberto aos pais e parceiros a participação, porém a adesão é baixa.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 3. | Estimular os profissionais a incentivar a presença do pai/parceiro nas consultas de pré-natal. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Foram realizadas 103 consultas de pré-natal do parceiro no quadrimestre.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 4. | Capacitar os profissionais sobre a consulta de pré-natal do pai/parceiro. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Ação não realizada no quadrimestre.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|-------------------------------------|----------------------------|----------|------------|----------|----------------|--|
| | 5. | Divulgar material informativo sobre pré-natal do pai/parceiro. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | | | | Ação não realizada no quadrimestre. | | | | | | |
| 2 | Aumentar o percentual de homens com diagnóstico de sífilis com tratamento completo. | | Percentual de casos de sífilis em homens tratados em relação ao número de casos notificados. | 30% | Cálculo não apurado | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Estimular a busca ativa nas unidades que realizaram o diagnóstico. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | Busca ativa realizada em parceria com a política de HIV e unidades de saúde. | | | | | | | | | |
| | 2. | Iniciar o tratamento da sífilis no momento do diagnóstico conforme protocolo municipal. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Iniciado o tratamento em 100% dos casos, ou solicitado VDRL. | | | | | | | | | | |
| 3 | Ampliar a cobertura vacinal da população masculina acima de 18 anos de hepatite B e dT. | | Número de ações desenvolvidas/ano | 10 | 00 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Estimular o acesso da população nas unidades em horários alternativos/turno estendido. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | Em todos turnos estendidos estão sendo ofertadas também vacinas de rotina em unidades com sala de vacina e profissionais. | | | | | | | | | |
| | 2. | Realizar campanhas de vacinação em locais estratégicos para a população em questão. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| Ação não realizada no quadrimestre. | | | | | | | | | | |
| 4 | Desenvolver ações de educação em saúde voltadas para usuários com vistas a qualificar a promoção e prevenção em saúde. | | Número de ações desenvolvidas/ano | 10 | 00 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Desenvolver ações para a população masculina em locais estratégicos (exemplo: empresas de construção civil, coleta de recicláveis, taxistas...) | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | Ação não realizada no quadrimestre pela política. | | | | | | | | | |
| | 2. | Estimular as ações de educação em saúde pelas equipes sobre a cultura de paz e prevenção de violência. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| Ação não realizada no quadrimestre pela política. | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|---|--|---|-----------------|--------------------------------|-----|--------|-----|---------|
| 5 | Ampliar acesso à população chave (homens entre 18 a 59 anos) | | Porcentagens de homens na faixa etária que realizaram consultas. | | 50% | | 14,29% | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Estimular acesso a consultas agendadas em horários alternativos/turno estendido. | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | No quadrimestre foram realizadas 58 consultas da população chave nos turnos estendidos. | | | | | | |
| | 2. | Fortalecer o acesso por meio do acolhimento para a população chave considerando suas singularidades e diversidades, de forma que os mesmos se sintam integrados no SUS; passando a considerar os serviços de saúde também como espaços masculinos. | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Total de 16.764 consultas de homens da população chave na APS no quadrimestre. | | | | | | | |
| 3. | Desenvolver ações educativas voltadas para o planejamento familiar, promoção de sexualidade responsável, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, além das ações de assistência às disfunções sexuais e reprodutivas. | | Ação realizada: | | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| | | Nenhuma ação desenvolvida no quadrimestre pela política. | | | | | | | |

Objetivo 13: Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS garantindo a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | |
|----|--|---|--|--|-----|---|-----|---------|
| 1 | Identificar precocemente deficiências na fase neonatal. | | 100% | 100% | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Rastreamento de RN's que apresentem alteração nos testes de triagem neonatal (teste do pezinho pela RCPD e demais testes pelos serviços que executam) | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | No quadrimestre foram realizados 887 testes do pezinho realizados. | | | | | |
| 2. | Monitorar, pela Rede de cuidado às pessoas com deficiência, as crianças que apresentaram alteração nos testes de triagem neonatal. | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | O monitoramento está sendo realizado pela política de saúde da | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-------------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | criança. | | | | | | | | | | |
| | 3. | Fortalecer vínculo das crianças com deficiência com as unidades de referência. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Mantido o apoio às unidades de fluxos de encaminhamento e protocolos.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | Mantido o apoio às unidades de fluxos de encaminhamento e protocolos. | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | |
| Mantido o apoio às unidades de fluxos de encaminhamento e protocolos. | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Desenvolver ações de educação permanente voltadas para trabalhadores com vistas a qualificar o cuidado à pessoa com deficiência. | | <table border="1"> <tr> <td>Número de ações desenvolvidas/ano</td> <td>10</td> <td>01</td> </tr> </table> | Número de ações desenvolvidas/ano | 10 | 01 | | | | | | | |
| | Número de ações desenvolvidas/ano | 10 | 01 | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | |
| | 1. | Participar de reuniões de rede, equipe e grupos de trabalho. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Mantida participação no GT da APS e capacitação aos novos profissionais.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | Mantida participação no GT da APS e capacitação aos novos profissionais. | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | |
| Mantida participação no GT da APS e capacitação aos novos profissionais. | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Realizar apoio às equipes de saúde por meio de visita técnica pelo responsável pela política. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não foram realizadas visitas técnicas no quadrimestre. Capacitação sobre escala para rastreio de TEA para rede em parceria com TEAcolhe.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | Não foram realizadas visitas técnicas no quadrimestre. Capacitação sobre escala para rastreio de TEA para rede em parceria com TEAcolhe. | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | |
| Não foram realizadas visitas técnicas no quadrimestre. Capacitação sobre escala para rastreio de TEA para rede em parceria com TEAcolhe. | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Publicizar o fluxo de encaminhamento e serviços da rede de cuidados à pessoa com deficiência. | | <table border="1"> <tr> <td>Número de ações desenvolvidas/ano</td> <td>10</td> <td>01</td> </tr> </table> | Número de ações desenvolvidas/ano | 10 | 01 | | | | | | | |
| | Número de ações desenvolvidas/ano | 10 | 01 | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | |
| | 1. | Prestar apoio às equipes para orientação correta dos usuários. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Diariamente via telefone, email e whatsapp.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | Diariamente via telefone, email e whatsapp. | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | |
| Diariamente via telefone, email e whatsapp. | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Realizar capacitação na modalidade online para divulgação dos serviços da rede. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Capacitação online disponível no curso introdutório pelo Nepes.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | Capacitação online disponível no curso introdutório pelo Nepes. | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | |
| Capacitação online disponível no curso introdutório pelo Nepes. | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Priorizar que as pessoas acamadas e com deficiência que necessitam de materiais do almoxarifado recebam em quantidade adequada para a manutenção de saúde. | | <table border="1"> <tr> <td>Percentual de pessoas acamadas em monitoramento.</td> <td>100% (pacientes cadastrados e em monitoramento para receberem insumos)</td> <td>100%</td> </tr> </table> | Percentual de pessoas acamadas em monitoramento. | 100% (pacientes cadastrados e em monitoramento para receberem insumos) | 100% | | | | | | | |
| | Percentual de pessoas acamadas em monitoramento. | 100% (pacientes cadastrados e em monitoramento para receberem insumos) | 100% | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | |
| 1. | Implantar instrumento de dispensação e controle de estoque das unidades para | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>2.</p> <p>Monitorar o quantitativo de pessoas acamadas e com deficiência que recebem insumos da unidade pelas equipes de saúde.</p> | <p>Formulário padronizado para a rede de pedido do almoxarifado e acamados em uso pelas equipes.</p> <p>Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/></p> <p>Reavaliação dos usuários acamados que retiram insumos nas unidades é realizada trimestralmente pelas equipes, que solicitam apoio quando necessário sobre os quantitativos recebidos.</p> |
|--|--|--|

5.2. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 02: AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

5.2.1. Objetivo: Qualificar a regulação municipal e articular junto a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde para garantir o acesso da população à Atenção Ambulatorial Especializada.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|----|-------|----|---|-----------------------------|----|---|-------------------------------|----|---|-------------------------------|----|---|-------------------------------|----|
| 1 | Ter o Controle, Regulação e Avaliação organizado e em funcionamento, com recursos físicos, operacionais e humanos capazes de possibilitar a execução das ações inerentes ao controle, regulação e avaliação previstas na PT SAS nº 423/2002. | Número de Serviço implementado e mantido ao ano com organização e funcionamento do componente de Controle, Regulação e Avaliação. | 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ampliar o número de profissionais necessários para operacionalizar o Controle, Regulação e Avaliação. | | | Ação realizada: SIM x NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Neste quadrimestre houve redução do número de profissionais, em comparação ao quadrimestre anterior. 01 Enfermeira foi transferida para a Vigilância em Saúde e 01 Enfermeira gerou vacância. Para fins de acompanhamento, segue abaixo a relação dos profissionais com lotação no setor de regulação, no primeiro quadrimestre de 2025: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="1272 979 1368 1046">Nº</th> <th data-bbox="1368 979 1944 1046">Cargo</th> <th data-bbox="1944 979 2063 1046">CH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1272 1046 1368 1118">1</td> <td data-bbox="1368 1046 1944 1118">Auxiliar de Serviços Gerais</td> <td data-bbox="1944 1046 2063 1118">40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1272 1118 1368 1190">1</td> <td data-bbox="1368 1118 1944 1190">Auxiliar de Serviços Gerais I</td> <td data-bbox="1944 1118 2063 1190">20</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1272 1190 1368 1262">1</td> <td data-bbox="1368 1190 1944 1262">Auxiliar de Serviços Gerais I</td> <td data-bbox="1944 1190 2063 1262">30</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1272 1262 1368 1321">1</td> <td data-bbox="1368 1262 1944 1321">Auxiliar de Serviços Gerais I</td> <td data-bbox="1944 1262 2063 1321">40</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Nº | Cargo | CH | 1 | Auxiliar de Serviços Gerais | 40 | 1 | Auxiliar de Serviços Gerais I | 20 | 1 | Auxiliar de Serviços Gerais I | 30 | 1 | Auxiliar de Serviços Gerais I | 40 |
| Nº | Cargo | CH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Auxiliar de Serviços Gerais | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Auxiliar de Serviços Gerais I | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Auxiliar de Serviços Gerais I | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Auxiliar de Serviços Gerais I | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| | | | | | | | | | | 1 | Auxiliar de Serviços Gerais II | 40 | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | Auxiliar em Assistência | 20 | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | Agente Administrativo | 40 | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | Agente Administrativo | 20 | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | Cargo de Confiança (CC) | 40 | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | Enfermeira | 40 | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | Médica Reguladora | 40 | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | Médico Regulador | 04 | | | | |
| | | | | | | | | | | 2 | Bolsistas Estagiários | 30 | | | | |
| | | | | | | | | | | Observações: 01 Agente Administrativo em Licença Maternidade e 01 Auxiliar de Serviços Gerais I em Licença Prêmio. Segue 01 (um) profissional Cargo de Confiança (CC) com afastamento por laudo médico desde setembro/23. | | | | | | |
| 2. | Instituir instrumentos que contemplem a definição das atribuições, as normas de funcionamento, delegação de competência para o componente de Controle, Regulação e Avaliação. | | | | | | | | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | | Instituído Manual de Normas e Rotinas, assim como Planilha contendo a delegação de competências para equipe técnica. | | | | | | |
| 3. | Ter médico regulador com carga horária fixa durante o horário de funcionamento do setor de regulação. | | | | | | | | | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | | Manteve-se a presença de Médico Regulador durante o horário de funcionamento do serviço, por meio de horas extras. | | | | | | |
| 4. | Ter médico auditor para identificar inconformidades a fim de otimizar os recursos municipais do Sistema Único de Saúde (SUS). | | | | | | | | | Ação realizada: | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | | Realizada a solicitação de Médico Auditor, não efetivada até o momento. | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|--------------------------------|----------------|------------------------|------------------------|------------|------------|------------|----------------|
| 2 | Acompanhar, avaliar e participar nas atualizações da PPI (Pactuação Programada Integrada) representando o município. | | Número de reuniões com participação nos processos de acompanhamento e atualização da PPI, com pautas referentes às necessidades do município. | | 02 | 03 | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Participar da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos dos Hospitais do município. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>A SMS participa assiduamente das reuniões das Comissões de Avaliação dos Contratos (CAC) dos três Hospitais do município (Hospital Casa de Saúde, Hospital Regional de Santa Maria e Hospital Universitário de Santa Maria).</p> | | | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | |
| 2. | Avaliar a taxa de absenteísmo na assistência ofertada. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Conforme relatório extraído do sistema SIGSS MV, considerando as consultas especializadas nos seguintes serviços do município: Policlínica Central, Policlínica de Saúde Mental, Policlínica José Erasmo Crossetti, SAE/CTA Casa Treze de Maio, Centro Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário e CEREST, no quadrimestre, obteve-se os seguintes dados: Total de agendamentos: 13.813 Total de consultas realizadas: 11.632 Total de faltantes: 1.711 A taxa de absenteísmo, no resultado geral foi de 12,38%. O serviço que apresentou a maior taxa de absenteísmo foi o Centro Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário, com uma taxa de absenteísmo de 24,61%, seguido da Policlínica de Saúde Mental (23,55%), Policlínica Crossetti (18,82%), Casa Treze de Maio (15,96%), Policlínica Central (14,82%) e CEREST (2,22%). Além de reorientação junto aos servidores sobre a necessidade de contatar os usuários a fim de confirmação da consulta em data mais próxima, foi elaborado um card orientativo e publicado nas redes sociais, para conscientização sobre o absenteísmo.</p> | | | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|---|------------|----------|------------|--|----------------|--|
| | 3. | Avaliar e monitorar as referências da atenção especializada pactuadas no Estado do RS para o município. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | | As avaliações e monitoramentos ocorrem regularmente por meio das Comissões de Avaliação dos Contratos (CAC) dos Hospitais. | | | | | | |
| 3 | Realizar articulação com os Hospitais do município, a fim de viabilizar capacitações com a Rede de Assistência à Saúde (RAS) acerca das especialidades ofertadas em cada Hospital e suas Diretrizes de Regulação. | | Número de Capacitações realizadas através dos Hospitais do Município com a RAS. | 02 | 02 | | | | | |
| AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Avaliar os relatórios trimestrais emitidos pelos Hospitais do Municípios através das Comissões de Avaliação dos Contratos. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | | A SMS participa da elaboração dos relatórios trimestrais emitidos pelos Hospitais do Município. O Secretário de Município da Saúde leva as avaliações para as Reuniões da Comissão Intergestores Regional e Bipartite (CIR e CIB/RS). | | | | | | |
| | 2. | Divulgar para a RAS as atualizações sobre as referências para a atenção especializada publicadas através SES-RS. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | | As atualizações sobre as referências para a atenção especializada, são disponibilizadas na Página da Prefeitura – Saúde - Atenção Especializada – Regulação - Documentos. Também ocorre o compartilhamento por e-mail e grupos de whats app, além de orientações junto ao Setor de Regulação. | | | | | | |
| 4 | Monitorar a viabilização de meios de transporte necessários para o acesso dos usuários às vagas de especialidades ofertadas em outros municípios, conforme Resolução N° 005/18 - CIB/RS. | | Número de vagas de especialidades perdidas devido inviabilidade de transporte intermunicipal. | 00 | 00 | | | | | |
| AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Avaliar os relatórios obtidos através dos instrumentos de controle de solicitações de viagens. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | | Através de relatório obtidos por meio do sistema SIGSS MV, pode-se verificar o quantitativo de viagens de ida e de retorno, de usuários que acessaram atendimentos em outros municípios do Estado. No total, foram 8.644 viagens de ida, e 8.303 viagens de retorno. Destes, os municípios mais acessados foram Faxinal do Soturno (59%), seguido de Porto Alegre (19%) e Formigueiro (7,5%), em um montante de 42 diferentes municípios. | | | | | | |

| | | Ação realizada: | | | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
|--------------|--|---|---|---|----|-----|----|-----|--|---------|--|
| | 2. | Avaliar os relatórios obtidos através dos instrumentos de controle de impossibilidades de transportes solicitados pelo setor de regulação, contemplando justificativas. | | O instrumento instituído para controle de impossibilidades de transporte, não apresentou registros de negativas de transporte, porém, conforme verificado junto ao setor de regulação, diversos casos foram manejados em conjunto com o setor de transportes e referências, a fim de ajustar os agendamentos para não perder vagas. | | | | | | | |
| 5 | Implementar a apresentação da carteira de serviços disponibilizados pelo município na Policlínica José Erasmo Crossetti, Centro Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE / CTA), na página da Prefeitura. | | Número de atualizações e publicações por serviço no âmbito da atenção especializada disponibilizados na página da Prefeitura, semestralmente. | | 08 | | 08 | | | | |
| AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Apresentar a carteira de serviços disponibilizados na Policlínica José Erasmo Crossetti, na página da Prefeitura. | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL A carteira de serviços disponibilizados na Policlínica José Erasmo Crossetti foi disponibilizada na Página da Prefeitura. | | | | | | | |
| | 2. | Apresentar a carteira de serviços disponibilizados no Centro Diagnostico Nossa Senhora do Rosário, na página da Prefeitura. | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL A carteira de serviços disponibilizados no Centro Diagnostico Nossa Senhora do Rosário foi disponibilizada na Página da Prefeitura. | | | | | | | |
| | 3. | Apresentar a carteira de serviços disponibilizados no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), na página da Prefeitura. | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL A carteira de serviços disponibilizados no Centro de Especialidades Odontológicas foi disponibilizada na Página da Prefeitura. | | | | | | | |
| | 4. | Apresentar a carteira de serviços disponibilizados no Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA), na página da Prefeitura. | | Ação realizada: SIM X NÃO PARCIAL As informações sobre a carteira de serviços disponibilizados no Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) - Casa Treze de Maio, foram publicadas na Página da Prefeitura. | | | | | | | |
| 6 | Viabilizar recursos para realização das atividades e para o cumprimento dos objetivos do Programa de Atendimento Especializado Municipal (PRAEM), no que compete à Secretaria de Município da Saúde. | | Número mínimo de profissionais da secretaria municipal de saúde atuando no PRAEM. | | 3 | | 3 | | | | |
| AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|----------------|----------------|----------|
| 1. | Articular com a Secretaria de Município da Educação (SMED), a fim de assessorar a Coordenação do PRAEM, considerando a Lei nº 5991/2015. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | Mantiveram-se as articulações com a SMED, a fim de acessar a Coordenação do PRAEM. Sempre que solicitadas, são realizadas as orientações e contribuições que competem à SMS. | | | | | | | | | |
| 2. | Verificar os procedimentos necessários para a contratação de profissionais da saúde para o PRAEM, conforme proposta do serviço. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | Mantiveram-se as cedências de 01 Terapeuta Ocupacional e 02 Fonoaudiólogas para atuar no PRAEM. A prestação de serviços de Psicologia segue realizada por meio do consórcio, devido à indisponibilidade de servidores do quadro. | | | | | | | | | |
| 7 | Implantar um Centro de Referência Municipal para atendimento ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), em parceria com Secretaria de Município da Educação (SMED). | Implantação de um Centro de Referência Municipal para TEA. | | 01 | | | | 00 | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Contribuir com a elaboração do Projeto de implantação do Centro de Referência Municipal para atendimento ao TEA, em parceria com a SMED. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | O Projeto de implantação do Centro de Referência Municipal para atendimento ao TEA, foi elaborado em conjunto com a SMED e entregue para a Prefeitura. | | | | | | | | |
| 2. | Realizar a apresentação do Projeto de implantação do Centro de Referência Municipal para atendimento ao TEA para apreciação e aprovação do CMS. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | Foi realizada a apresentação do Projeto de implantação do Centro de Referência Municipal para atendimento ao TEA para o CMS, com documento de aprovação entregue para a Prefeitura. Demais ações para providenciar estrutura física e avançar na implantação deste servido, ultrapassam o âmbito da Secretaria de Município da Saúde. | | | | | | | | | |
| 8 | Reduzir o abandono ao tratamento de pacientes com diagnóstico de HIV/Aids e Hepatites Virais na atenção especializada. | Percentual de usuários em acompanhamento na casa treze com abandono do tratamento. | | 5% | | | | 12% | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Qualificar o atendimento e acolhimento nas unidades piloto da Linha do Cuidado a PVHIV e outras ISTs por meio de visitas de matriciamento. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | x |
| Não foram realizadas visitas presenciais de matriciamento, porém foram auxiliadas 08 unidades da APS com orientações referente a conduta com diagnóstico precoce e adesão ao tratamento. | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|--|---|--|------------|------------|------------|----------------|----------------|--|
| | 2. | Traçar o perfil dos usuários em tratamento e acompanhamento de HIV e Hepatites Virais na SAE/CTA Casa Treze de Maio. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | No perfil dos pacientes em acompanhamento para HIV e hepatites no SAE/CTA, no segundo quadrimestre, temos: gênero masculino (60%), com orientação sexual hetero (60%), autodeclaração branca (70%), escolaridade ignorada (37,5%), com local de maior incidência no bairro Centro. | | | | | | |
| | 3. | Realizar busca ativa dos usuários novos da SAE/CTA Casa Treze de Maio, com baixa adesão ao tratamento e com histórico de absenteísmo às consultas. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Foram realizadas 700 buscas ativas de usuários com baixa adesão, por meio de contato telefônico individualmente. Contando-se com a Unidade Básica de Saúde responsável para dar apoio na investigação e acompanhamento no caso. Em casos de gestantes ou crianças que nasceram expostas e existe negligência, é acionado o conselho tutelar. | | | | | | |
| | 4. | Desenvolver ações de prevenção (testagem rápida) e orientações sobre IST 's em SIPATS das empresas, bem como dispensação de insumos (preservativos, gel lubrificante e folders). | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Em Março, participaram residentes da Casa Treze nas três noites da Calourada na Gare para conscientização e distribuição de preservativos internos e externos, gel lubrificante, autotestes do HIV, além de uma ação na Semana da Calourada para prevenção combinada no Campus da UFSM, em conjunto com a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), sendo realizados 228 testes rápidos e um encaminhamento para tratamento do HIV. Participaram da ação de saúde em 14 bares e casas noturnas no Carnaval, para distribuição de insumos e autotestes HIV. | | | | | | |
| 5. | Realizar encontros trimestrais para discutir a situação atual do município e planejar novas ações de cuidado para pessoas vivendo com HIV em conjunto com a Atenção Básica, Instituições de ensino superior e Políticas Municipais de Saúde. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | Participação em 01 capacitação em Porto Alegre para Qualificação a testagem rápida, em Março, com a Coordenação Estadual e o Ministério da Saúde; 01 reunião em janeiro, com a Coordenação Estadual, sobre a implantação do CRAIP (Centro Regional de Atendimento Integral e Prevenção das ISTs/HIV/aids e Coinfecções-CRAIP. | | | | | | | |
| 6. | Colaborar nas atividades e encontros do Fórum Municipal de Ações em Resposta ao HIV-Santa Maria/RS. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | Participação de residentes da Casa Treze de Maio (psicologia e nutrição) nas atividades do Centro de Apoio e Direitos, nas oficinas de costura e panificação, nas terças e quintas, respectivamente, no turno da | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|------------------------|------------|------------|----------------|----------------|
| | | | | tarde, e nas rodas de conversas entre usuários nas quartas-feiras pela tarde. Realizado cerca de 12 oficinas de costura, 11 de panificação e 07 rodas de conversa. Além da dispensa de gêneros alimentícios para aqueles em insegurança alimentar e baixa adesão ao tratamento. | | | | | |
| 9 | Aumentar o rastreamento para o HIV, Hepatite B e C realizados no SAE/CTA. | | Número de testes rápidos realizados ao ano. | 3.000 | 2.920 no quadri | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Realizar, no mínimo, 500 testes rápidos por mês para HIV, Hepatite C e Hepatite B no SAE/CTA. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Realizado no mês em média 730 testes. Realizado 906 testes para Hepatite C, 918 para hepatite B e 1096 para HIV. | | | | | | | | | |
| 10 | Realizar ações de monitoramento em pelo menos 50% dos usuários que vivem com HIV. | | Percentual de usuários em monitoramento no SAE/CTA. | 48% | 55,59% | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Acompanhar os usuários com baixa adesão ao tratamento, bem como aqueles com CD4 inferior a 350 e carga viral detectável no SAE/CTA. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| Foram monitorados no SAE/CTA 850 prontuários de pacientes que vivem com HIV que acessaram em busca de atendimento, seja para consultas, exames ou retirada de TARV. Estão em acompanhamento 1.529 pacientes com HIV, desses, 1.240 estão indetectáveis, após 6 meses de tratamento, conforme relatório do SIMC e 184 em abandono de tratamento. Foram realizadas 720 coletas de carga viral para o HIV, 162 para CD4/CD8, 05 genotipagem para o HIV, 36 coletas para carga viral da hepatite C e 26 para hepatite B. | | | | | | | | | |
| 2. | Promover ações que possibilitem o aumento da adesão ao tratamento. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| O Centro de Apoio e Direitos a PVHIV tem como um de seus objetivos o aumento da adesão ao tratamento com a TARV, uma vez que atende os usuários de forma integral, trabalhando no eixo da empregabilidade e segurança alimentar. O número de pacientes atendidos no local ultrapassa 115 pacientes. | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|---|--|--|
| 11 | Monitorar o quantitativo de PEP, PREP, Testagem para HIV, Hepatites B e C, e Prova Tuberculínica realizados no SAE/CTA. | | Número de procedimentos monitorados realizados no SAE/CTA. | 06 | 06 |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Realizar cursos de capacitação dos profissionais da rede de atenção à saúde para prescrição da Profilaxia Pré e Pós- Exposição ao HIV. | | Ação realizada: SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| 2. | Oferecer a aplicação da prova tuberculínica em usuários que vivem com HIV em acompanhamento no SAE/CTA. | | Ação realizada: SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> PARCIAL |
| | | | | Mediante o Memorando nº 39/2022 de 12 setembro de 2022, autorizado pelo gestor municipal de saúde, enfermeiros e médicos da AS podem prescrever as profilaxias, assim, o matriciamento de dúvidas é realizado pelo SAE/CTA e pela Política HIV. | |
| | | | | Foram realizadas 00 provas tuberculínicas. Entretanto, foram feitos 32 testes LF- LAM. | |
| 12 | Manter cinco especialidades odontológicas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e monitorar controle da produção. | | Número de especialidades mantidas no CEO com monitoramento do controle da produção. | 05 | 05 |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Manter a carga horária mínima dos dentistas de cada especialidade exigida para o CEO. | | Ação realizada: SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| 2. | Monitorar a produção mensal do CEO, conforme a produção mínima exigida para cada especialidade. | | Ação realizada: SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> PARCIAL |
| | | | | Mantidas as cargas horárias mínimas de cada especialidade exigida para o CEO: Cirurgião Dentista Endodontista (40h), Traumatologista Bucomaxilofacial (40h), Pacientes com Necessidades Especiais (42h), Periodontista (40h) e Odontopediatra (14h). | |
| | | | | Os dados de produção são monitorados mensalmente, através dos registros no sistema SIGSS MV e relatório das FAAs (Fichas de Atendimento Ambulatorial) emitidas. | |
| 13 | Atingir a proporção de alta por cura de casos novos de Tuberculose (TB) Pulmonar acima de 85%. | | Percentual de alta por cura de Tuberculose Pulmonar. | 85% | O percentual de alta por cura foi de 22% neste quadrimestre. 28 pacientes obtiveram cura |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| 1. | Diagnosticar casos novos de Tb pulmonar bacilífera, através de exame | | Ação realizada: SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> PARCIAL |

| | | |
|-----|---|--|
| | TRM/TB no laboratório do setor em usuários SR (suspeitos respiratórios) com menos de 60 dias. | Foram feitos 343 TRM, dentro do tempo previsto. Diagnosticados 45 novos casos através deste teste. Porém, também foram realizados os testes LF-LAM, no SAE/CTA, para pacientes com HIV, onde foram identificados 20 casos novos de TB. Desta forma, totalizaram-se 65 novos casos no quadrimestre. |
| 2. | Abertura de prontuário para atendimento de pacientes com diagnóstico de Tb ativa, encaminhando-os para equipe multiprofissional (profissionais servidores e residentes). | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Todos os usuários com diagnóstico de TB ativa, possuem registros atualizados em prontuário, bem como avaliação e acompanhamento por meio da equipe multiprofissional. |
| 3. | Fornecer 100% dos medicamentos tuberculostáticos. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Fornecido 100 % dos medicamentos tuberculostáticos. |
| 4. | Capacitar 80% dos servidores da saúde conforme PNCT (Programa Nacional de Controle da Tuberculose). | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> x Foram capacitados 250 servidores, totalizando 31,64% do quadro. |
| 5. | Investigar 80% dos contatos e comunicantes de casos bacilíferos, e, caso necessário, realizar o ILTB (tratamento tuberculose latente). | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> x Considerando os 65 casos diagnosticados no período, foram investigados 135 contatos e comunicantes, sendo realizada a prova tuberculínica em todos os casos, resultando em 6 casos positivos. Realizado o tratamento para ILTB. |
| 6. | Monitorar locais com maior risco de incidência de tuberculose (presídios, pessoas em situação de rua e outros) com objetivo de definir ações intersetoriais para cada local conforme demanda. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> x Foram constantemente monitoradas as penitenciárias. |
| 7. | Realizar cultura nos casos positivos e os negativos sintomáticos (semeada e se positivo encaminhar ao LACEN para TSA). | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> x Foram realizadas xx culturas. |
| 8. | Mapear mensalmente os casos diagnosticados no município, a fim de identificar regiões mais vulneráveis /com maiores números de bacilíferos positivos. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Foram mapeados 48 casos, sendo o maior índice em casas prisionais, região Oeste e Camobi. Região Oeste com maior vulnerabilidade, muitos casos no bairro Cipriano da Rocha. |
| 9. | Iniciar o processo de descentralização do cuidado para Atenção Básica, considerando as regiões com maiores demandas. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Foram capacitadas para o processo de descentralização 33,33% das unidades básicas neste quadrimestre. |
| 10. | Acompanhar o número de coletas/resultados no Livro Verde para acompanhamento de baciloscopia de controle de pacientes em tratamento. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> As coletas e os resultados são acompanhadas em tempo real no Livro verde. |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|------------|-------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 11. | Encaminhar pacientes multirresistentes para tratamento e acompanhamento no HSP (Hospital Sanatório Partenon) em Porto Alegre, e se necessário internação. | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| | No quadrimestre, foram identificados 02 pacientes multirresistentes, os quais foram encaminhados ao Hospital Sanatório Partenon e encontram-se em acompanhamento. | | | | | | | | |
| | 12. | Realizar parcerias com IES (Instituições de Ensino Superior) e cursos técnicos na conscientização da população em geral para educação em saúde, baseado no PNCT. | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL |
| Foram realizadas ações em parceria da Universidade Franciscana com a Residência Multiprofissional em Infectologia na Praça Saldanha Marinho, na Casa de Passagem Mundo Novo e na ATU onde foram colados 54 cartazes nos ônibus de Santa Maria. | | | | | | | | | |
| 13. | | Elaborar Protocolo para priorizar a realização do diagnóstico por imagem através de exame Raio X, possibilitando início precoce do tratamento para Tb pulmonar. | Ação realizada: | | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL |
| | Protocolo instituído, passando por atualização. Pacientes com casos pulmonar suspeitos de TB são regulados para exame de Raio-X com prioridade. Conforme indicado pelo setor de TB podem acessar o P.A do Patronato a fim de obter o diagnóstico precoce. | | | | | | | | |
| | 14 | Buscar a redução da taxa de abandono do tratamento para Tuberculose (TB) Pulmonar abaixo de 5%. | Percentual de abandono do tratamento para Tuberculose Pulmonar. | 5% | | 9,2% | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| 1. | Monitorar 100% o tratamento diretamente observado (TDO) para casos bacilíferos com risco de abandono, em EAP, ESF, setor de TB e TDO domiciliar. | Ação realizada: | | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Neste quadrimestre, 9 pacientes em TDO sendo monitorados no Presídio Estadual de Santa Maria (PESM) e 01 na ESF São José. | | | | | | | | |
| | 2. | Realizar busca ativa (telefone, atendimento domiciliar) de usuários de difícil adesão ao tratamento e incentivar as Unidades de Saúde na busca de 100% de SR entre os usuários atendidos na Atenção Básica. | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL |
| Foram realizadas 20 visitas domiciliares e 45 buscas ativas por telefone. 18 Unidades de Saúde capacitadas. | | | | | | | | | |
| 3. | | Preenchimento do SINAN, mantendo-o atualizado semanalmente, monitorando 100% das altas por cura, abandono e óbito (casos novos e recidivas). | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIAL |
| | Realizado o preenchimento do SINAN, mantendo-o atualizado semanalmente. 28 altas por cura no quadrimestre, 6 abandonos, 3 óbitos e 2 recidivas. | | | | | | | | |
| | 15 | Manter a proporção de 100% de alta por cura dos casos novos de Hanseníase, conforme Plano Nacional de Controle da Hanseníase. | Percentual de alta por cura da Hanseníase. | 100% | | 00% (5 pacientes permanecem em acompanhamento) | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|------------|--------------------------------|------------|------------|----------------|----------------|----------|
| 1. | Encaminhar os casos suspeitos de hanseníase ao serviço especializado (dermatologia). | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | Dos casos suspeitos, 01 foi descartado por meio da baciloscopia e estesiometria, que resultou negativa. Devido a característica da lesão, foi realizado o encaminhamento para o HUSM para avaliação da Oncologia e Dermatologia. | | | | | | | | |
| | 2. | Realizar as baciloscopias encaminhadas nos casos suspeitos de hanseníase para auxílio na confirmação de diagnóstico. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Foram 6 casos suspeitos no período, sendo realizadas 6 baciloscopias e 6 testes da linfa, para auxílio na confirmação de diagnóstico. Destes, 5 positivaram. | | | | | | | |
| | 3. | Examinar todos os contatos de casos novos de hanseníase. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Foram identificados 5 contactantes, sendo realizados 5 testes rápidos de hanseníase, onde 1 positivou e já realizou a vacina BCG. | | | | | | | |
| | 4. | Ampliar as ações de educação em saúde para equipes, visando a detecção precoce e o tratamento adequado e oportuno dos casos identificados. | Ação realizada: | | SIM | | NÃO | | PARCIAL | x |
| | | | Foram capacitadas 18 equipes de saúde | | | | | | | |
| 5. | Fornecer 100% dos medicamentos para hanseníase em tempo oportuno. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | Foram fornecidos 100% dos medicamentos de hanseníase, sendo a primeira dose mensal supervisionada no setor. | | | | | | | | |
| 6. | Realizar o Teste de Sensibilidade (com Estesiômetro) quando necessário. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | Foram realizados testes de sensibilidade em todos os casos suspeitos. | | | | | | | | |
| 7. | Preenchimento do SINAN/Hanseníase, mantendo-o atualizado. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | O preenchimento do SINAN foi realizado e atualizado semanalmente. | | | | | | | | |
| 8. | Monitorar percentual de abandono do tratamento. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | |
| | | Não houve nenhum abandono de tratamento no período. | | | | | | | | |
| 16 | Instituir e monitorar os processos de trabalho realizados nos Setores de Estomizados, Incontinência Urinária e Fecal e Oxigenoterapia; Órteses/Próteses e Portadores de Lesão. | Número de Processos de Trabalho instituídos e monitorados. | 05 | | 05 | | | | | |
| | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Garantir o acesso ao cadastro e dispensação de materiais aos usuários | Ação realizada: | | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|------------------------|------------|----------------|------------|--|----------------|--|
| | estomizados, incontinência urinária e fecal. | <p>Todos os usuários que acessam o serviço são cadastrados e recebem os materiais necessários. Neste quadrimestre foram dispensados 1.323 itens, aos estomizados. Casos novos cadastrados: 33 (Ileostomia: 13, Colostomizados: 16, Incontinência Urinaria e/ou fecal: 02 e Urostomizados: 2).</p> <p>O Setor de Estomias realiza o cadastro no Sistema GUD, acompanha e dispensa materiais aos usuários mensalmente.</p> | | | | | | | |
| 2. | Disponibilizar atendimento com equipe multiprofissional. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> > Atendimento Enfermagem: 702 consultas e 1,154 procedimentos; > Fisioterapia: 227 procedimentos e 137 consultas; > Assistente Social: 379 procedimentos, 035 procedimentos coletivos e 34 consultas; > Psicóloga: 95 consultas; > Nutricionista: 93 consultas 279 procedimentos; > Técnico de Enfermagem: 545 Procedimentos > Assistente Administrativo: 1.323 | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | |
| 3. | Monitorar o número de casos de estomizados no município. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Segue o que foi supervisionado durante o período:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Acerto dos materiais de estoque no Sistema GUD; > Conferenciar os materiais disponibilizados pela 4a CRS; > Dispensação mensal de materiais para pacientes estomizados; > Avaliação de enfermagem de pacientes novos; > Realizado o pré-cadastro no Sistema GUD; > Conduzir dos pacientes a equipe multiprofissional; > Atendimento ambulatorial/semanal aos pacientes estomizados, aos pacientes portadores de lesões de pele e incontinência urinária e fecal. Com, reavaliação e cuidados da região periestomal e demais cuidados; > Efetuado as reavaliações pelo médico Clínico Geral aos estomizados, conforme demanda; > Busca ativa através de ligações telefônicas de pacientes em abandono; | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | |

| | | |
|----|--|---|
| | | <p>> Participação ativa com a Associação dos Estomizados (encontro mensal), motivando os usuários e fortalecendo quanto ao vínculo dos estomizados junto a Associação;</p> <p>> Realizado reuniões mensais com a Equipe do Setor de Estomias, com registro em Ata.</p> |
| 4. | Orientar e encaminhar a solicitação de reabilitação física, reabilitação intelectual, reabilitação visual e reabilitação auditiva. | <p>Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/></p> <p>Com a implementação do Sistema GERCON, os encaminhamentos foram descentralizados para a Rede de Assistência à Saúde conforme protocolos regulados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS).</p> |
| 5. | Orientar, cadastrar e acompanhar os usuários que fazem uso de oxigenoterapia domiciliar. | <p>Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/></p> <p>No quadrimestre foram 08 solicitações. Esse dado se refere ao número de pacientes cadastrados e acompanhados que fazem uso contínuo ou temporário de Oxigenoterapia domiciliar, somado a disposição dos usuários os aparelhos BIPAP, BILEVEL e CPAP.</p> |
| 6. | Disponibilizar serviço de Fisioterapia Pélvica para usuários com disfunções uroginecológicas, proctológicas e estomizados. | <p>Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/></p> <p>O Setor contempla o atendimento aos usuários com disfunções uroginecológicas, proctológicas e estomizados. Com a finalidade de atender para prevenção, orientação e reabilitação.</p> |
| 7. | Divulgar os serviços prestados para rede de saúde através de visitas e folders. | <p>Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/></p> <p>A publicização foi realizada, através dos meios de comunicação e redes sociais, confecção de folders dispensados junto aos materiais de curativos e aos usuários do Setor.</p> |
| 8. | Disponibilizar tratamento e acompanhamento a pacientes portadores de Lesão nas Policlínicas. | <p>Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/></p> <p>Foram realizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> > 02 Eventos de Capacitação de Curativos Especializados para Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem do Município e convidados externos, totalizando 104 profissionais capacitados diretamente; > Em curso: busca ativa dos pacientes, elaboração de recadastramento e busca ativa dos pacientes portadores de lesão, com a ajuda dos acadêmicos de enfermagem; > Elaboração de e-book simplificado, como informativo da aplicabilidade e interação dos curativos de cobertura (conforme portfólio SMS), direcionados aos enfermeiros da rede, elaborado por acadêmicos de enfermagem; |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">> Interações com outras instituições de saúde, como: HRSM, HUSM e Clínicas de Longa Permanência;> No Município de Santa Maria, planejou-se de forma gradativa a descentralização dos Curativos Especializados, nas quais contamos com 21 tipos de Curativos Especializado em nosso portfólio;> Total de itens dispensados aos pacientes: 4.499 (por unidade e mediante orientação da enfermagem especializada);> Realizado 02 reuniões da Comissão dos Curativos com a finalidade de construção do Protocolo Municipal de Curativos e preparação das capacitações programas junto ao NEPES;<ul style="list-style-type: none">> Planificação e avaliações de novas Tecnologias (Curativos Especializados);> Matriciamento dos usuários;> Encaminhamento a Equipe Multidisciplinar do Setor de Estomias (Assistência Social, Nutricionista, Psicóloga e Fisioterapia);> Interconsultas com médicos: Clínico Geral da UBS, Médico Urologista;> Entregue o Protocolo Municipal de Incontinência Urinária e Fecal, em aguardo da aprovação;> Consultorias via WhatsApp aos colegas enfermeiros sobre Lesões de Pele;> Supervisão de Estágio em Enfermagem (UFN, FISMA e UFSM), 05 estagiários. |
|--|--|--|---|

ANEXOS DIRETRIZ ESTRATÉGICA 02

A planilha demonstra os números de Teste Rápido Molecular (TRM-TB) detectáveis em Santa Maria-RS em 2025. Os casos são distribuídos por localidade onde os pacientes residem. OBS: Números destacados em vermelho representam o total de detectáveis do quadrimestre, já os destacados em verde representam o total anual.

| | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | 1º Quadri | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | 2º Quadri | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO | 3º Quadri | TOTAL ANUAL |
|----------------------------|---------|-----------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|--------|-----------|----------|---------|----------|----------|-----------|-------------|
| AGRO-INDUSTRIAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARROIO DO SÓ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARROIO GRANDE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOCA DO MONTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOI MORTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BONFIM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CAMOBI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CAMPESTRE DO MENINO DEUS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CAROLINA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CATURRITA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CENTRO | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| CERRITO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CHÁCARA DAS FLORES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DIÁCONO JOÃO LUIZ POZZOBON | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| DIVINA PROVIDÊNCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DOM ANTÔNIO REIS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DUQUE DE CAXIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ITARARÉ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUSCELINO KUBITSCHK | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| KM 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| LORENZI | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| MENINO JESUS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOAL | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| NONOAI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOSSA SENHORA DAS DORES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOSSA SENHORA DE FÁTIMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOSSA SENHORA DE LOURDES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOSSA SENHORA MEDIANEIRA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| NOVA SANTA MARTA | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| PAINS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PALMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PASSO DAREIA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PASSO DO VERDE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PATRONATO | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| PÉ DE PLÁTANO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PINHEIRO MACHADO | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| PRESIDENTE JOÃO GOULART | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| RENASCENÇA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SALGADO FILHO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SANTA FLORA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SANTO ANTÃO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SÃO JOÃO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

A planilha demonstra os números de Teste Rápido Molecular (TRM-TB) detectáveis em Santa Maria-RS em 2025. Os casos são distribuídos por localidade onde os pacientes residem. OBS: Números destacados em vermelho representam o total de detectáveis do quadrimestre, já os destacados em verde representam o total anual.

| | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | 1º Quadri | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | 2º Quadri | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO | 3º Quadri | TOTAL ANUAL |
|-----------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------|
| SÃO JOSÉ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SÃO VALENTIM | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SITUAÇÃO DE RUA | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TANCREDO NEVES | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TOMAZETTI | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| UGLIONE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| URLÂNDIA | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| PESM | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| PRSM | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAL G | 11 | 0 | 8 | 14 | 33 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 |

A planilha demonstra as baciloscopias, culturas e amostras encaminhadas pelo HUSM, HCAA, HRSM, HCS, PAM e UPA mensalmente

| | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | 1º Quadri | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | 2º Quadri | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO | 3º Quadri | TOTAL |
|-----------------------------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|----------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------|
| BACILOSCOPIAS | 16 | 0 | 14 | 28 | 58 | 18 | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 76 |
| CULTURAS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HUSM | 60 | 0 | 69 | 77 | 206 | 39 | 0 | 0 | 0 | 39 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 245 |
| HCAA | 39 | 0 | 39 | 39 | 117 | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 131 |
| HRSM | 4 | 0 | 7 | 12 | 23 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 |
| HCS | 0 | 0 | 4 | 5 | 9 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| PAM | 4 | 0 | 6 | 2 | 12 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| UPA | 4 | 0 | 4 | 3 | 11 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| 4º CRS | 263 | 176 | 253 | 425 | 1117 | 183 | 2 | 0 | 0 | 185 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1302 |
| TOTAL DE TRM-TB realizados | 371 | 0 | 354 | 536 | 1261 | 243 | 0 | 0 | 0 | 243 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1504 |

A planilha demonstra os números de amostras encaminhadas pela rota em 2025.

| | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | 1º Quadri | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | 2º Quadri | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO | TOTAL ANUAL |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Alto da Boa Vista | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Arroio do Só | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bela União | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Casa de Maio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Centro Social Urbano | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Dom Antônio Reis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estação dos Ventos | 2 | 5 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Felício Bastos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Floriano Rocha | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Itararé | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Joy Betts | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kennedy | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Nova Santa Marta | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Oneyde de Carvalho | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Pains | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Parque Pinheiro Machado | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Passo das Tropas | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Policlínica Nossa Senhora do Rosário | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Roberto Binato | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Ruben Noal | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Santo Antônio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| São Francisco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| São João | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| São José | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Vila Lídia | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Vila Maringá | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Vila Santos | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Vila Uriândia | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Vitor Hoffman | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Waldir Mozzaquatro | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Walter Aita | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Wilson Paulo Noal | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| TOTAL G | 19 | 7 | 10 | 12 | 48 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 63 |

5.3. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 03: FORTALECIMENTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.3.1. Objetivo: Garantir e efetivar o acesso à Rede de Urgência e Emergência

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|-----------------|---|---|--|---------|----------|----------|---------|---------|---------------|-------|-------|--------|--------|---------|-------|-------|--------|--------|-----|-----|-----|--------|--------|-----------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--|---|--|--------------|--|--|----------|----------|--|--|---------------|---------------|---------------|--------------|--|
| 1 | Diminuir o número de atendimentos com classificação de risco Azul e Verde nos serviços de urgência e emergência: Pronto Atendimento Municipal (PAM), Policlínica (PA) Ruben Noal e UPA 24h. | Percentual de redução de atendimentos com classificação de risco azul e verde nos serviços de urgência e emergência do município. | 30% | 6.28% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ação realizada:</th> <th>SIM</th> <th>X</th> <th>NÃO</th> <th>PARCIAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Estabelecimento</th> <th colspan="2">Nº de atendimentos com classificação AZUL</th> <th colspan="2">Nº de atendimentos com classificação VERDE</th> </tr> <tr> <th>1 Q 2024</th> <th>1 Q 2025</th> <th>1Q 2024</th> <th>1Q 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PA Ruben Noal</td> <td>2.091</td> <td>2.095</td> <td>13.046</td> <td>12.024</td> </tr> <tr> <td>UPA 24h</td> <td>1.552</td> <td>3.590</td> <td>28.396</td> <td>25.146</td> </tr> <tr> <td>PAM</td> <td>214</td> <td>137</td> <td>27.047</td> <td>24.811</td> </tr> <tr> <td>Nº total</td> <td>3.857</td> <td>5.822</td> <td>68.489</td> <td>61.981</td> </tr> <tr> <td></td> <th colspan="2">Nº de atendimentos com classificação AZUL e VERDE</th> <th colspan="2">% de Redução</th> </tr> <tr> <td></td> <th>1 Q 2024</th> <th>1 Q 2025</th> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL:</td> <td>72.346</td> <td>67.803</td> <td>6,28%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | Estabelecimento | Nº de atendimentos com classificação AZUL | | Nº de atendimentos com classificação VERDE | | 1 Q 2024 | 1 Q 2025 | 1Q 2024 | 1Q 2025 | PA Ruben Noal | 2.091 | 2.095 | 13.046 | 12.024 | UPA 24h | 1.552 | 3.590 | 28.396 | 25.146 | PAM | 214 | 137 | 27.047 | 24.811 | Nº total | 3.857 | 5.822 | 68.489 | 61.981 | | Nº de atendimentos com classificação AZUL e VERDE | | % de Redução | | | 1 Q 2024 | 1 Q 2025 | | | TOTAL: | 72.346 | 67.803 | 6,28% | |
| Estabelecimento | Nº de atendimentos com classificação AZUL | | Nº de atendimentos com classificação VERDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 Q 2024 | 1 Q 2025 | 1Q 2024 | 1Q 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA Ruben Noal | 2.091 | 2.095 | 13.046 | 12.024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UPA 24h | 1.552 | 3.590 | 28.396 | 25.146 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAM | 214 | 137 | 27.047 | 24.811 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº total | 3.857 | 5.822 | 68.489 | 61.981 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de atendimentos com classificação AZUL e VERDE | | % de Redução | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 Q 2024 | 1 Q 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL: | 72.346 | 67.803 | 6,28% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Realizar o controle e monitoramento dos atendimentos com classificação verde e azul nos serviços de urgência e emergência no âmbito da secretaria de município da saúde (SMS). | | <p>Observando a tabela acima percebe-se que ocorreu redução de atendimentos com classificação de risco azul e verde nos serviços de urgência e emergência do município, diminuição de 6.28% com relação ao 1º quadrimestre do ano anterior (2024).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 2. | Informar mensalmente a superintendência de Atenção Básica sobre o relatório de atendimentos a causas sensíveis a atenção primária, emitido através do sistema SIGSS - MV. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|------------|----------|------------|----------------|------------|--------------------|---|----------------|-------|-------|-------------------------|-----|------|------------------|-----|------|--------|-----|------|--------|-----|------|
| | | Informado a Superintendência de Atenção Básica sobre o relatório mensal dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência por causas sensíveis à atenção primária, conforme dados extraídos do sistema SIGSS MV. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Avaliar o perfil dos pacientes classificados como azul e verde. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Conforme relatório de consultas, sintético por localidade, extraído do SIGSS MV, no período de janeiro a abril de 2025, segue abaixo a relação das cinco localidades que mais acessaram o PAM e PA Ruben Noal, com classificações de risco azuis (normal) e verdes (pouco urgente): Azul (classificação normal) Total geral de atendimentos: 5.704 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Localidade</th> <th>Nº de atendimentos</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tancredo Neves</td> <td>853</td> <td>14,95</td> </tr> <tr> <td>Parque Pinheiro Machado</td> <td>406</td> <td>7,12</td> </tr> <tr> <td>Nova Santa Marta</td> <td>263</td> <td>4,61</td> </tr> <tr> <td>Camobi</td> <td>250</td> <td>4,38</td> </tr> <tr> <td>Centro</td> <td>235</td> <td>4,12</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Localidade | Nº de atendimentos | % | Tancredo Neves | 853 | 14,95 | Parque Pinheiro Machado | 406 | 7,12 | Nova Santa Marta | 263 | 4,61 | Camobi | 250 | 4,38 | Centro | 235 | 4,12 |
| Localidade | Nº de atendimentos | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tancredo Neves | 853 | 14,95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parque Pinheiro Machado | 406 | 7,12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nova Santa Marta | 263 | 4,61 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Camobi | 250 | 4,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro | 235 | 4,12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Verde (classificação pouco urgente) Total geral de atendimentos: 36.782 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Localidade</th> <th>Nº de atendimentos</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tancredo Neves</td> <td>3.546</td> <td>9,64</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Localidade | Nº de atendimentos | % | Tancredo Neves | 3.546 | 9,64 | | | | | | | | | | | | |
| Localidade | Nº de atendimentos | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tancredo Neves | 3.546 | 9,64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|--|---|------------------------|----------------|------------|-------------------------|----------------|----------------|----------|-------|-------|-------------------|-------|------|
| | | | <table border="1"> <tr> <td>Nova Santa Marta</td> <td>2.450</td> <td>6,66</td> </tr> <tr> <td>Parque Pinheiro Machado</td> <td>2.281</td> <td>6,20</td> </tr> <tr> <td>Urlândia</td> <td>1.643</td> <td>4, 47</td> </tr> <tr> <td>Alto da Boa Vista</td> <td>1.547</td> <td>4,21</td> </tr> </table> <p>Os relatórios são encaminhados para a Atenção Primária à Saúde, para fins de identificar os locais estratégicos para realização de turnos estendidos.</p> | Nova Santa Marta | 2.450 | 6,66 | Parque Pinheiro Machado | 2.281 | 6,20 | Urlândia | 1.643 | 4, 47 | Alto da Boa Vista | 1.547 | 4,21 |
| Nova Santa Marta | 2.450 | 6,66 | | | | | | | | | | | | | |
| Parque Pinheiro Machado | 2.281 | 6,20 | | | | | | | | | | | | | |
| Urlândia | 1.643 | 4, 47 | | | | | | | | | | | | | |
| Alto da Boa Vista | 1.547 | 4,21 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Viabilizar o acesso a laudos de diagnósticos por imagem em um prazo de até 24 horas nos serviços de urgência e emergência. | Tempo máximo para recebimento de laudos de exames Diagnósticos por Imagem nos serviços de urgência e emergência. | <table border="1"> <tr> <td>24 Horas</td> <td>24h</td> </tr> </table> | 24 Horas | 24h | | | | | | | | | | |
| | 24 Horas | 24h | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Manter a disponibilização dos exames diagnósticos por imagem nos serviços de urgência e emergência sob gestão municipal. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Os exames diagnósticos por imagem necessários para os serviços de Urgência e Emergência sob gestão municipal, são mantidos e disponibilizados em tempo oportuno, nas 24h do dia.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | |
| 2. | Manter articulação com a 4ªCRS, pactuações para oferta de exames diagnósticos por imagem em caráter de urgência e emergência, solicitados através dos serviços de urgência e emergência no município. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Conforme disposto no Programa Arquitetônico Mínimo para Pronto Atendimento UPA 24h, do Ministério da Saúde (Instalações Físicas/Equipamentos/Padrão Visual), os exames diagnósticos por imagem que devem ser fornecidos nos serviços de urgência e emergência são disponibilizados pelo município. Tratam-se de exames de Raio X e Eletrocardiogramas. Considerando solicitações dos plantonistas e articulação com a 4ª CRS, a fim de não sobrecarregar o HUSM, estão sendo disponibilizados exames de Tomografias através do Hospital Casa de Saúde (HCS), para os casos que podem realizar este traslado com segurança. Conforme necessidade e protocolo interno do PA, também são disponibilizadas Tomografias através do consórcio, em casos de</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|------------|----------------|----------------|------------------------|------------------------|------------|------------|------------|----------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | impossibilidade no HCS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Manter e regulamentar o Comitê Gestor de Urgência e Emergência Municipal. | | Regimento Interno do Comitê Gestor de Urgência e Emergência aprovado. | | 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Manter o funcionamento do Comitê Gestor Municipal de Urgência e Emergência. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">O Comitê Gestor Municipal de Urgência e Emergência está mantido e em funcionamento.</td> </tr> </table> | | | | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | | O Comitê Gestor Municipal de Urgência e Emergência está mantido e em funcionamento. | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O Comitê Gestor Municipal de Urgência e Emergência está mantido e em funcionamento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Elaborar sugestões de fluxos contemplando as linhas de cuidado para emergências traumatológicas, cardiovasculares e cerebrovasculares, para subsidiar o gestor para que busque pactuações. | | Número de fluxos contemplando as linhas de cuidado para emergências traumatológicas, cardiovasculares e cerebrovasculares. | | 03 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Manter as reuniões periódicas do Comitê Gestor da RUE. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td colspan="7">A última reunião do comitê foi realizada no Mês de novembro de 2024, onde foi pactuado que a próxima seria com participação do Departamento de Regulação Estadual (DRE) para esclarecimentos e melhorias nos procedimentos relacionados aos casos de difícil transferência. Desde então, não conseguimos efetivar o agendamento. Porém, manteve-se o contato entre os membros do Comitê por meio do grupo do whats app e participação em reuniões diversas da RUE.</td> </tr> </table> | | | | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | x | A última reunião do comitê foi realizada no Mês de novembro de 2024, onde foi pactuado que a próxima seria com participação do Departamento de Regulação Estadual (DRE) para esclarecimentos e melhorias nos procedimentos relacionados aos casos de difícil transferência. Desde então, não conseguimos efetivar o agendamento. Porém, manteve-se o contato entre os membros do Comitê por meio do grupo do whats app e participação em reuniões diversas da RUE. | | | | | | |
| | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | x | | | | | | | | | | | | | | |
| | A última reunião do comitê foi realizada no Mês de novembro de 2024, onde foi pactuado que a próxima seria com participação do Departamento de Regulação Estadual (DRE) para esclarecimentos e melhorias nos procedimentos relacionados aos casos de difícil transferência. Desde então, não conseguimos efetivar o agendamento. Porém, manteve-se o contato entre os membros do Comitê por meio do grupo do whats app e participação em reuniões diversas da RUE. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Fomentar a utilização do sistema oficial do Estado (GERINT) e SAMU para encaminhamento das internações de urgência e emergência. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Os sistemas oficiais do Estado estão sendo utilizados pelos serviços de Urgência e Emergência da rede municipal. Os profissionais recebem o acesso e são orientados a alimentar os sistemas e mantê-los atualizados, com detalhamento das informações e contatos realizados para tentativas de transferências.</td> </tr> </table> | | | | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | Os sistemas oficiais do Estado estão sendo utilizados pelos serviços de Urgência e Emergência da rede municipal. Os profissionais recebem o acesso e são orientados a alimentar os sistemas e mantê-los atualizados, com detalhamento das informações e contatos realizados para tentativas de transferências. | | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Os sistemas oficiais do Estado estão sendo utilizados pelos serviços de Urgência e Emergência da rede municipal. Os profissionais recebem o acesso e são orientados a alimentar os sistemas e mantê-los atualizados, com detalhamento das informações e contatos realizados para tentativas de transferências. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Manter o controle e monitoramento dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência no âmbito da Secretaria de Município da Saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Mantido o controle e monitoramento dos atendimentos realizados nos PAs e UPA 24h. As informações sobre número de atendimentos realizados no dia, pacientes em observação, pacientes cadastrados no GERINT para internação bem como o número de leitos disponibilizados pelos Hospitais</td> </tr> </table> | | | | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | Mantido o controle e monitoramento dos atendimentos realizados nos PAs e UPA 24h. As informações sobre número de atendimentos realizados no dia, pacientes em observação, pacientes cadastrados no GERINT para internação bem como o número de leitos disponibilizados pelos Hospitais | | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mantido o controle e monitoramento dos atendimentos realizados nos PAs e UPA 24h. As informações sobre número de atendimentos realizados no dia, pacientes em observação, pacientes cadastrados no GERINT para internação bem como o número de leitos disponibilizados pelos Hospitais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|------------------------|----------------|----------|------------|--|----------------|--|
| | | | são apresentadas pelos serviços no grupo de <i>watsapp</i> da Rede da Rede de Urgências e Emergências (RUE) do município, para acompanhamento e monitoramento diário. Na SMS também são monitorados os cadastros inseridos no GERINT e tempo de permanência dos usuários. | | | | | | | |
| 4. | Manter e realizar a avaliação dos principais indicadores de atendimento dos serviços de urgência e emergência no âmbito da Secretaria de Município da Saúde. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Os principais indicadores de atendimento dos serviços de urgência e emergência no âmbito da SMS, são monitorados e avaliados por meio de relatórios emitidos pelos serviços, conforme arquivos em anexo.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 5 | Elaborar e manter atualizado instrumentos norteadores que contemplem a grade de referência e contra referência para os serviços da RUE municipal, considerando a capacidade instalada e resolutividade dos serviços a serem referenciados. | Número de instrumentos norteadores contendo a Grade de Referência e Contra Referência para os serviços da RUE municipal elaborados e aprovados. | <table border="1"> <tr> <td>04</td> <td>Não se aplica.</td> </tr> </table> | 04 | Não se aplica. | | | | | |
| 04 | Não se aplica. | | | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | |
| 1. | Seguir as referencias pactuadas na resolução CIB 050/ 2022. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>A grade de referências pactuadas encontram-se nos anexos da Resolução Nº 050/2022 – CIB/RS e sua atualizações. A última atualização está disponível através da Resolução nº 078/24 – CIB/RS. Também é possível realizar a consulta das referências por meio do link a seguir: http://ti.saude.rs.gov.br/dgae/referencias.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 6 | Implantar e implementar na Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h o mesmo sistema de informações padronizado no âmbito da Secretaria de Município da Saúde (SMS), a fim de uniformizar os registros junto aos demais serviços da SMS, facilitar a contra referência, bem como evitar repetições de exames desnecessários. | Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS MV) implantado e implementado na UPA 24 horas. | <table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>00</td> </tr> </table> | 01 | 00 | | | | | |
| 01 | 00 | | | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | |
| 1. | Incluir no próximo Convênio da UPA 24h, a implantação do Sistema Integrado de Gestão de Serviço de Saúde (SIGSS MV), padronizado no âmbito da Secretaria de Município da Saúde. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Foi incluído no novo convênio da UPA 24h, Convênio Nº 2/2024, a necessidade da utilização do Sistema de Informações padronizado no município, para os devidos registros. A contratação deste sistema para a UPA 24h, pelo município, está em tramitação.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | | | | | |

ANEXOS DIRETRIZ ESTRATÉGICA 03: FORTALECIMENTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1 quadrimestre 2025

Prefeitura Municipal de Santa Maria
 Estado do Rio Grande do Sul
 Secretaria de Município de Saúde
 Policlínica Ruben Noal-PA



RELATÓRIO DE PRODUTIVIDADE DO 1º QUADRIMESTRE DE 2025

| | Tipo de atendimento/Mês | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Acumulado anual |
|--------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| 1 | Número atendimentos adultos | 3.880 | 3.515 | 4.333 | 4.069 | 15.797 |
| | Número de atendimentos pediátricos (até 12 anos) | 185 | 156 | 264 | 337 | 942 |
| | Somatório: | 4.065 | 3.671 | 4.597 | 4.406 | 16.739 |
| 2 | Classificação de risco | | | | | |
| | Emergência | 04 | 02 | 10 | 08 | 24 |
| | Muito urgente | 43 | 33 | 62 | 62 | 200 |
| | Urgente | 566 | 467 | 624 | 637 | 2.294 |
| | Pouco urgente | 2.903 | 2.597 | 3.291 | 3.233 | 12.024 |
| Normal | 539 | 550 | 585 | 421 | 2.095 | |
| 3 | Número de atendimentos psiquiátricos | 07 | 06 | 14 | 07 | 34 |
| 4 | no GERINT (excluídos vaga zero) | 27 | 29 | 26 | 30 | 112 |
| 5 | Nº de capacitações realizadas | 02 | 03 | 02 | 01 | 08 |
| 6 | Nº de Óbitos | 03 | 00 | 00 | 00 | 03 |
| 7 | Nº de Nascimentos | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |

Fonte: MV/SIGSS/GERINT

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL PA PATRONATO – 2025

| 1º Quadrimestre | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | TOTAL |
|--|---------|-----------|-------|-------|---------------|
| Capacitações /treinamentos/cursos | | | | | |
| Nº Atendimento Médico Adulto | 6.852 | 6.464 | 7.480 | 6.999 | 27.795 |
| Nº Atendimento Médico Pediatria | 1.823 | 1.529 | 2.631 | 2.713 | 8.896 |
| Nº Atendimento pacientes psiquiátricos (transtornos mentais e comportamentais) | 370 | 339 | 361 | 358 | 1.428 |
| Classificação de Risco-Cor vermelha (emergência) | 34 | 30 | 20 | 29 | 113 |
| Classificação de Risco-Cor Laranja (muito urgente) | 387 | 308 | 389 | 449 | 1.533 |
| Classificação de Risco-Cor Amarela (urgente) | 1.536 | 1.477 | 1.759 | 1.712 | 6.484 |
| Classificação de Risco-Cor Verde (pouco urgente) | 5.798 | 5.269 | 7.127 | 6.617 | 24.811 |

| | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| Classificação de Risco-Cor Azul (normal) | 35 | 34 | 34 | 33 | 137 |
| Nº De Óbitos PAM | 10 | 04 | 06 | 06 | 26 |
| Pacientes cadastrados no GERINT | 224 | 170 | 211 | 189 | 794 |

Observações:

- JANEIRO

- Instalação do novo equipamento de RX fixo e móvel;

- MARÇO

- Convite ao médicos Liliane Bellenzier e Leonardo Limberguer para assumirem as Responsabilidades Técnicas do PA;

- Começo da Residência em Pediatria da UFSM;

- ABRIL

- Colocação de Painel de Chamada com voz;

- Colocação de rampa de acesso a cadeirantes;
- Criação de sala de apoio de Higienização andar térreo;
- Encaminhamentos de Processos de Compra de Materiais e equipamentos com recursos de emendas impositivas.
- Eleição do novo Diretor Clínico do PA (MD. Rodrigo Milost);
- Implantação e eleição da Comissão de Ética Médica;
- CAPACITAÇÕES E TREINAMENTOS

| DATA/ HORA | ATIVIDADE | PÚBLICO | LOCAL | POLÍTICA ENVOLVIDA | RECURSOS NECESSÁRIOS | Número de participantes | RESPONSÁ VEL | Divulgaç ão |
|------------------|--|------------------------------|------------|-----------------------|---|--|---|----------------|
| Janeiro | | | | | | | | |
| Janeiro/2025 | Complicações Relacionadas a Cateter Venoso | Equipe de enfermagem PAM | On-line | - | Computador ou celular | 21 | Enf Bianca | Interna |
| Janeiro/2025 | PCR em Adultos Teoria e Prática | Equipe de Enfermagem PAM | Presencial | - | Computador, retroprojektor, papel, caneta | 6 no dia 15/01/25 turno tarde 7 no dia 31/01/25 turno tarde | Enfª Mariana, Enfª Wagner, Enfª Ricardo | Interna |
| Janeiro/2025 | Transfusão de Hemocomponentes | Residentes de enfermagem PAM | PAM | - | Papel, computador, caneta | 2 | Enf Bianca | Interna |
| Fevereiro | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------|--|--------------------------|---------|---|-----------------------|----|------------|---------|
| Fevereiro/2025 | Cuidados com Cateter Venoso Periférico | Equipe de enfermagem PAM | On-line | - | Computador ou celular | 10 | Enf Bianca | Interna |
| Março | | | | | | | | |
| Março/2025 | Acesso Venoso Central | Equipe de enfermagem PAM | On-line | - | Computador ou celular | 14 | Enf Bianca | Interna |
| Abril | | | | | | | | |
| Abril/2025 | Aplicação de Medicação Via Oral | Equipe de enfermagem PAM | On-line | - | Computador ou celular | 09 | Enf Bianca | Interna |



| RELATÓRIO DE PRODUTIVIDADE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24 HORAS REF.: ANO – 2025 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|-----------------|
| Tipo de atendimento/Mês | | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Acumulado anual |
| 1 | Número atendimentos adultos | 8.465 | 7.894 | 9.192 | 8.054 | | | | | | | | | 33.605 |
| | Número de atendimentos pediátricos (até 12 anos se misturam aos eletivos da pediatria) | 1.179 | 1.048 | 1.623 | 1.505 | | | | | | | | | 5.355 |
| 2 Classificação de risco | Emergência | 4 | 5 | 11 | 6 | | | | | | | | | 26 |
| | Muito urgente | 74 | 114 | 101 | 76 | | | | | | | | | 365 |
| | Urgente | 1.841 | 1.547 | 1.957 | 1.737 | | | | | | | | | 7.082 |
| | Pouco urgente | 6.608 | 5.121 | 7.188 | 6.231 | | | | | | | | | 25.146 |
| | Normal | 495 | 1.219 | 916 | 960 | | | | | | | | | 3.590 |
| 3 | Número de atendimentos psiquiátricos | 166 | 173 | 168 | 146 | | | | | | | | | 653 |
| 4 | Número pacientes cadastrados no GERINT | 218 | 236 | 229 | 216 | | | | | | | | | 899 |
| 5 | Nº de capacitações realizadas | 05 | 04 | 03 | 08 | | | | | | | | | 18 |
| 6 | Nº de Óbitos | 08 | 13 | 09 | 10 | | | | | | | | | 40 |
| 7 | Nº de Nascimentos | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | 0 |



| CAPACITAÇÕES UPA 24H - 2025 | |
|-----------------------------|--|
| JANEIRO | Treinamento sobre importância e qualidade no preenchimento das notificações do NSP. (enfermagem); |
| | Treinamento portaria – UPA – novo colaborador (portaria); |
| | Capacitação educação permanente em saúde (enfermagem); |
| | Efetividade e qualidade no preenchimento diário de indicadores do NSP e do CCIH (enfermagem); |
| | Leitura, orientação e atualização dos pops UPA (radiologia); |
| FEVEREIRO | Treinamento rotinas internação (internação); |
| | Treinamento sobre utilização de filme fenestrado para cateter venoso e fixador de tubos e sondas (enfermagem); |
| | Treinamento sobre notificações de violência sexual e lesão autoprovocada (enfermagem); |
| | Capacitação sobre atualização de mata de dieta (enfermagem); |
| MARÇO | Treinamento sobre importância do preenchimento adequado da ficha de atendimento (enfermagem); |
| | Treinamento sobre lesões por pressão (LPPs) (assistência); |
| | Treinamento Reorganização rotinas faturamento (administrativo); |
| ABRIL | Integração higienização – UPA (higienização); |
| | Atualização e treinamentos de POPS do setor (radiologia); |
| | Capacitação saneantes BT901 detergente peróxido (higienização); |
| | Treinamento pops limpeza refeitório (higienização). |
| | Treinamento de implementação do TOTEM de senhas na recepção da UPA (geral); |
| | Precauções e Isolamentos (04 turmas) (geral) |

5.4. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 04: QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

5.4.1. Objetivo: Fortalecer e potencializar a rede de atenção psicossocial (RAPS)

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | |
|----|--|---|---|--|------|-----|--|---------|
| 1 | Completar as equipes mínimas dos CAPS conforme a Portaria GM/MS Nº 336/2002. | CAPS com equipe mínima completa | 04 | 03 | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Disponibilizar profissional Médico Clínico com carga horária de 4h semanais no CAPS ad Caminhos do Sol e 4h semanais no CAPS ad Cia do Recomeço | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | Foi disponibilizado médico clínico geral para os dois CAPS AD e também para auxílio no CAPS II Prado Veppo. | | | | | |
| 2 | 2. | Reavaliar a necessidade de profissionais para compor as equipes dos serviços, em vista de contemplação a repasse Estadual para CAPS – Resolução 100/2014/ CIB-RS. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | As necessidade de profissionais são reavaliadas constantemente, neste quadrimestre iniciou médico clínico geral em três CAPS e mais um psiquiatra para o CAPS II Prado Veppo. Ainda necessitamos avançar: Enfermeiro (CAPS AD Cia do Recomeço) e profissionais de nível médio em todos os serviços. | | | | | |
| | 1. | Garantir transporte para profissionais da RAPS na realização de atividades nos territórios. | Percentual de solicitações de transporte realizadas e atendidas. | 100% | 100% | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | | Ação realizada: | | | | | | |
| 1. | Manter pactuação junto ao setor de transporte para que fique um carro disponível, com motorista, com agenda estabelecida pelos serviços. | O serviço de transporte esteve disponível nos turnos pactuados. | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|-----|-----|-----|---------|---------|
| 3 | Inserir profissional de Educação Física na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). | Número de profissionais de educação física nos RAPS | 04 | 02 | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Solicitar a SMED a cedência de profissionais de Educação Física, 20h, para compor as equipes da RAPS. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL |
| | | | Estamos com dois profissionais atuando na RAPS, no CAPS Infantil e Cia do Recomeço | | | | | |
| 4 | Ampliar o número de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). | Número de equipes AMENT | 04 | 01 | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Garantir Equipe AMENT na Policlínica Santa Maria Acolhe, com equipe completa. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | A Equipe da Policlínica Santa Maria Acolhe está mantida, porém não é possível ampliar o número de Equipes AMENT pois a legislação que rege este dispositivo foi revogada (PORTARIA GM/MS Nº 757, DE 21 DE JUNHO DE 2023), dessa forma a equipes está mantida até que sobrevenha nova regulamentação. | | | | | |
| 5 | Garantir os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS- para atendimento de transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em acordo à Portaria 3.088 de 2011. | Número de CAPS atendendo em acordo à Portaria 3.088 de 2011. | 04 | 04 | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Fortalecer Fluxos e Redes intra e intersetoriais para que cada serviço de saúde de conta da sua demanda. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | Neste quadrimestre foi retomado o encontro Interquipes, estratégia importante para o fortalecimento da RAPS. | | | | | |
| 2. | Realizar encontros do “Saúde Mental na Roda” como dispositivo intersetorial e fortalecedor de redes. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | | | No 1º Q não foram realizados encontros do “Saúde Mental na Roda” pois a metodologia do dispositivo está sendo reformulada. | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|--|--|---|--|----------------------------------|----------------------------------|---------|---------------|--|
| 6 | Qualificar o fluxo da regulação em psiquiatria e psicologia. | | Percentual de pedidos em acordo aos protocolos do Regula SUS e demais definições da regulação. | | 100% | | 100% | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Capacitar a rede de saúde para o uso dos protocolos de psicologia e psiquiatria. | | | | Ação realizada: SIM | | NÃO x PARCIAL | |
| | | | No 1º Q não foram realizadas ação de capacitação pelo psicólogos. | | | | | | |
| 2. | Monitorar qualidade dos pedidos em fila de espera no Sistema MV (psicologia) e GERCON (psiquiatria) | | | | Ação realizada: SIM x NÃO | | PARCIAL | | |
| | | - Regulação de Psicologia é realizada por uma servidora psicóloga. Liste de espera: 3485 pacientes | | | | | | | |
| | | - Regulação de Psiquiatria via GERCON: 348 | | | | | | | |
| 7 | Reduzir a taxa de internação por TMC, fortalecendo os demais dispositivos da rede de atenção psicossocial nos territórios. | | Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC). (INDICADOR-12/RS 2024-2027) | | 331,00 | | 82,19 | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Monitorar as internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) ocorridas no município. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO | | PARCIAL | |
| | | | Dados obtidos segundo o Bi Público. | | | | | | |
| 2. | Monitorar o Projeto Saúde Santa Maria junto a Defensoria Pública. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO | | PARCIAL | | |
| | | A equipe da Coordenação da Política Municipal de Atenção Psicossocial participou de duas reuniões junto ao judiciário no período. | | | | | | | |
| 3. | Fortalecer vínculos com a Defensoria Pública, Ministério Público, Juízes da Comarca de Santa Maria e serviços que fazem parte da RAPS, para consolidação de protocolos de atendimento e fluxos, também esclarecer junto ao judiciário o papel/finalidade dos CAPs, visando redução de casos de judicialização em saúde mental. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO | | PARCIAL | | |
| | | As equipes da RAPS e da Coordenação da Política de Atenção Psicossocial participam ativamente das reuniões e audiências referentes aos usuários da saúde mental. | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|--|---|---|---------|---------|--|
| 8 | Equipar os serviços da RAPS com Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) de modo a propiciar atendimento remoto e atividades de educação permanente | | Percentual de serviços com notebook, wifi, datashow, smartphone, microfone e webcam. | | 100% | | 100% | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Mapear a necessidade de materiais necessários para execução das oficinas e grupos terapêuticos. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO A lista de materiais necessários para a realização de oficinas está atualizada e em trâmite de compras. | | PARCIAL | |
| 9 | Aproximar os dispositivos da Política de Atenção Psicossocial dos seus territórios de referência. | | Percentual de ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. (INDICADOR-11/RS 2024-2027) | | 100% | | 90% | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Manter Censo de usuários atualizado. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO Essa atividade não está sendo realizada pelos serviços de saúde desde o ano de 2024. | | PARCIAL | |
| | 2. | Realizar visitas domiciliares por profissional Técnico de Referência | | | | Ação realizada: SIM x NÃO - CAPS Prado Veppo: 40 - CAPS Caminhos do Sol: 38 - CAPS Cia do Recomeço: 22 - CAPS Infantil "O Equilibrista": 35 - Policlínica Acolhe Santa Maria: 2 - TOTAL: 137 | | PARCIAL | |
| | 3. | Realizar ações de Matriciamento | | | | Ação realizada: SIM x NÃO - CAPS Prado Veppo: 6 | | PARCIAL | |
| 4. | Realizar reuniões de REDE nas Regiões Administrativas. | | | | Ação realizada: SIM X NÃO - CAPS Caminhos do Sol: 24 - CAPS Cia do Recomeço: 7 - CAPS Infantil "O Equilibrista": 74 - Policlínica Acolhe Santa Maria: 17 - Policlínica de Saúde Mental: 1 - TOTAL: 123 | | PARCIAL | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------|-------|-----------|
| 10 | Aprimorar as discussões e pactuação da RAPS com os programas de Residência Multiprofissional (UFN e UFSM), de acordo com as necessidades da rede mediados pelo NEPeS. | | Número de reuniões | 02 | 01 | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. | Fazer pactuação junto ao NEPeS para que os Residentes estejam nas regiões/serviços de maior demanda. | | Ação realizada: SIM | NÃO | PARCIAL x |
| Não houve reunião de pactuação com o NEPEs neste 1º quadrimestre, porpém realizamos pactuação junto à Residência Médica da UFN, para início das atividades junto ao CAPS Prado Veppo, a partir da demanda do serviço. | | | | | | |
| 11 | Criar mecanismos de estímulo à participação de profissionais da RAPS e usuários nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Comissão de Saúde Mental e Fórum Regional de Saúde Mental. | | Número de normativas criadas e implantadas pertinentes à participação nos ambientes de controle social. | 01 | 01 | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. | Incentivar e estimular à participação de profissionais da RAPS nos espaços de controle social conjuntamente ao Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e NEPEs. | | Ação realizada: SIM x | NÃO | PARCIAL |
| Os profissionais são convidados e liberados para participar dos encontros relacionados aos espaços de controle social. | | | | | | |
| 12 | Ampliar a participação de profissionais da RAPS e de usuários nos espaços de planejamento e acompanhamento das ações e serviços de saúde. | | Número de profissionais representantes de cada serviço. | 08 | 04 | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. | Conscientizar os profissionais da importância de participar da construção dos instrumentos de gestão (Plano Municipal, Plano anual e Relatório quadrimestral) | | Ação realizada: SIM | NÃO x | PARCIAL |
| Pretende-se realizar o convite para a participação dos profissionais na elaboração do próximo PPA. | | | | | | |
| 13 | Reduzir as vagas em SRT Privado. | | Percentual de vagas a serem reduzidas. | 100% | 82% | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. | Implantar o SRT tipo II, público. | | Ação realizada: SIM | NÃO | PARCIAL x |
| Meta parcialmente realizada no 3º quadrimestre de 2024, | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | pois o SRT implantado é do tipo I |
| | 2. | Priorizar usuários do SRT Privado para ocupar as vagas no SRT Público. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | | | | Todas as vagas ocupadas no SRT público são por pacientes oriundos de SRT privado. |
| | 3. | Inserir usuários do SRT Privado em atividades de geração de trabalho e renda disponíveis no território. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | | | | As equipes que gerenciam os SRT são constantemente orientadas sobre a importância de inserir os usuários nos dispositivos da RAPS e rede de saúde/assistência. |
| | 4. | Aproximação e acompanhamento do compromisso da família com o usuário residente do SRT Privado. | | | | Ação realizada: SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | | | | Recebemos relatos de usuários que estão sendo aproximados da rede familiar. |
| 14 | Fortalecer componente “VI - Estratégias de Desinstitucionalização” da RAPS. | | Número de Serviços Residencial Terapêutico Público (SRT) | | 01 | 01 |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Definir e contratar equipe, segundo a Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, preferencialmente via concurso público, remanejamento de servidores ou contrato emergencial. | | | Ação realizada: SIM NÃO x PARCIAL | |
| | | | | | | A equipe que presta assistência no SRT público-privado é terceirizada |
| 15 | Implantar Centro de Convivência. | | Número de Centros de Convivência implantados | | 01 | 00 |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Apoiar a Superintendência da Atenção P Saúde na implantação de um Centro de Convivência. | | | Ação realizada: SIM NÃO x PARCIAL | |
| | | | | | | Não houve solicitação da APS para apoio nesta ação. |
| 16 | Fortalecer iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários, que visem à inclusão produtiva, reinserção social, promoção de autonomia e exercício da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. | | Número de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - com oficinas de trabalho e renda | | Meta não prevista para este ano | Meta atingida no ano de 2024 |
| 17 | Qualificar 02 (dois) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para CAPS III | | Número de CAPS III no município | | 01 | 00 |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Solicitar qualificação do CAPS II Prado Veppo para CAPS III, no sistema SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde). | | | Ação realizada: SIM NÃO x PARCIAL | |
| | | | | | | Foi cadastrado via PAC, uma obra para sediar o futuro |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | | CAPS 3, para que todas as necessidades do serviço sejam contempladas. |
| 2. | Localizar e alugar o imóvel para implantação do CAPS III, através de reunião com imobiliárias locais com a finalidade de apresentação da proposta do serviço. | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| | | | Respondido acima. |
| 3. | Completar equipe de acordo com a Portaria que rege a qualificação 336/2002 | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| | | | A composição da equipe do CAPS III ocorrerá após entrega da sede, pleiteada via PAC. |
| 4. | Reunião com os CAPS AD para definição de qual serviço será qualificado para CAPS AD III e as necessidades para qualificação. | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| | | | A legislação que rege este dispositivo foi revogada (PORTARIA GM/MS Nº 757, DE 21 DE JUNHO DE 2023). |
| 18 | Ampliar número de cargos do profissional Terapeuta Ocupacional para contemplar os 04 Centros de Atenção Psicossocial- CAPS | Número de cargos | Meta não prevista para este ano |
| | | | Meta atingida no ano de 2022. |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES |
| 19 | Identificar, monitorar e contemplar as necessidades das aldeias Guarani e Kaingang na RAPS. | Número de aldeias monitoradas através de dados levantados pelas representantes da população indígena. | Meta não prevista para este ano |
| | | | Meta atingida no ano de 2022. |
| 20 | Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos. | Número de ações realizadas profissional Agente Redutor de Danos no território. (03 ações semanais) | Meta não prevista para este ano |
| | | | Meta atingida no ano de 2024. |
| 21 | Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial através do Saúde Mental na Roda. | Número de encontros Saúde Mental na Roda. | 12 |
| | | | 00 |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES |
| 1. | Realizar o Saúde Mental na Roda com temas de acordo com a demanda das Redes intersetoriais | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| | | | O projeto para retomada do "Saude Mental na Roda" está sendo reformulado. |
| 2. | Operacionalizar o Saúde Mental na Roda em parceria com a Superintendência da Atenção Básica para que contemple a necessidade das demandas | | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | Respondido acima. |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---------------------------------|-------------------------------|
| 22 | Implantar sala de Estabilização referência para portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro | | Número de sala de estabilização implantada. | 01 | 01 |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Articular junto ao Estado a importância da sala de estabilização para hospitais que recebem incentivo para leitos de saúde mental | | Ação realizada: | SIM |
| 23 | Ampliar espaços de integração entre as diferentes ações de saúde e políticas intersetoriais como CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, escola, unidades de saúde entre outros. | | Número de Reuniões de Rede no território. | Meta não prevista para este ano | Meta atingida no ano de 2024. |

5.5. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 05: FORTALECIMENTO, AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

5.5.1. Objetivo: fomentar a integralidade da atenção à saúde do trabalhador com ações em toda a Rede de Atenção à Saúde.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 |
|----|--|---|--|--|
| 1 | Qualificar os profissionais de saúde dos municípios pertencentes a 4ª CRS da zona rural para a identificação dos casos de intoxicação aguda e crônica por agrotóxicos. | Percentual de trabalhadores de saúde da zona rural dos municípios pertencentes a 4ªCRS qualificados. | 40% | 00 |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Realizar qualificação para os profissionais da rede, para a identificação dos casos de intoxicação aguda e crônica por agrotóxicos, a partir de um instrumento facilitador (questionário) para as ESFs rurais. | Ação realizada: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> PARCIAL | Ação não realizada no quadrimestre de forma ampla, apenas |
| 2 | Qualificar os profissionais da Rede de Atenção à Saúde dos municípios pertencentes a 4ª CRS para a descentralização das ações em Saúde do Trabalhador ao nível local, fortalecendo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT). | Número de encontros com trabalhadores da saúde responsáveis pela Saúde do Trabalhador dos serviços de saúde dos municípios pertencentes a 4ªCRS qualificados. | 02 | 16 |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Realizar qualificação profissional para os serviços da rede municipal de saúde da 4ª CRS em Saúde do Trabalhador, conforme demanda agendada pelo Cerest no cronograma anual e também demanda espontânea das referidas unidades. | Ação realizada: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL | No primeiro quadrimestre de 2025 foram realizados 16 encontros com profissionais responsáveis pela Política em Saúde do Trabalhador e gestores das Secretarias de Saúde, dando prioridade aos municípios que tiveram troca de gestor e os que não atingiram a meta de notificações em Saúde do Trabalhador no ano de 2024. Os municípios foram: São Pedro do Sul; Itacurubi; Capão do Cipó; Dona Francisca; Júlio de Castilhos; Silveira Martins; Formigueiro; Dilermando de Aguiar; São Sepé; Vila Nova do sul; Faxinal do |

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| | | | Soturno; São João do Polêsine; Restinga Seca; Formigueiro; Santiago; São Martinho da Serra e Jari. |
| 3 | Fortalecer o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST) na Atenção Básica nos municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, valorizando o perfil produtivo e epidemiológico dos territórios. | Número de encontros promovidos pelo CEREST na Rede de Atenção Básica. | 03 08 |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| 1. | Realizar qualificação para os profissionais que atuam em Saúde do Trabalhador nos municípios de abrangência do Cerest região centro. | Ação realizada: | SIM NÃO PARCIAL |
| | | No primeiro quadrimestre foram realizadas 08 atividades com profissionais sobre Saúde do Trabalhador nos municípios de: Formigueiro; Mata; São Pedro do Sul; Nova Esperança do Sul; Tupancireta; São Sepé e Santa Maria. | |
| 4 | Realizar encontros com estudantes e docentes das instituições de ensino na área da saúde com campo de estágio no CEREST abordando temas pertinentes ao campo de Saúde do trabalhador e SUS. | Número de encontros com estudantes e docentes. | 04 03 |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| 1. | Organizar os campos de prática de acordo com a demanda do Cerest e fomentando o comprometimento com as necessidades para a efetiva implantação da Política nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) na Rede Assistencial. | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | No primeiro quadrimestre foram realizados 3 encontros com estudantes do curso de Terapia Ocupacional e Residência Multiprofissional. | |
| 5 | Qualificar a assistência do CEREST a partir de ações de matriciamento, que visam o cuidado compartilhado entre a equipe do CEREST e a unidade que encaminhou o usuário. | Percentual de casos com indicação de matriciamento (cuidado compartilhado). | 100% 90% |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| 1. | Realizar e assessorar ações em matriciamento nos serviços de saúde dos municípios de abrangência do CEREST. | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | No primeiro quadrimestre do ano de 2025 foram realizados 18 matriciamentos na atenção primária, nos municípios de Santa Maria; Júlio de Castilhos; São João do Polêsine e Restinga Seca. Em urgência e emergência foram realizados 2 matriciamentos no município de Santa Maria. | |

| | | | | | | | | | |
|----|---|--|--|-----------------|-----|---|-----|---|---------|
| 6 | Desenvolver ações de vigilância e/ou inspeção sanitária para avaliar processos e ambientes de trabalho e intervir nos fatores determinantes de riscos e agravos à saúde do trabalhador. | | Número de ações de vigilância e/ou inspeção sanitária realizada. | 24 | 25 | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Realizar Vigilância ou Inspeção sanitária em ambientes de trabalho, no que se refere a riscos e agravos à saúde dos trabalhadores. | | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | A meta é realizar 24 vigilâncias/inspeção em saúde do trabalhador no ano de 2025 e no primeiro quadrimestre já foram realizadas 25 ações de vigilância em saúde do trabalhador, nos municípios de Santa Maria, Formigueiro, Ivorá, Jari, São Sepé, Cacequi, Santiago, Restinga Seca, Pinhal Grande, São Pedro do Sul, Itaara e Silveira Martins. Os ramos foram: esquadrias; mecânica automotiva; silos, armazenagem e beneficiamento de grãos; moinhos e cereais; serraria; estética; restaurante e indústria de embutidos. | | | | | | |
| 7 | Promover evento para qualificação da rede SUS de abrangência do CEREST sobre Câncer Ocupacional. | | Número de eventos ofertados pelo CEREST para a rede. | 02 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Realizar capacitação sobre câncer ocupacional para profissionais da saúde dos municípios da 4ª CRS. | | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| | | | Evento não realizado. | | | | | | |
| 8 | Promover curso de formação em vigilância em saúde do trabalhador para profissionais dos municípios de abrangência do CEREST. | | Número de cursos ofertados pelo CEREST para os profissionais dos municípios. | 02 | 01 | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 1. | Realizar capacitação em vigilância em saúde do trabalhador, para profissionais dos municípios de abrangência do Cerest. | | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | Capacitação descentralizada, realizada no município de São Pedro do Sul, para profissionais da rede do município, da atenção primária em saúde e profissionais do hospital do município. | | | | | | |
| 9 | Ampliar o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho, dos municípios de abrangência do CEREST. (indicador 17 pactuado com o Estado (SES)). | | Percentual de notificação de agravos relacionados ao trabalho, notificados pelos municípios de abrangência do CEREST- região centro. | 40% | 10% | | | | |

| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
|-------|---|--|------------|----------|------------|----------------|
| 1. | Desenvolver ações auxiliares na capacitação da rede de serviços de saúde, para ações em Saúde do Trabalhador. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | As capacitações na rede acontecem permanentemente, tanto por demanda dos profissionais quanto por iniciativa dos profissionais do Cerest. | | | | |
| 2. | Prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS, nas regiões de saúde de abrangência do CEREST, efetuar os registros e notificações dos agravos relacionados ao trabalho. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | O Cerest trabalha diretamente com apoio técnico em Saúde do Trabalhador para os 33 municípios de sua abrangência, seja por demanda espontânea, seja por agenda feita pelo Cerest. | | | | |
| 3. | Desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador, integradas com outros setores que atuam no campo da saúde do trabalhador. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | O Cerest realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador nos 33 municípios de sua abrangência, priorizando sempre a participação dos profissionais de saúde e/ou vigilância do município onde será realizada a vigilância. | | | | |
| 4. | Promover suporte técnico às ações de vigilância de forma integrada às equipes de vigilâncias municipais. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | O Cerest atua como retaguarda técnica aos 33 municípios da área de abrangência. | | | | |

5.6. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 06: QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, LOGÍSTICA E ADMINISTRATIVA FINANCEIRA DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE SAÚDE

5.6.1. Objetivo: Estimular processos de gestão de qualidade e uso eficiente dos recursos públicos para que estejam em consonância à realidade orçamentária, objetivando que os resultados destas ações sejam eficientes, efetivos e oportunos.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|----------------|------------|------------|----------------|----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Realizar a avaliação, monitoramento e fiscalização e dos contratos e convênios sob gestão municipal. | Percentual de contratos da SMS avaliados, monitorados e fiscalizados | 100% | 100% | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | Manter os contratos em vigência, acompanhando os processos de licitação, elaboração do termo de referência. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Renovados todos os contratos que tinham seus vencimentos no 1º quadrimestre de 2025</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | Renovados todos os contratos que tinham seus vencimentos no 1º quadrimestre de 2025 | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | | | | | | | | | |
| Renovados todos os contratos que tinham seus vencimentos no 1º quadrimestre de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Acompanhar a regularidade das execuções e prestações de atas dos convênios. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td colspan="7">Foram analisadas algumas prestações de contas de convênio e Termos de Colaboração que terminaram sua vigência neste período.</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | X | Foram analisadas algumas prestações de contas de convênio e Termos de Colaboração que terminaram sua vigência neste período. | | | | | | | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | X | | | | | | | | | | | |
| Foram analisadas algumas prestações de contas de convênio e Termos de Colaboração que terminaram sua vigência neste período. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Construir, ampliar e/ou reformar no mínimo 02 Serviços de Saúde/Ano. | Número de Serviços de Saúde com adequação da estrutura física. | Meta não prevista para este ano. | Meta atingida no ano de 2024. | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Adquirir equipamentos e materiais permanentes conforme necessidade dos serviços. | Número mínimo de equipamentos e materiais adquiridos/ano. | Meta não prevista para este ano. | Meta atingida no ano de 2024. | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Manter a frota de veículos da SMS renovada. | Número de veículos renovados ao ano. | Meta não prevista para este ano. | Meta atingida no ano de 2024. | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Buscar habilitação do Pronto Atendimento Municipal para UPA Porte II | Portaria de habilitação do serviço publicada | 01 | Em execução, aguardando novas deliberações do Ministério da Saúde | | | | | | | | | | | | | |

| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|-------------------------------|------------|----------------|----------------|
| 1. | Cadastrar a proposta no sistema do SAIPS junto ao Ministério da Saúde. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| Já cadastrada. | | | | | | | |
| 6 | Realizar Concurso Público para contratação de profissionais para atuarem no âmbito da Secretaria de Município da Saúde. | Concurso a ser realizado | Meta não prevista para este ano. | Meta atingida no ano de 2024. | | | |
| 7 | Reorganizar o Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde, buscando expandir suas atribuições com vistas a qualificação da gestão de pessoas. | Inclusão de um serviço de assessoria externa, com apoio das instituições de ensino e/ou da Secretaria de Gestão da PMSM. | 01 | 0 | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Implantar um serviço de assessoria externa com apoio de instituições de ensino ou da Secretaria de Gestão da PMSM visando a qualificação da gestão de pessoas. | | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL |
| Não foi possível avançar nesta ação em função da dificuldade de encontrarmos, juntamente com a Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas, a melhor estratégia para atingir este objetivo, visto que nenhuma secretaria do município apresenta tal assessoria. Ocorreu uma Negativa da Gestão. | | | | | | | |
| 8 | Incluir servidor para compor a Comissão de estudo sobre remuneração e qualificação de pessoal da Administração Pública Municipal, já existente. | Portaria de designação | 01 | 0 | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Designar servidor da saúde para compor a Comissão de Estudo sobre remuneração e qualificação de pessoal. | | Ação realizada: | SIM | NÃO | PARCIAL | |
| Negativa da Gestão Municipal – Que contratou uma empresa para fazer estudo. | | | | | | | |
| 9 | Realizar diagnóstico e elaboração de projeto para a viabilidade do município assumir a gestão plena do sistema. | Projeto concluído | 01 | 00 | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Realizar visitas técnicas a municípios que possuem gestão plena para levantamento de necessidades através de relatórios de visita. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Foram realizadas visitas técnicas junto aos Municípios: | | | | | | | |

| | | | |
|--------------|--|---|--|
| | | | Canoas; Caxias do Sul; Pelotas e Santa Rosa. Mas neste quadrimestre de 2025 não ocorreram visitas. |
| | 2. | Elaborar cronograma de ações para a implantação gradativa. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Cronograma elaborado e apresentado em reunião de Gestão da SMS, no ano de 2022. |
| | 3. | Mensurar a necessidade de recursos humanos para a efetiva operacionalização. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Esta ação depende de considerações de todos os componentes da equipe gestora da SMS. |
| 10 | Buscar habilitação na gestão plena do sistema municipal. | | Portaria de habilitação publicada |
| | | | 01 |
| | | | 00 |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES |
| | 1. | Solicitação do município formalizando o pleito de habilitação junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB), após aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Não realizado neste quadrimestre. |
| 11 | Implantar o serviço de Auditoria na SMS | | Serviço de Auditoria implantado |
| | | | 01 |
| | | | 00 |
| | AÇÕES | | |
| | 1. | Implantar junto a secretaria de saúde o serviço de Auditoria para aperfeiçoamento da Gestão, qualidade das ações e dos serviços. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Não possuímos servidores para implantar este serviço, nomeações canceladas no momento. |
| | 2. | Designar servidores que irão atuar nos serviços da Auditoria. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Não possuímos servidores para implantar este serviço, nomeações canceladas no momento. |
| 12 | Qualificar os serviços de fiscalização de contratos, convênios e demais instrumentos de contratualizações no âmbito da SMS. | | Percentual de fiscais capacitados e qualificados. |
| | | | 100% |
| | | | 50% |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES |
| | 1. | Proporcionar capacitação e qualificação aos servidores na função de fiscais de contratos. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input checked="" type="checkbox"/> Foi realizado um treinamento, com poucos fiscais de contratos. |
| 13 | Acolher, analisar e responder as manifestações demandadas da Ouvidoria Municipal do SUS. | | Razão entre o Número de demandas |
| | | | 01 |
| | | | 0,81 |

| | | resolvidas/ Número de demandas recebidas. | | | | | |
|-------|--|---|------------------------|------------|----------|------------|----------------|
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1. | Receber as demandas e encaminhá-las aos setores responsáveis para devidas providencias. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | Todas as manifestações são recebidas pela ouvidoria, registradas e encaminhadas aos setores responsáveis. | | | | | |
| 2. | Solicitar devolutiva dos setores a respeito das demandas e suas resoluções. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | As demandas são encaminhadas aos setores para que possam responder, retornam à ouvidoria, que repassa aos usuários. | | | | | |
| 3. | Produzir relatório de demanda recebida e demanda resolvida a fim de melhorar os serviços de saúde. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | Ocorre quadrimestralmente para que possa subsidiar a equipe gestora. | | | | | |

ANEXOS DIRETRIZ ESTRATÉGICA 06: QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, LOGÍSTICA E ADMINISTRATIVA FINANCEIRA DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE SAÚDE

Relatório de Acompanhamento

1º quadrimestre de 2025



Secretaria Municipal de Saúde - SMS



Relatório Parcial - SMS 1º quadrimestre de 2025

Apresentamos um panorama das manifestações dos usuários de serviços públicos de saúde do município de Santa Maria, encaminhadas através dos canais da Ouvidoria Geral da Prefeitura Municipal de Santa Maria a partir de **1º de janeiro de 2025 até 30 de abril de 2025**.

263 Respondidas
ao cidadão

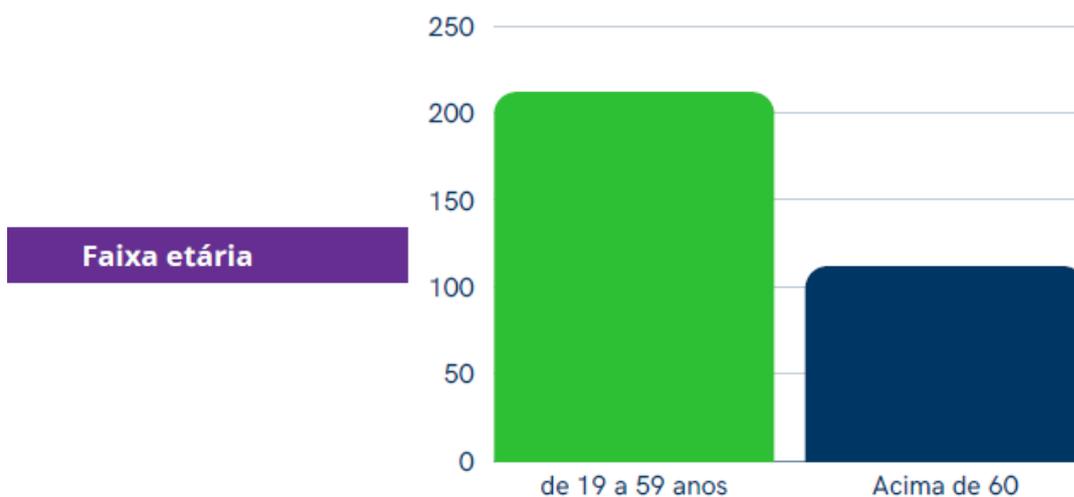
61 Em atendimento
até a data de 09 de maio de 2025

324 Recebidas

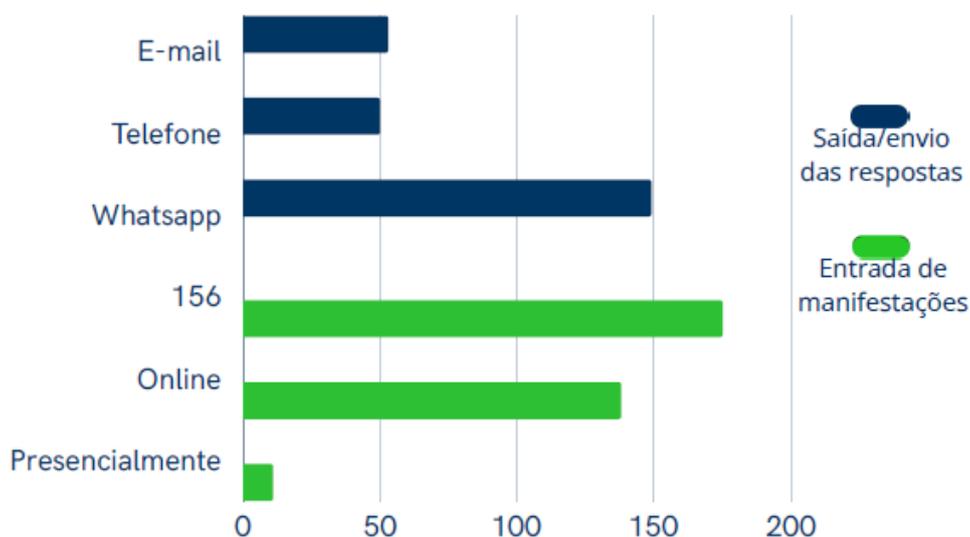


Relatório Parcial - SMS 1º quadrimestre de 2025

Perfil do usuário



Canais de acesso utilizados



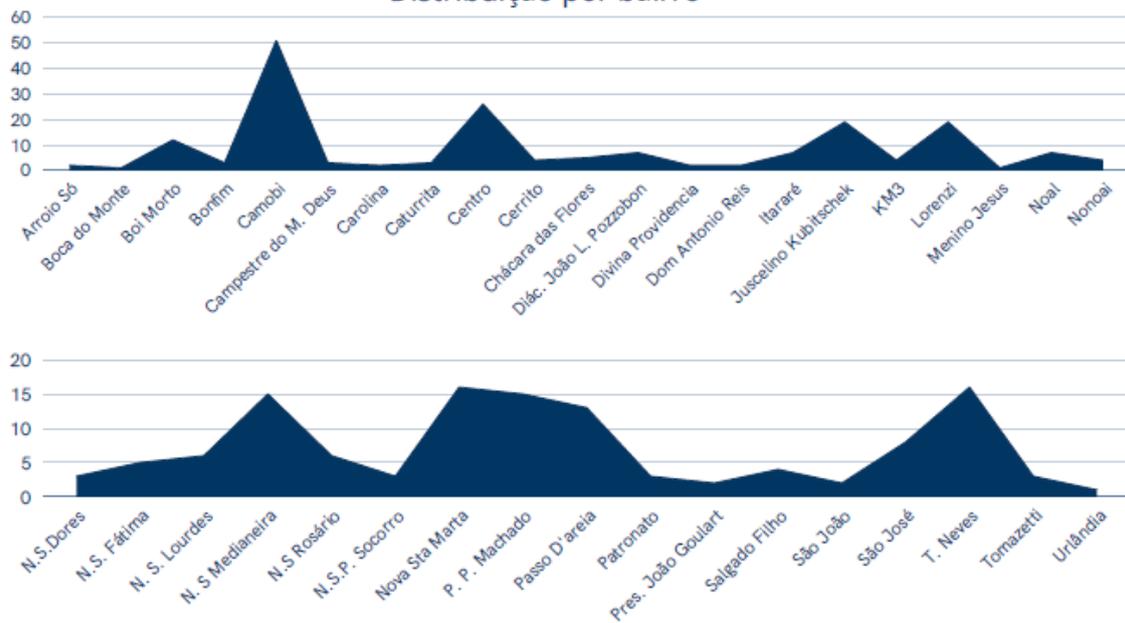


Relatório Parcial - SMS 1º quadrimestre de 2025

Perfil do usuário



Distribuição por bairro





Relatório Parcial - SMS 1º quadrimestre de 2025

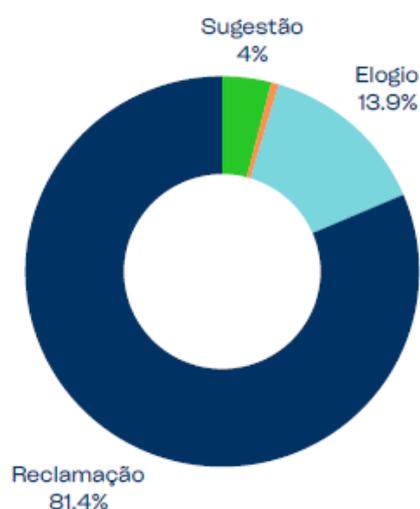
Através da Ouvidoria é possível encaminhar manifestações de reclamação, elogio, sugestão ou denúncia.

O **elogio** para manifestar satisfação ou agradecimento com os serviços prestados pela Prefeitura.

A **denúncia** deve ser utilizada para comunicar ato ilícito ou irregularidade praticada por servidores públicos da prefeitura.

A **reclamação** serve para comunicar a insatisfação em relação ao andamento de um serviço público já solicitado ou ainda, quando quer relatar casos de ineficiência da atuação da Prefeitura.

A **sugestão** serve para enviar uma ideia ou proposta de melhoria na prestação de serviço público.





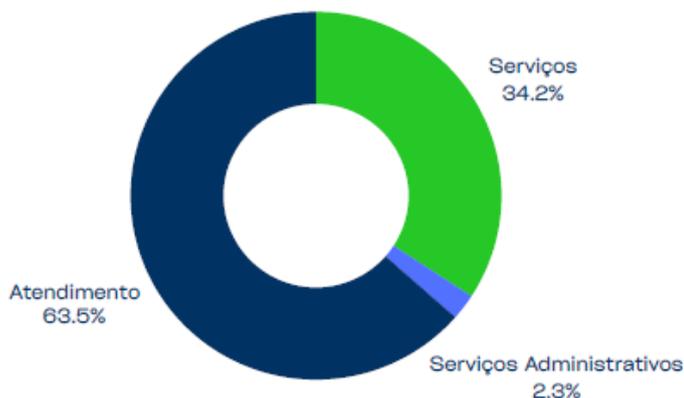
Relatório Parcial - SMS 1º quadrimestre de 2025

As manifestações recebidas na **categoria denúncia** totalizam **2 protocolos** sobre:



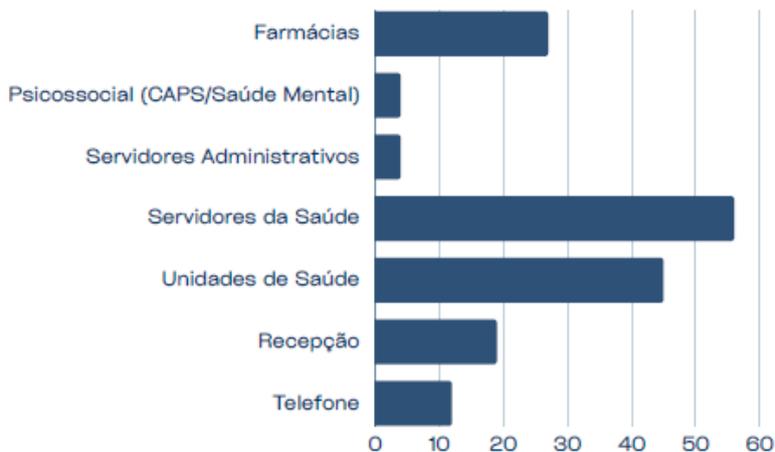
Servidor/Conduta
100%

As manifestações recebidas na **categoria reclamação** totalizam **263 protocolos** distribuídos nos assuntos abaixo:

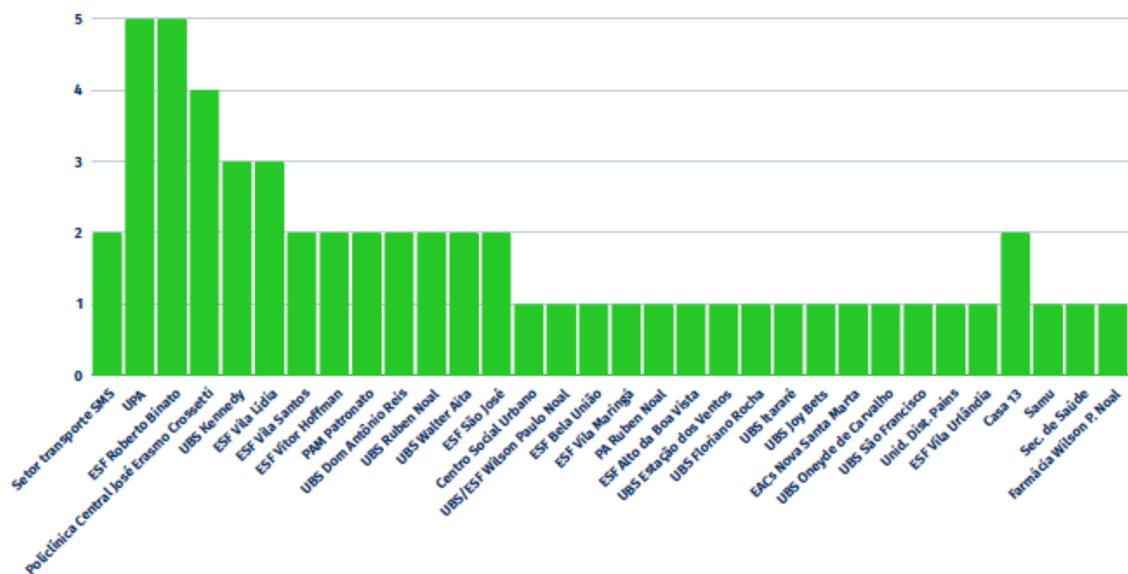


 **Reclamações**

As manifestações de reclamação relacionadas ao **ATENDIMENTO** são direcionadas aos seguintes aspectos:



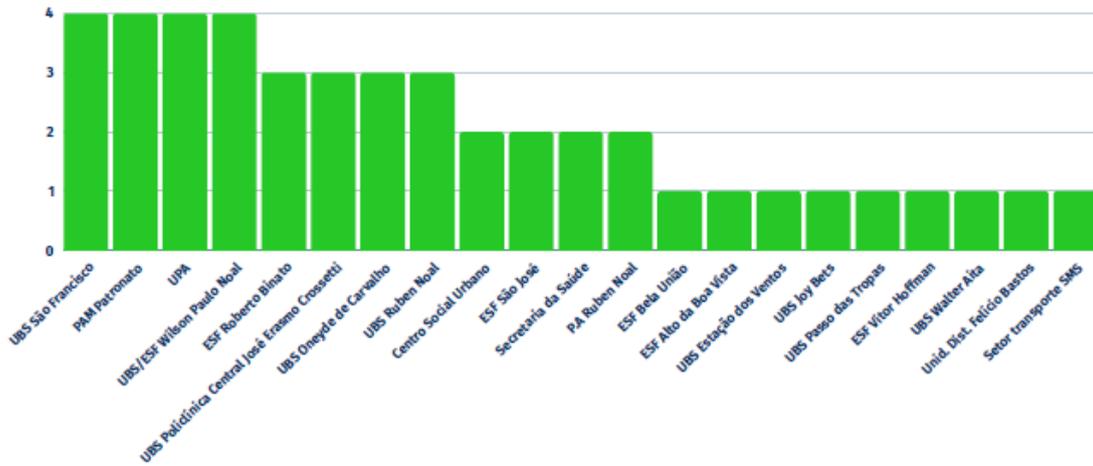
Reclamação por Local Envolvido
Conduta de Servidores



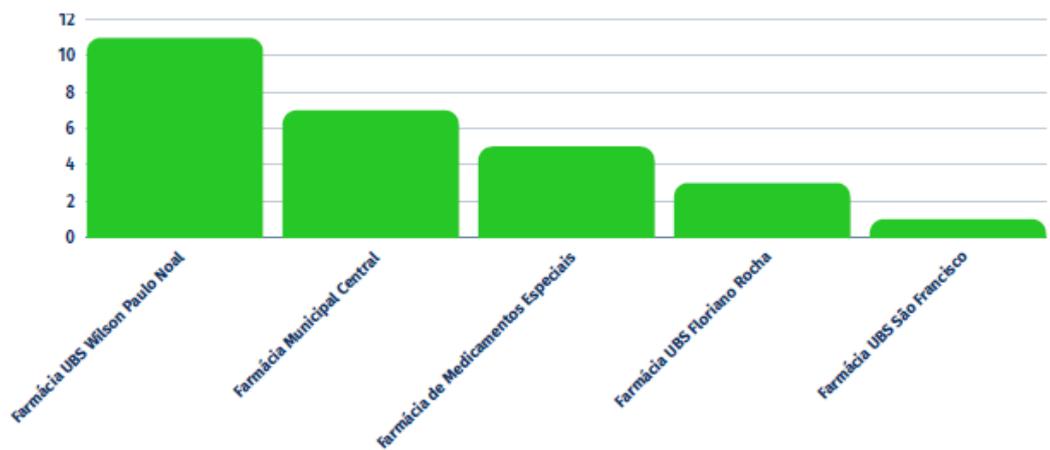


Reclamações

Reclamação por Local Envolvido Atendimento



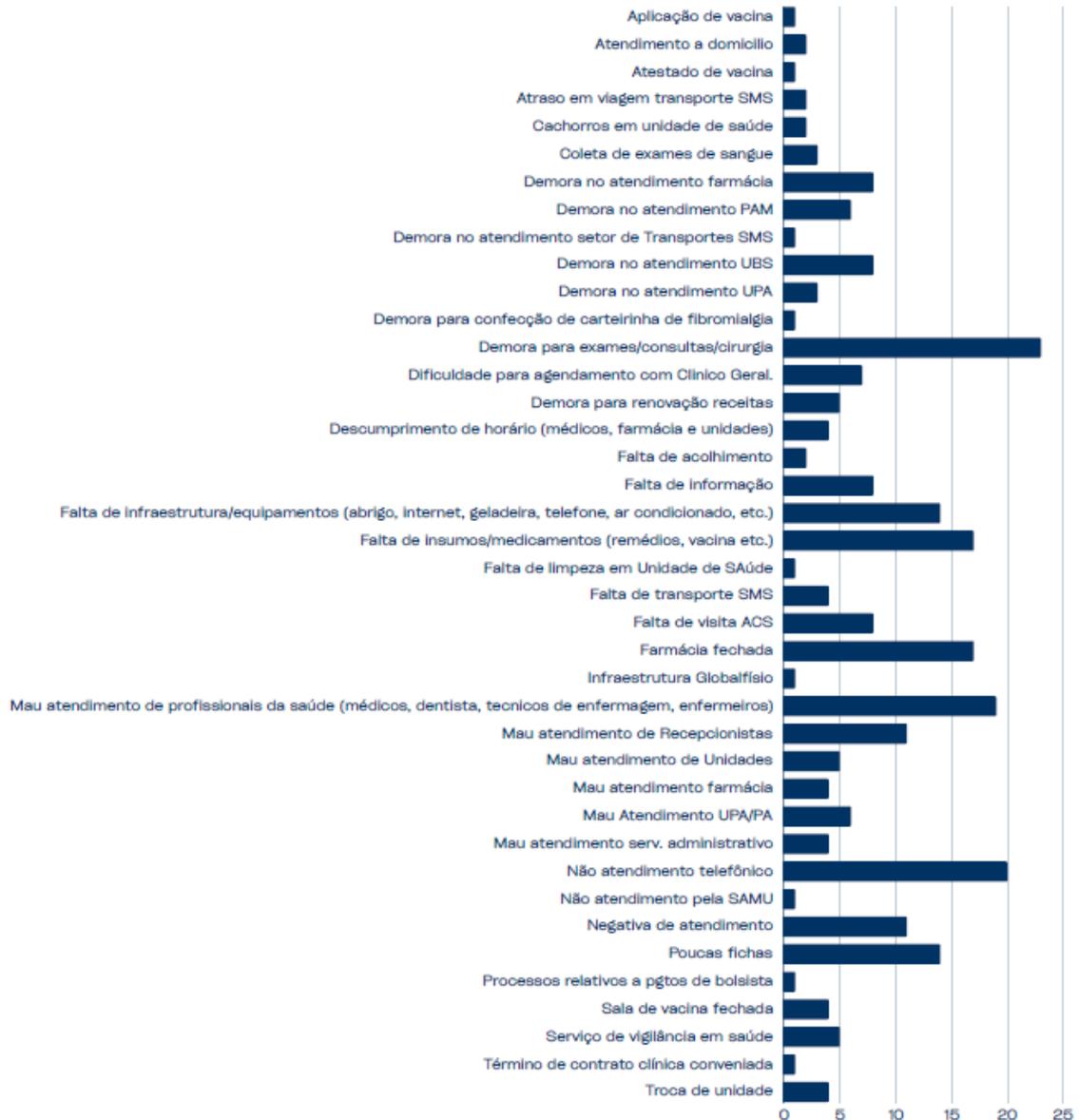
Reclamação por Local Envolvido Farmácias





Relatório Parcial - SMS 1º quadrimestre de 2025

Resumo do teor das manifestações*



*Uma manifestação pode conter mais de um assunto.

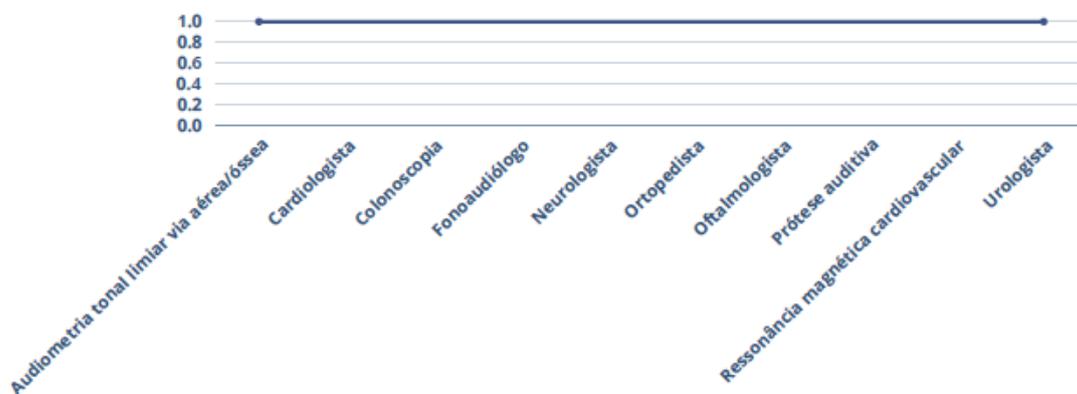


Relatório Parcial - SMS 1º quadrimestre de 2025

As manifestações de reclamação relacionadas ao assunto **SERVIÇOS** são direcionadas aos seguintes aspectos:



Foram classificadas as manifestações que aguardam atendimento especializado e/ou exames conforme abaixo:



Relatório de Acompanhamento

1º quadrimestre de 2025



5.7. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 07: PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

5.7.1. **Objetivo:** Manter as ações de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações em saúde.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | |
|------------------------|--|--|---|--|----------------|----------------|------------|----------------|----------------|----------|--|
| 1 | Monitorar os processos das obras da Secretaria de Município de Saúde no sistema SISMOB. | Percentual de Obras monitoradas. | 100% | 100% | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | |
| | 1. | Produzir relatórios com os andamentos das obras e controlar os prazos apresentados no SISMOB reportando atrasos para o setor responsável pelas obras (SERU). | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td>X</td> </tr> </table> <p>Ação é realizada por secretaria específica responsável pelas obras, pois o sistema SISMOB notifica automaticamente por e-mail ao responsável pelas obras, cadastrado no sistema, para realizar o monitoramento.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | X | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | X | | | | | |
| 2 | Cadastrar e monitorar a destinação e aplicação das Emendas Parlamentares. | Percentual de Emendas monitoradas. | 100% | 100% | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | |
| | 1. | Fazer o cadastro das emendas no sistema do Fundo Nacional de Saúde monitorando os prazos estabelecidos. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Todas as propostas são cadastradas no sistema investSUS em tempo hábil.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | |
| | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 2. | Controlar os gastos de cada Emenda com planilhas e relatórios. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>X</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>A Secretaria De Município Da Saúde não se habilitou para receber recursos neste quadrimestre, pois não tinha aberto o período de indicação de emendas neste momento.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | | | | |
| 3 | Coordenar a elaboração dos instrumentos de gestão | Número de relatórios entregues ao ano. | 03 | 03 | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | |
| | 1. | Coordenar a elaboração dos instrumentos de gestão junto aos superintendentes responsáveis, formatando os documentos para a entrega final no Conselho Municipal de Saúde dentro dos prazos estipulados em legislação. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>O relatório é elaborado em conjunto pelas equipes e superintendentes responsáveis de forma participativa, logo após é enviado os documentos para formatação e ajustes</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|------------------------|-------------|------------|------------|----------------|
| | | | para ser entregue dentro dos prazos estipulados em legislação. O relatório do 3º Q 2024, anual de 2024, PPA 2026-2029. | | | | | |
| | 2. | Inserir no sistema do DIGISUS os instrumentos de gestão dentro dos prazos. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>O DIGISUS é sempre atualizado dentro dos prazos. DIGISUS é um sistema utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para registro de informações e documentos relativos ao plano de saúde e à PAS, bem como para a elaboração do RDQA e do RAG referentes ao ano de 2018 em diante. Por meio do sistema, os relatórios de gestão são enviados para análise e manifestação do Conselho de Saúde.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 4 | Dar continuidade ao Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Gestão. | Número de Reuniões ao Ano. | <table border="1"> <tr> <td>24</td> <td>00</td> </tr> </table> | 24 | 00 | | | |
| 24 | 00 | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Reunir-se 02 vezes por mês para debater soluções e novas estratégias para atingir as metas propostas em cada ano. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> <td>X</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Não foi reativado o Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Gestão.</p> | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL | | | | |
| 5 | Apresentar o relatório de Gestão por Região Administrativa. | Número de apresentações por região quadrimestre. | <table border="1"> <tr> <td>08</td> <td>00</td> </tr> </table> | 08 | 00 | | | |
| 08 | 00 | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1. | Fazer apresentações dos relatórios de gestão nas comunidades, dando visibilidade as ações que estão sendo realizadas. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> <td>X</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>As apresentações por região administrativa não ocorreram neste quadrimestre.</p> | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL | | | | |
| 6 | Submeter, previamente, à apreciação do Conselho Municipal de Saúde os projetos que impliquem recurso financeiro e adesão aos Programas e Convênios das três esferas, firmados com empresas privadas e projetos de lei encaminhados ao Legislativo municipal. | Percentual de Projetos e programas submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde. | <table border="1"> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table> | 100% | 100% | | | |
| 100% | 100% | | | | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |

| | | Ação realizada: | | | |
|---|--|--|----------|---|--------------------------------------|
| | | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | 1. | Encaminhar os projetos e propostas que impliquem em recursos financeiros para apreciação do conselho municipal de saúde. | | | |
| | | Todos projetos e programas são encaminhados para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) para sua apreciação. | | | |
| 7 | Implantar novos serviços de saúde, conforme a necessidade epidemiológica da população santamariense com aprovação do conselho municipal de saúde. | Número de serviços implantados. | | Meta não prevista para este ano. | Meta atingida no ano de 2023. |
| 8 | Avaliar e monitorar os instrumentos de gestão, dando ênfase às metas não atingidas e dados disponibilizados pela ouvidoria a fim de contribuir para o controle e melhor direcionamento das ações previstas. | Número de relatórios de Feedback por ano. | | Meta não prevista para este ano. | Meta atingida no ano de 2024. |

5.8. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 08: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DOS EIXOS NORTEADORES DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPeS)

5.8.1. Objetivo 01: Qualificar os processos e as práticas de trabalho a partir da construção de conhecimento coletiva entre profissionais, gestores e estudantes através de oficinas, encontros, rodas de conversa, seminários e/ou capacitações.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | |
|--------------|--|--|---|--|---|-----|---|---------|
| 1 | Viabilizar atividades de Educação Permanente aos profissionais da SMS. | Número de atividades de EPS desenvolvidas. | 20 | 30 | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1 | Realizar a construção de agenda anual de atividade de EPS (além das atividades campanhistas). | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL |
| | | | Atividade será realizada no 3º quadri de 2025. | | | | | |
| 2 | Realizar cursos de capacitação de acordo com as demandas das demais diretrizes. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | Cada política elencou suas prioridades e está sendo executado conforme programado e também conforme a necessidade do momento. | | | | | |
| 2 | Ofertar aos profissionais recém admitidos na SMS a participação no Curso Introdutório para Servidores. | Razão entre o número de profissionais que realizaram o curso/ número de profissionais admitidos. | 01 | 01 | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1 | Ofertar o curso Introdutório aos profissionais recém admitidos na SMS. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | Realizado através de plataforma online (site google) e disponibilizado via RH. | | | | | |

5.8.2. Objetivo 02: Estimular a participação do NEPES em atividades do controle social em saúde a fim de garantir a atuação da população no processo de formulação e controle das ações e das políticas públicas de saúde.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|--|---|-----|---------|--|
| 1 | Participar e auxiliar na organização das Pré-Conferências e Conferências do Conselho Municipal de Saúde. | Nº de participações do NEPES em Pré e Conferências | 01 | 01 | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1 | Integrar a comissão de organização das Conferências do Conselho Municipal de Saúde. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Integramos a 4ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, realizada no mês de abril/2025. | | | | | | | | |
| 2 | Articular com as Instituições de Ensino Superior a participação de discentes e docentes na organização das Pré-Conferências e Conferências do Conselho Municipal de Saúde. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| NEPeS esteve presente em pré-conferências da Saúde com PET-Saúde UFN, Residentes da Residência Multi UFSM e UFN | | | | | | | | |
| 3 | Realizar a divulgação das Pré-Conferências e Conferências do Conselho Municipal de Saúde. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Foi realizada divulgação através de redes sociais e e-mails dos serviços de saúde. | | | | | | | | |
| 2 | Participar de reuniões da Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde. | Razão entre o número de participação do NEPES/número de reuniões | 01 | 01 | | | | |
| AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| 1 | Integrar à Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde. | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|------------------------|-------------------------------------|---------------|------------|-------------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|----------|--|
| | | Somos integrantes desta comissão, porém, não participamos, pois não está acontecendo até o momento. | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Participar de reuniões da Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>PARCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>L</td> <td></td> </tr> </table> <p>Não está ocorrendo no momento.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIA | | | | | | | L | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIA | | | | | | | | | | | |
| | | | | | L | | | | | | | | | | | |

5.8.3. Objetivo 03: Promover a integração ensino-serviço-comunidade pela articulação dos Serviços de Atenção à Saúde, NEPES e Instituições de Ensino Superior.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|---|---------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|----------|--|
| 1 | Manter o ordenamento dos convênios com as Instituições de Ensino nos Serviços de Atenção à Saúde. | Razão entre o número atual de instituições/Número de convênios. | 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Acompanhar todos os convênios firmados com instituições de ensino na área da saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>L</td> <td></td> </tr> </table> <p>Foram acompanhados 36 convênios e 01 está em processo aditivo.</p> | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | | PARCIA | | | | | | | L | |
| Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | | PARCIA | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | L | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Realizar encontro de gerenciamento da inserção dos alunos de ensino técnico, graduação e pós-graduação das Instituições de Ensino conveniadas com a SMS. | Número de encontros realizados. | 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Organizar os campos de prática, as contrapartidas das universidades, as demandas dos serviços e o comprometimento com as pesquisas realizadas no sus. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>PARCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>L</td> <td></td> </tr> </table> <p>Essa pactuação acontece uma vez por ano aproximadamente no mês de outubro.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIA | | | | | | | L | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIA | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | L | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--------------------------------|-----------------|-----|-----|-----|---------|
| 3 | Gerenciar a inserção dos alunos vinculados aos Serviços de Atenção à Saúde. | | Razão entre o número de alunos vinculados/número de vagas disponibilizadas. | | 01 | 01 | | | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1 | Regular a inserção dos alunos nos campos de práticas da secretaria de saúde, bem como, alinhar as atividades a serem desenvolvidas pelas instituições e as demandas dos serviços de saúde, articulando a educação permanente entre a gestão, instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO |
| | | Foram regulados 1997 estágios no 1º quadrimestre | | | | | | | | |
| 2 | Acompanhar a inserção dos residentes nos campos de prática e o desenvolvimento das atividades no período em que estiverem atuando, pactuando os campos de prática e as atividades realizadas. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Foram regulados 169 residentes uni e multiprofissionais na rede de Santa Maria. | | | | | | | | |
| 4 | Realizar encontros para planejamento das atividades práticas e de estágios a serem desenvolvidas nos Serviços de Atenção à Saúde com as Instituições de Ensino conveniadas. | | Número de encontros realizados | | 04 | 01 | | | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1 | Construir um plano de trabalho entre instituições de ensino e unidades de saúde específico para cada serviço de saúde articulando todas as instituições em prática nos locais, cursos e profissionais envolvidos, para o desenvolvimento das atividades de ensino – serviço. | | | | Ação realizada: | | SIM | | NÃO |
| | | Foi realizado encontro com docentes e servidores para elencar prioridades e construção de um plano de ação por serviço (GESC). | | | | | | | | |
| 2 | Regular todas as visitas realizadas nos serviços de saúde por alunos e instituições de ensino que não configurar estágio ou aula prática. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | Foram reguladas 61 visitas agendadas. | | | | | | | | |
| 5 | Realizar a regulação dos Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão a serem desenvolvidos nos Serviços de Atenção à Saúde. | | Razão entre o Número de projetos avaliados/Número de projetos recebidos. | | 01 | 01 | | | | |
| | AÇÕES | | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1 | Ordenar fluxo a realização de projetos de pesquisa e extensão nos serviços de saúde. | | | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO |
| | | Foram regulados 42 projetos de pesquisa a serem executados na SMS. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------|------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|---------------|--------------------------|
| 2 | Acompanhar anualmente a realização da devolutiva das pesquisas realizadas nos serviços participantes de cada estudo. | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIA | <input type="checkbox"/> |
| | | Foi realizado o acompanhamento de todos os projetos finalizados até o ano de 2024. | | | | | | | |
| 6 | Realizar Mostra e/ou Fórum das experiências desenvolvidas pelas Instituições de Ensino conveniadas e servidores da SMS. | Número de Mostra e/ou Fórum realizados | 01 | | 00 | | | | |
| | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1 | Realizar fórum de integração entre ensino, serviço e comunidade, por meio virtual ou presencial conforme a situação da pandemia permitir. | Ação realizada: | | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | PARCIA | <input type="checkbox"/> |
| | | Não foi realizado, se possível solicito retirada dessa meta. | | | | | | | |
| 7 | Possibilitar aos profissionais dos Serviços de Atenção à Saúde a participação em eventos e cursos realizados pelas Instituições de Ensino conveniadas de forma gratuita. | Número de eventos ou cursos com vagas ofertadas de forma gratuita/profissionais participantes | 02 | | 0 | | | | |
| | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1 | Garantir vagas gratuitas em eventos/cursos realizados pelas instituições conveniadas para os trabalhadores diretamente envolvidos na formação profissional em saúde na SMS. | Ação realizada: | | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> | PARCIA | <input type="checkbox"/> |
| | | Foram disponibilizadas 10 vagas na Jornada Internacional de Enfermagem da UFN. | | | | | | | |

5.8.4. Objetivo 04: Fomentar a autogestão, a mudança no processo de trabalho e a transformação das práticas em serviço a partir do aprender a aprender no trabalho individual, coletivo e institucional no cotidiano pela educação permanente em saúde.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | |
|----|--|--|---|--|-----|-----|---------|---------|--|
| 1 | Ampliar a equipe de servidores lotados no NEPES. | Número de servidores lotados no NEPES | 01 | 00 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1 | Articular junto a gestão municipal a complementação do quadro de funcionários do núcleo de educação permanente em saúde. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | | | Aguardamos o chamamento de profissional via concurso público municipal. | | | | | | |
| 2 | Reestruturar a identidade visual do NEPES. | Percentual da reestruturação da identidade visual. | 25% | 25% | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1 | Reestruturar a identidade visual do NEPES (logotipo, tipografia, grafismos, cores, imagens, valores e princípios a serem transmitidos) para serem utilizadas na divulgação em mídias sociais das ações desenvolvidas | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | | | | Identidade visual já reestruturada e amplamente divulgada. | | | | | |
| 2 | Realizar oficina com os serviços de Atenção à Saúde para elaboração da identidade visual como estratégia de gestão e comunicação positiva em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | | PARCIAL | x | |
| | | | Em articulação com a SECOM. | | | | | | |
| 3 | Publicizar as ações desenvolvidas pelo NEPES e demais Serviços de Atenção à Saúde e Instituições de Ensino conveniadas. | Razão entre o Número de atividades publicizadas/ Número de atividades desenvolvidas | 01 | 01 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| | 1 | Realizar a divulgação mensal de ações e atividades desenvolvidas pelo NEPeS e | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |

| | | | | | | |
|---|---|--|-----|---|-----|-------------|
| | demais Serviços de Atenção à Saúde e Instituições de Ensino conveniadas. | | | | L | |
| | | São divulgadas nas redes sociais as ações realizadas pelo NEPeS e demais serviços em redes sociais e meios de comunicação. | | | | |
| 2 | Divulgar os Relatórios de Gestão (Anual/Quadri) | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIA L |
| | | É divulgado para todas as instituições de ensino e meios de comunicação. | | | | |
| 3 | Divulgar cursos, informativos, rodas de conversas e demais atividades desenvolvidas pelo NEPeS e demais Serviços de Atenção à Saúde e Instituições de Ensino conveniadas. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIA L |
| | | É divulgado os cursos e articulado vagas possíveis de participação nos cursos oferecidos pelas IES. | | | | |
| 4 | Socializar a participação do NEPeS em atividades, encontros e reuniões. | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIA L |
| | | São divulgadas nas redes sociais as ações realizadas pelo NEPeS e demais serviços em redes sociais e meios de comunicação. | | | | |

5.9. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 09: CAPACITAÇÃO, FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

5.9.1. Objetivo: Estabelecer ações buscando qualidade dos serviços de vigilância em saúde.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 |
|----|--|--|--|--|
| 1 | Incluir o Módulo Vigilância em Saúde no Sistema de Informação Consulfarma, para registro das atividades realizadas. | Registro das atividades realizadas pela Vigilância em Saúde | 100% | 00 |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Buscar junto aos Setores competentes a inclusão do Módulo Vigilância em Saúde no Sistema de Informação em Saúde municipal CONSULFARMA. | Ação realizada: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> O Módulo vigilância ainda não foi incluído no sistema de informação municipal. Será mantida a busca pela inserção do mesmo, dada a importância e necessidade deste recurso no sistema. | |
| 2 | Realizar, de forma contínua, a vigilância da qualidade da água para consumo humano, para identificar os potenciais riscos à saúde, relacionados ao consumo da água fora dos padrões de potabilidade, conforme legislação específica. | Percentagem de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. (SISPECTO 10) | 100% | 100% |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Monitorar e inspecionar os sistemas de abastecimento e soluções alternativas coletivas. | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> Inspeções foram realizadas em sistemas de abastecimento e soluções alternativas coletivas e relatórios de inspeção foram elaborados. Foram realizadas 1 (uma) inspeção nas instalações de Sistema de Abastecimento de Água e 4 (quatro) inspeções em carros-pipa carros-pipa. | |
| 2. | Coletar amostra de água dos sistemas de abastecimento e soluções alternativas. | | Ação realizada: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> O monitoramento foi realizado conforme estabeleceu a Matriz de Intervenção do Ministério da Saúde (2018) e conforme Plano de | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|------------------------|------------|----------|------------|----------------|
| | | | Amostragem 2025 elaborado pela equipe do Programa VIGIAGUA, totalizando 463 (quatrocentos e sessenta e três) amostras de água coletadas. As coletas mínimas da Diretriz Nacional foram realizadas para o 1º quadrimestre de 2025, meta de 136 (cento e trinta e seis) amostras coletadas. Tabela 1 e Figura 1 no ANEXO I dos ANEXOS da Diretriz Nº 9. | | | | | |
| | 3. | Coletar amostra de água na sede do Município em Hospitais, Unidades de Saúde, CAPS; pontos de aglomeração de pessoas como rodoviária, shoppings, centros comerciais; pontos de início, meio e fim da rede de distribuição de água. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Conforme Plano de Amostragem 2025, o monitoramento da água para consumo humano é organizado em 10 (dez) rotas de coleta mensal que englobam todos esses pontos de amostragem, em conformidade com a Diretriz Nacional de Plano de Amostragem (2016), totalizando 114 (cento e quatorze) pontos de amostragem mensais.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 3 | Realizar, de forma contínua, a vigilância da qualidade da água para consumo humano, para identificar os potenciais riscos à saúde, relacionados ao consumo da água fora dos padrões de potabilidade, conforme legislação específica. | | Proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas. | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Elaborar processo sanitário pela não conformidade com a legislação que rege as questões relativas às ações de vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>2 (duas) Notificações e 3 (três) Autos de Infração foram lavrados quando verificadas não conformidades e risco a saúde da população.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| | 2. | Atender solicitações de outros órgãos: Ministério Público, CORSAN. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Todas as demandas de outros órgãos foram atendidas.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 4 | Ampliar o cadastramento e o monitoramento das Soluções Alternativas Coletivas na área rural do município. | | Proporção do número de cadastro por ano | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Desenvolvimento de um programa de cadastramento e regularização de fontes alternativas de abastecimento de água para consumo humano, junto as Secretarias de Meio Ambiente, Desenvolvimento Rural e Emater. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>2 (duas) Reuniões foram realizadas entre as pastas interessadas na regularização de soluções alternativas sob responsabilidade da Prefeitura Municipal de Santa Maria, a elaboração de Termo de Referência para contratação de empresa especializada no serviço</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|------------------------|----------------|----------|------------|----------|----------------|--|
| | | | está em andamento. | | | | | | | |
| | 2. | Buscar, junto aos responsáveis pelas soluções coletivas de abastecimento, a promoção da desinfecção da água para consumo humano. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>2 (duas) Reuniões foram realizadas entre as pastas interessadas no tratamento da água para consumo humano de soluções alternativas sob responsabilidade da Prefeitura Municipal de Santa Maria, a elaboração de Termo de Referência para contratação de empresa especializada no serviço está em andamento.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | | | | | |
| 5 | Realizar, pelo menos, uma Capacitação Intersetorial em Vigilância, por quadrimestre, a todos os profissionais da vigilância em saúde por meio de Oficinas. | | Número de Oficinas | | | | | | | |
| | | | 03 | | | | | | | |
| | | | 00 | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Realizar Oficina intersetorial para atualizar e qualificar os profissionais a fim de desenvolver e promover a vigilância em saúde: vigilância em saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e Imunizações, vigilância ambiental e vigilância sanitária, propondo medidas de intervenção em diferentes contextos sociais por meio da articulação das experiências práticas. Instrumentalizar os profissionais para a interpretação das informações visando à construção da análise de situação de saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>X</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Não houve no período nenhuma oficina dos trabalhadores da vigilância em saúde. Há o planejamento de ocorrer no próximo quadrimestre.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | | | |
| 6 | Aumentar e qualificar as fontes notificadoras de agravos relacionadas ao trabalho. | | Taxa de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho. (4.416 - 40 notificações/10.000hab. =1.104/ano (100%)) (INDICADOR-17/RS 2024-2027) | | | | | | | |
| | | | 48,00 | | | | | | | |
| | | | Foram notificados 354 agravos relacionados ao trabalho, correspondendo a taxa de 13,03 . | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Promover o desenvolvimento de ações de intervenção (campanhas de orientação aos empreendedores e trabalhadores, e elaboração de instrumentos mais adequados à fiscalizações direcionadas às atividades de maior risco a saúde do trabalhador), baseada nas evidências obtidas após análise dos dados das notificações de acidentes e informações gerais advindas das fontes notificadoras, por meio de planejamento integrado e Intersetorial. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Neste quadrimestre foram realizadas 8 (oito) capacitações referentes as notificações SINAN em unidades de saúde e medicina do trabalho de empresas privadas.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------|--|--|---|--------------------------------|-------------|------------|----------------|--|
| | 2. | Construir relatórios com informações qualificadas sobre as lesões e mortes causadas no trânsito, notificadas no SINAN. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Durante este quadrimestre não houve mortes no trânsito relacionadas ao trabalho. | | | | | |
| | 3. | Construir relatórios com informações qualificadas sobre as lesões e mortes causadas no trânsito. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Relatório parcial revela 21 acidentes de trajeto, no entanto nenhum óbito relacionado a acidente de trânsito ligado ao trabalho. | | | | | |
| 7 | Realizar todos os grupos de Ações Essenciais à atuação da Vigilância Sanitária do Município | | Percentual de realização de no mínimo 6 ações de Vigilância Sanitária, consideradas essenciais | | 100% | | 100% | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | 1. | Cadastrar e inspecionar estabelecimentos sujeitos à VISA. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Foram inspecionados 624 estabelecimentos que solicitaram licença sanitária. Destes, 51 são cadastros novos, 273 são processos de renovação, 103 são inspeções realizadas por denúncias e 197 são reinspeções e inspeções em estabelecimentos considerados de baixo risco sanitário que, de acordo com a Lei da Liberdade Econômica não necessitam de licença Sanitária e, portanto não tem cadastro na VISA.(ANEXOS DIRETRIZ ESTRATÉGICA 09) | | | | | |
| | 2. | Realizar atividades educativas para a população e para o setor regulado. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | As atividades educativas para a população e para o setor regulado são realizadas permanentemente ao longo do ano, portanto esta ação foi realizada 100% no 1º quadrimestre | | | | | |
| | 3. | Receber e atender denúncias. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Foram atendidas 100% das denúncias apresentadas. | | | | | |
| | 4. | Instaurar processo administrativo sanitário. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Foram instaurados 100% dos processos administrativos sanitários referentes aos autos de infração emitidos. | | | | | |
| | 5. | Licenciamento de estabelecimentos sujeitos à VISA. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| | | | Foram licenciados 65% dos estabelecimentos que solicitaram Licença Sanitária (cadastros novos e renovações) | | | | | |
| | 6. | Análise e aprovação de projetos básicos de arquitetura. | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|------------------------|----------------|------------|----------------|----------------|
| | | | Foram analisados 100% dos projetos básicos de arquitetura e aprovados 65% destes projetos. | | | | | |
| 8 | Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho. | Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados. (INDICADOR-18/RS 2024-2027) | 100% Ocorreu um óbito relacionados ao trabalho que foi investigado e finalizado. | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Realizar busca ativa das informações dos óbitos através de boletins de ocorrência policial, declaração de óbito, ficha do SINAN de acidente do trabalho, SAMU, mídia, entre outros. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foi realizada busca ativa em órgãos públicos, bem como informações da imprensa local.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | |
| | 2. | Realizar vistorias nos ambientes e processos de trabalho por meio de inspeção em empresas, estabelecimentos e locais de trabalho. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Foram realizadas 3 (três) inspeções em vigilância do trabalhador (postos de combustíveis, frigoríficos e padarias/confeitarias).</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 3. | Alimentar o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador- SIST – RS com as investigações de óbitos relacionados ao trabalho regularmente. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>O SIST está sendo alimentado com as informações relacionadas aos óbitos, sendo encaminhado a 4ª CRS para avaliação e validação de dados, buscando a finalização das investigações.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | |
| 9 | Preencher o campo de “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. | Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações relacionadas ao trabalho. (SISFACTO 23) | 100% 100% | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Monitorar os dados com outros sistemas de informação SIM, SINAN. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Os dados referentes à saúde do trabalhador são monitorados através dos sistemas SIM e SINAN.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 2. | Alimentar o Sistema de Informações de Doenças e Agravos de Notificação - SINAN com as notificações relacionadas à Saúde do Trabalhador regularmente. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Todas as notificações que chegam na VISAT são colocadas no SINAN. Foram inseridas 354 notificações no SINAN referente a ocupação dos trabalhadores.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|--|--|---|--|---|------------|------------|----------------|----------------|
| 10 | Realizar Diagnóstico Situacional dos acidentes de trânsito ocorridos no município. | | Percentual de das de investigações notificações acidentes no trânsito. | 100% | 0% No momento não foram disponibilizados dados referente a esta ação, pois necessitamos das informações da Secretaria de Infraestrutura e Mobilidade | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Monitorar e investigar os acidentes e óbitos através do Comitê intersetorial do programa Vida no Trânsito. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL |
| | | | | No momento não foram disponibilizados dados referente a esta ação, pois necessitamos das informações da Secretaria de Infraestrutura e Mobilidade. | | | | | |
| 2. | Traçar perfil dos tipos de acidentes e desenvolver sugestões para intervenção na mobilidade urbana. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| | | | No momento não foram disponibilizados dados referente a esta ação, pois necessitamos das informações da Secretaria de Infraestrutura e Mobilidade. | | | | | | |
| 11 | Elaborar Boletim Epidemiológico por Região Administrativa. | | Número de Boletins realizados por quadrimestre. | 03 | 00 | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Coletar dados a partir dos sistemas de informação – SIM, SINASC e SINAN. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | | Os dados foram compilados dos sistemas e apresentados no anexo, em relação ao município como um todo. | | | | | |
| 2. | Sistematizar os dados coletados por região administrativa e disponibilizar para Rede Municipal de Saúde. | | Ação realizada: | SIM | | NÃO | x | PARCIAL | |
| | | | Em função da reorganização e mudança na equipe que atua junto a vigilância epidemiológica do município, o boletim, com dados por região, será realizado com os dados do primeiro semestre de 2025. | | | | | | |
| 12 | Ações integradas entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde. | | Integração das ações realizadas | 100% | 95% | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Monitorar as notificações de Violência interpessoal/ autoprovocada, bem como, fornecer a devolutiva dos dados epidemiológicos. | | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | | PARCIAL |
| | | | -Realizada a digitação das fichas de notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada no sistema de informações SINAN; -Prestado apoio Técnico aos serviços, quanto aos encaminhamentos a rede de proteção as pessoas em situação de violência; -Enviado as politicas de saúde mental, saúde da criança e | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|------------------------|----------------|----------|------------|----------------|----------|
| | | adolescente, saúde da mulher e saúde do idoso os dados para compor o relatório de gestão; -Encaminhado as notificações das lesões auto provocadas para o acolhe e as notificações de violência contra crianças e adolescentes para a política da criança. -Enviado Nota Técnica, para os serviços de saúde, quanto ao preenchimento correto das fichas de notificações. | | | | | | |
| 2. | Participar da construção da linha de cuidado das pessoas em situação de violência com os vários setores envolvidos. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>-Participado de reuniões de Grupos de Trabalho e Fóruns para a discussão e construção de fluxos de atendimento de pessoas em situação de violência; -Participado das reuniões com a equipe de Implantação do Lei da Escuta Protegida dos municípios da 4ª CRS; -Participado de reunião com a enfermeira responsável do SESAI.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 3. | Fomentar nos serviços a Prevenção da violência e a Cultura da Paz, integrando saúde e escola. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>-Realizado capacitação no curso de Farmácia da UFSM, na temática da violência (realizado dois encontros).</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 4. | Manter a participação efetiva: Grupo integrado de Enfrentamento as violências; Fórum Permanente de Saúde Mental da Região Central; Fórum de Violência Contra Mulher e Comissão Interna de Prevenção e Acidentes e Violência Escolar. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> <td>x</td> </tr> </table> <p>- Participado parcialmente do Fórum de Violência contra Mulher; -As reuniões do Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências e do Fórum de Saúde Mental não estão ocorrendo; -Participado efetivamente das reuniões do Comitê de Escuta Especializada e do Comitê do Programa Vida no Trânsito.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | x |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | PARCIAL | x | | | |
| 5. | Participação na organização dos eventos relacionados a prevenção à Violência Interpessoal/ Autoprovocada com os vários setores. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Participado da organização do Seminário Regional : Efetivação da Lei 13431/2017 nos municípios da 4ª CRS: O papel dos Comitês de Gestão Colegiada na Proteção de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Atividade referente ao Maio Laranja (Combate ao abuso e a exploração sexual infantil no Brasil).</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|--------------------------------|----------------|----------------|--|
| 13 | Ampliar a cobertura vacinal das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade- Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10 valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) | | Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade, com cobertura vacinal preconizado (SISFACTO 4) | | 75% | 100% | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. | Realizar, junto a APS, busca ativa de crianças faltosas à vacinação. | Ação realizada: | | | | |
| | | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | |
| | | - As unidades de saúde mantêm a busca ativa por meio das ações em escolas, foram realizadas mais de 200 atividades do Programa Saúde na Escola entre janeiro-abril 2025. Observou-se que, destas ações, intensificou-se a vacinação nas Escolas entre março e abril de 2025, com mais de 600 doses aplicadas entre as vacinas influenza, HPV, Febre amarela, tríplice viral, dupla adulto, hepatite B e meningocócica ACWY. | | | | | |
| 2. | Ampliar a oferta das vacinas de rotina, através da reorganização de horários das salas de vacina. | Ação realizada: | | | | | |
| | | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | |
| | | - A ampliação da oferta de vacinas de rotina ocorreu por meio da realização dos turnos estendidos/alternativos nas unidades de saúde, porém, duas salas de vacina (ESF Maringá e ESF Vitor Hoffman) estavam sem oferta por falhas técnicas da câmara de vacinas. A falha já foi corrigida e os locais retornaram à normalidade no mês de maio de 2025. - Entre os meses de janeiro e abril de 2025, foram aplicadas aproximadamente 1700 doses de vacinas (Rotina e Covid), por meio da oferta em turno estendido. - Destaca-se que mesmo diante de problemas operacionais nas salas de vacinas supracitadas, os percentuais de coberturas vacinais demonstram-se satisfatórios, em crianças menores de 2 anos: | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|---|------------------------|------------|------------|------------|----------------|
| | | | Pentavalente, 3ª dose: 90% Pneumocócica 10, 2ª dose: 85% Poliomielite, 3ª dose: 89% Tríplice viral, 1ª dose: 87% Fonte: Ministério da Saúde. Painel Nacional de Cobertura Vacinal por município de residência, dados extraídos em 21/05/25. | | | | | |
| | 3. | Realizar ações de intensificação da vacinação de crianças, principalmente em Períodos de campanhas de vacinação (poliomielite e multivacinação), participando ativamente de ações como “dia D” de vacinação. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> No primeiro quadrimestre, não ocorreu Dia D de mobilização estadual ou nacional. Entretanto, na busca pela ampliação do acesso à imunização, realizou-se vacinação extramuros no evento Prefeitura nos Bairros, em março/2025, com mais de 200 aplicadas entre vacinas de rotina e Covid. Também, em 05/04/25 o município realizou ação de abertura de vacinação contra influenza 2025, com 2900 doses aplicadas em 06 locais de vacinação. Em 26/04/25 realizou-se mobilização para vacinação contra Influenza, no Bairro Perpétuo Socorro, com oferta na Unidade de saúde Joy Bets (mais de 190 doses aplicadas). Também ocorreu oferta de vacinação de rotina (62 doses aplicadas) e vacinação de acamados contra influenza (52 acamados). | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 14 | Capacitar e/ou atualizar 100% dos profissionais de enfermagem que atuam em salas de vacinas. | Percentual de profissionais a serem capacitados e/ou atualizados por ano. | <table border="1"> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table> | 100% | 100% | | | |
| 100% | 100% | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Realizar treinamento teórico e prático sobre sala de vacinas e rede de | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> <td>x</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | NÃO | x | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | NÃO | x | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|------------|--|--|--|------------------------|------------|----------|------------|----------------|
| | | frio aos novos profissionais/vacinadores. | | Entre os meses de janeiro e abril de 2025, não houve novos profissionais para treinamento em sala de vacina. | | | | | |
| | 2. | Realizar capacitações periódicas referentes às campanhas anuais de vacinação. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Realizado encontro com vacinadores em 02/04/25 para tratar sobre a vacinação contra influenza no município. Discutiu-se sobre os grupos que poderiam se imunizar, estratégias de vacinação e organização das salas de vacina. Também, foi discutido sobre o calendário de vacinação do serviço privado, na busca por qualificar o atendimento ao usuário que migra das salas de vacina privadas para as públicas.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 3. | Realizar capacitações de atualização em sala de vacinas para os profissionais já atuantes. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>x</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>No encontro de 02/04/2025, enfermeira convidada, externa, abordou a temática referente as vacinas utilizadas no serviço privado, como avaliar o cartão vacinal de quem se imunizou nestes serviços e como proceder quando o usuário migra para as salas de vacina públicas.</p> <p>Também foi oportuno para discutir sobre as atualizações do calendário nacional de vacinação e esclarecer dúvidas sobre os registros dos vacinados nos sistemas de informação.</p> | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| 15 | | Investigar registros de óbitos em mulher em idade fértil (10 a 49 anos) | Percentual investigação (SISPACTO 02) | de | | | | | |
| | | | 100% | 78,3% | | | | | |
| | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Investigar a partir das Declarações de Óbito de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, residentes no município, por meio de verificações dos prontuários médicos das instituições de saúde, sistema de informação municipal e visitas domiciliares. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Desde o segundo quadrimestre de 2022, as investigações de óbitos de mulheres em idade fértil, SOMENTE são lançadas no SIM Nacional e SIM Municipal após a Investigação Domiciliar realizada pelas Unidades de Atenção Primária de Saúde, conforme acordado em reunião com representante da Política de Saúde da Mulher.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 2. | Alimentar e monitorar o sistema de Informação de Mortalidade - SIM. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Realizado 100% das declarações de óbito de mulheres em idade fértil.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | | |
| | 3. | Encaminhar os casos para Política da Mulher e do Adolescente. | | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Realizado 100% das declarações de óbito de mulheres em idade</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|------------|------------|------------|
| | | | fértil. | | | |
| 16 | Investigar registro de óbitos com causa básica definida | Percentual de investigação (SISACTO 03) | 95% | 94,23% | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. Realizar investigação dos óbitos de pessoas residentes no município junto aos serviços de saúde por meio de verificações dos prontuários médicos, sistema de informação municipal e visitas domiciliares, analisando a história clínica dos pacientes a fim de determinar a causa de óbito. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO |
| | | | Realizado parcialmente devido a troca de profissionais no Setor de Vigilância Epidemiológica, além da redução da equipe. | | | |
| 17 | Investigar casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação | Percentual de investigações encerradas em 60 dias (SISACTO 05) | 95% | 70% | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. Manter contato permanente com as CCIHs, Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HUSM e Unidades de Saúde, no sentido de qualificar e encerrar o processo de investigação epidemiológica. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO |
| | | | Realizado sempre que necessário. | | | |
| | 2. Encaminhar cópia das notificações de dengue, Zika, chikungunya, hantavirose e leptospirose à Vigilância Ambiental, para realização das ações pertinentes ao setor. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO |
| | | | Realizado em 100% das notificações de dengue, Zika, chikungunya, leishmaniose, hantavirose e leptospirose. | | | |
| 3. Digitar e monitorar diariamente no SINAN os casos de DNC. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | |
| | | Realizado em 100% das notificações. | | | | |
| 4. Encaminhar coletas de exames ao LACEN para diagnóstico laboratorial. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | |
| | | Realizado sempre que possível uma vez que em 10% dos casos as coletas são realizadas por Laboratórios particulares e as vezes não há possibilidade ou tempo oportuno para envio da amostra. | | | | |
| 18 | Monitorar e investigar casos de toxoplasmose | Percentual investigado | 95% | 100% | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | |
| | 1. Realizar o monitoramento contínuo das notificações em relação a toxoplasmose em gestante, toxoplasmose congênita e toxoplasmose adquirida. | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO |
| | | Realizado em 100% das notificações recebidas. | | | | |
| 2. Realizar busca ativa nos laboratórios conveniados o resultado | | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | |
| | | Realizado em 100% das notificações recebidas. | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--------------------------------|------------|------------|----------------|----------------|
| | | confirmatório da toxoplasmose. | Realizado diariamente. | | | | | |
| | 3. | Monitorar os casos positivos através da referência da Atenção Básica e Hospital de referência (HUSM). | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| | | | Realizado em 100% dos casos notificados | | | | | |
| | 4. | Encaminhar coletas de exames ao LACEN para diagnóstico laboratorial. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| | | | Realizado em 98% dos casos notificados, pois em alguns casos os pacientes não realizam os exames de pré natal. | | | | | |
| 19 | Combater o Aedes aegypti. | | <table border="1"> <tr> <td>04</td> <td>00</td> </tr> </table> | 04 | 00 | | | |
| | 04 | 00 | | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Realizar ações de acordo com o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>O município desenvolve ações em consonância com o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), com foco na adoção de estratégias integradas para a prevenção e o combate ao Aedes aegypti. Dentre essas ações, destacam-se o Levantamento de Índice e tratamento, o Levantamento Rápido de Índices de Infestação (LIRAA) e atividades educativas voltadas à mobilização social, com o objetivo de eliminar criadouros e conscientizar a população. Todas as iniciativas seguem as diretrizes nacionais, reafirmando o compromisso municipal na redução dos casos de dengue e outras arboviroses, e promovendo uma resposta eficiente às necessidades locais de saúde pública.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |
| 20 | Implantar o monitoramento por Ovitampas. para Aedes aegypti. | | <table border="1"> <tr> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </table> | 0% | 0% | | | |
| | 0% | 0% | | | | | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Realizar a implantação e manutenção das ovitampas | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td>PARCIAL</td> </tr> </table> <p>Para o ano de 2025, o município pactuou o percentual de 0% de cobertura pelo monitoramento do Aedes aegypti por meio de</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | PARCIAL | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|------------------------|----------------|------------|------------|----------------|----------------|----------|
| | | | ovitrampas. Durante esse período, está sendo realizada uma avaliação detalhada para definir a quantidade ideal de armadilhas a serem implantadas, o número de agentes que atuarão diretamente no processo e a logística mais eficiente para sua execução. A análise também contempla a frequência adequada para a manutenção e substituição das armadilhas, assegurando que o monitoramento seja planejado de forma estratégica e eficaz para futuras ações de controle vetorial. Para viabilizar a aquisição dos materiais, já foram elaborados o Termo de Referência (TR) e o Estudo Técnico Preliminar (ETP) para a compra das ovitrampas. | | | | | | | |
| | 2. | Analisar e utilizar os dados coletados através do uso das ovitrampas para a efetivação de ações de controle do mosquito <i>Aedes aegypti</i> . | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td></td> <td>NÃO</td> <td>X</td> <td>PARCIAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>Para o ano de 2025, o município pactuou a cobertura de 0% no monitoramento do <i>Aedes aegypti</i> por meio de ovitrampas. No entanto, com a futura implementação do sistema de monitoramento, será possível iniciar a coleta e análise das amostras, visando obter índices de infestação mais precisos. Esses dados permitirão direcionar as ações de controle do mosquito de maneira mais eficaz, assegurando uma resposta ágil e estratégica na redução de focos e na prevenção das arboviroses no município.</p> | Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | |
| Ação realizada: | SIM | | NÃO | X | PARCIAL | | | | | |
| 21 | Combater e controlar as zoonoses prevalentes de interesse em Saúde Pública. | | Percentual de investigação. | | | | | | | |
| | | | 90% | | | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | | | |
| | 1. | Manter contato permanente com as CCIHs, Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HUSM e Unidades de Saúde. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td>x</td> </tr> </table> <p>Os casos de zoonoses (antropozoonoses) informados pelos serviços de saúde e constantes da Portaria de Notificação Compulsória são investigados e informados. Leptospirose, Leishmaniose Visceral, Febre Amarela.</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | x |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | x | | | | |
| 2. | Encaminhar coletas de exames ao LACEN para diagnóstico laboratorial. | <table border="1"> <tr> <td>Ação realizada:</td> <td>SIM</td> <td>X</td> <td>NÃO</td> <td></td> <td>PARCIAL</td> <td>x</td> </tr> </table> <p>Encaminhadas amostras de 13 (treze) morcegos insetívoros relacionados a presença de contactantes humanos. Todos negativos para Raiva. Setor de Virologia da UFSM. Parceria institucional CEVS/UFSM. Encaminhados ao LACEN-RS, amostras de 1 (um) Bugio (<i>Alouatta guariba clamitans</i>). Encaminhadas 3 (três) amostras de sangue canino para diagnóstico</p> | Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | x | |
| Ação realizada: | SIM | X | NÃO | | PARCIAL | x | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|-----|------------|----------|------------|----------------|
| | | | de Leishmaniose Visceral Canina para o LADOPAR/UFSM. Um cão veio a óbito naturalmente, e os outros 2 (dois) cães positivos/reagentes foram eutanasiados com autorização do proprietário. | | | | | | |
| 22 | Garantir cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose, para crianças de 01 ano de idade. | | Percentual de cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose, para crianças de 01 ano de idade. (INDICADOR-08/RS 2024-2027) | | 92% | | 87,4% | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Realizar, junto a APS, busca ativa de crianças faltosas à vacinação. | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | | As Unidades de saúde realizam a busca ativa por meio das ações do Programa saúde na Escola, avaliando e atualizando o cartão vacinal. | | | | | |
| | 2. | Manter a oferta em sala de vacina e intensificar as ações de vacinação em períodos de campanha. | | Ação realizada: | | SIM | x | NÃO | PARCIAL |
| | | | A oferta de vacinação foi ampliada por meio dos turnos estendidos e alternativos nas unidades de saúde. | | | | | | |
| 23 | População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC. | | População abastecida por Solução Alternativa Coletiva abastecida por SAC. (INDICADOR-16/RS 2024-2027) | | 50% | | 32,01% | | |
| | AÇÕES | | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Fomentar a criação de um programa, com as demais secretarias, para a regularização das soluções de abastecimento de água (SACs). | | Ação realizada: | | SIM | X | NÃO | PARCIAL |
| | | | | 2 (duas) Reuniões foram realizadas entre as pastas interessadas na regularização de soluções alternativas sob responsabilidade da Prefeitura Municipal de Santa Maria, a elaboração de Termo de Referência para contratação de empresa especializada no serviço está em andamento. | | | | | |
| | 2. | Verificar, junto aos responsáveis pelas SACs, a regularização das Soluções de Abastecimento de Água. | | Ação realizada: | | SIM | | NÃO | PARCIAL |
| | | | 1 (uma) SAC está em processo de regularização. | | | | | | |

ANEXOS DIRETRIZ ESTRATÉGICA 09: CAPACITAÇÃO, FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

RELATÓRIO DE GESTÃO 1º QUADRIMESTRE 2025

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA:
 INDICADOR 20**

| Nº | Tipo | Indicador | Unidade | Série Histórica- Santa Maria | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------|---|---------|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| 20 | U | Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano | % | - | - | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Objetivo e relevância do Indicador: Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam:

- (i) Cadastro e inspeção de estabelecimentos sujeitos à Visa;

- (ii) Realização de atividades educativas para população e para o setor regulado;
- (iii) Recebimento e atendimento de denúncias;
- (iv) Instauração de processo administrativo sanitário.
- (v) Licenciamento de estabelecimentos sujeitos à VISA
- (vi) Análise e aprovação de projeto básicos de arquitetura

A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

Método de cálculo - Se foram realizados até 6 grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo:

(Número de grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias realizadas pelo município) / (6) X 100

Se foram realizados os 7 grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.

A Vigilância em Saúde de Santa Maria, realizou ações referentes aos 6 grupos da Vigilância Sanitária Pactuado, atingindo 100% da meta neste 1º Quadrimestre.

Análise dos dados parciais encontrados:

Os dados abaixo representam as atividades realizadas pactuadas pela Vigilância Sanitária de Santa Maria, que é composta pelas seguintes coordenarias:

COSIS - Coordenadoria de Serviços de Interesse da saúde;

COPIS – Coordenadoria de Produtos de Interesse à Saúde;

COFALI – Coordenadoria de Fiscalização de Alimentos;

COFEISA - Coordenadoria de Fiscalização de Estabelecimentos de Interesse à Saúde

COESA - Coordenadoria de Engenharia Sanitária.

PAS – Processo Administrativa Sanitário

1. Atividades e ações de Vigilância Sanitária, pactuadas 1º Quadrimestre 2025:

| Ações de Vigilância Sanitária | Número absoluto | | | | | | | Considerações (Ações, Monitoramento e Avaliação) |
|---|-----------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|---|
| | COSIS | COPIS | COFALI | COFEISA | COESA | PAS | TOTAL VISA | |
| Cadastramento de estabelecimentos sujeitos à VISA | 28 | 06 | 03 | 14 | NA | NA | 51 | 1. Registro SIA-SUS inferior ao executado. 2. As atividades de <u>baixo risco sanitário</u> são inspecionadas, porém não são licenciáveis, conforme previsto no Decreto Municipal nº 126/2022. |
| Inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA | 191 | 171 | 128 | 92 | 42 | NA | 624 | |
| Licenciamento de estabelecimentos sujeitos à VISA | 97 | 61 | 19 | 32 | NA | NA | 209 | |
| Realizar atividades educativas para a população e para o setor regulado | 37 | 129 | 08 | 21 | 05 | NA | 200 | |
| Receber e atender denúncias | 08 | 05 | 72 | 12 | 06 | NA | 103 | |
| Instaurar de processo administrativo sanitário | NA | NA | NA | NA | NA | 69 | 69 | |
| Análise de projetos básicos de arquitetura | NA | NA | NA | NA | 51 | NA | 51 | |
| Aprovação de projeto básico de arquitetura | NA | NA | NA | NA | 32 | NA | 32 | |

NA – Não se Aplica

| 2. Atividades e ações de Vigilância Sanitária não pactuadas, mas desenvolvidas 1º Quadrimestre 2025: Atividades e Ações de Vigilância Sanitária | Número absoluto | | | | | | | Considerações (Ações, Monitoramento e Avaliação) |
|---|-----------------|-------|--------|---------|-------|-----|-------|---|
| | COSIS | COPIS | COFALI | COFEISA | COESA | PAS | TOTAL | |
| *Cadastro de Instituição de Longa Permanência para Idosos | 01 | NA | NA | NA | NA | NA | 01 | <p>1. Itens marcados com * referem-se àquelas atividades realizadas pelos setores da VISA-SM, que possuem código de ações no SIA-SUS, porém não estão previstas no rol das ações pactuadas.</p> <p>2. Itens marcados com ** referem-se às atividades realizadas pelos setores, porém sem previsão nas ações do SIA SUS.</p> <p>3. Conforme informado nos relatórios anteriores, há insuficiência de registro no SIA-SUS de todos os procedimentos realizados pela Vigilância Sanitária, que possuem código de ações no SIA-SUS.</p> |
| *Inspeção sanitária de Instituições de Longa Permanência para Idosos | 15 | NA | 17 | NA | 12 | NA | 44 | |
| *Licenciamento sanitário de Instituições de Longa Permanência para Idosos | 02 | NA | NA | NA | NA | NA | 02 | |
| ***Conclusão de processo administrativo sanitário (P.A.S) | NA | NA | NA | NA | NA | 58 | 58 | |
| Cadastro de estabelecimentos de serviços de alimentação | NA | NA | 03 | NA | NA | NA | 03 | |
| Inspeção sanitária em estabelecimentos de serviços de alimentação | NA | NA | 128 | NA | 00 | NA | 128 | |
| Licenciamento sanitário em estabelecimentos de serviços de alimentação | NA | NA | 19 | NA | NA | NA | 19 | |
| **Processos de renovação de Alvarás Sanitários analisados. (Obs: alt. razão social/ endereço,/resp.técnico devem constar neste item também) | 151 | 61 | 30 | 31 | NA | NA | 273 | |
| **Elaboração de relatórios técnicos referentes à inspeções realizadas | 45 | 06 | 06 | 05 | 42 | NA | 104 | |
| **Elaboração de relatórios técnicos referentes às análises dos projetos básicos de arquitetura | NA | NA | NA | NA | 47 | NA | 47 | |
| **Emissão de Certificados de Aprovação de Projeto Arquitetônico | NA | NA | NA | NA | 32 | NA | 32 | |
| **Elaboração/emissão de ofícios/memorandos/circulares | 15 | 05 | 08 | 19 | 02 | NA | 49 | |
| **Elaboração/Emissão de Termos de compromisso para adequação e Termos de interdição | 01 | 00 | 03 | 00 | 04 | NA | 08 | |

| | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----|------------|---|
| **Atendimentos às solicitações de outros órgãos (Poder Judiciário, Ministério Público, ANVISA, Secretaria de Saúde do Estado do RGS/CEVS, 4ª CRS, Polícias Civil e Federal). | 16 | 00 | 07 | 13 | 06 | NA | 42 | 4. Item marcado com*** refere-se àquelas atividades realizadas pelos setores da VISA-SM, que possuem código de ações no SIA-SUS e tem seus dados fornecidos pelo Setor de Processo Administrativo Sanitário - PAS |
| **Participação em cursos / capacitações / seminários / reuniões internas e com outros setores e entidades. | 04 | 01 | 04 | 03 | 00 | NA | 12 | |
| **Abertura/encerramento e rubrica das páginas e encerramento de livros de registro de procedimentos de enfermagem/ópticas/farmácias. | NA | NA | NA | 12 | NA | NA | 12 | |
| ** Notificações | 24 | 56 | 68 | 09 | 04 | NA | 161 | |
| Termos de Coleta de Amostra para Análise no LACEN | NA | NA | 00 | NA | NA | NA | 00 | |

NA – Não se Aplica.

VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA

Tabela 1 – Frequência da Violência Interpessoal/ Autoprovocada pelo tipo que mais ocorreu:

| Mês de notificação | Violência Física | Violência Autoprovocada | Violência Sexual | Demais Violências | Total Parcial |
|--------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------|---------------|
| Janeiro | 19 | 54 | 18 | 16 | 107 |
| Fevereiro | 28 | 45 | 23 | 19 | 115 |
| Março | 32 | 43 | 23 | 08 | 106 |
| Abril | 15 | 17 | 08 | 09 | 49 |
| Totais | 94 | 159 | 72 | 52 | 377 |

Fonte: SINAN

Tabela 2 – Frequência de Violência Interpessoal/ Autoprovocada por Sexo:

| Mês de notificação | Masculino | Feminino | Ignorado | Total Parcial |
|--------------------|-----------|----------|----------|---------------|
| Janeiro | 34 | 73 | - | 107 |
| Fevereiro | 36 | 79 | - | 115 |
| Março | 29 | 76 | 01 | 106 |
| Abril | 18 | 31 | - | 49 |
| Totais | 117 | 259 | 01 | 377 |

Fonte: SINAN

Tabela 3 – Números de óbitos causados por Violência Autoprovocada:

| Mês de notificação | Masculino | Feminino | Total Parcial |
|--------------------|-----------|-----------|---------------|
| Janeiro | 03 | - | 03 |
| Fevereiro | 03 | - | 03 |
| Março | 03 | 01 | 06 |
| Abril | - | - | - |
| Total | 09 | 01 | 10 |

Fonte: SIM

Tabela 4 – Frequência de Violência Interpessoal/Auto provocada por faixa etária:

| Mês | <1ano | 1-4 | 5-09 | 10-14 | 15-19 | 20-34 | 35-49 | 50-64 | 65-79 | 80+ | Total |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Janeiro | 03 | 08 | 07 | 16 | 15 | 36 | 15 | 05 | 01 | 01 | 107 |
| Fevereiro | 03 | 11 | 12 | 13 | 12 | 28 | 22 | 09 | 03 | 02 | 152 |
| Março | - | 06 | 09 | 14 | 18 | 32 | 14 | 09 | 04 | - | 129 |
| Abril | 01 | 06 | 03 | 03 | 03 | 15 | 07 | 05 | 04 | 02 | 125 |
| Total | 07 | 31 | 31 | 46 | 48 | 111 | 58 | 28 | 12 | 05 | 377 |

Fonte: SINAN

OBS: São dados parciais, devidos não ter sido possível inserir a totalidade dos mesmos no sistema.

Comparativo: Realizando a análise comparativa dos dados do primeiro quadrimestre de 2024 para o primeiro quadrimestre de 2025, identificou-se: Uma diminuição do número total de notificações; as lesões auto provocadas permanecem em maior número; o sexo feminino também permanecem como as mais acometidas; ocorreu um aumento do número de óbitos por suicídio e o sexo masculino ainda permanece com o maior número de óbitos.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1– Sistema de Informação de Mortalidade – SIM:

Além das investigações de óbitos por causa mal definida, a Vigilância Epidemiológica também é responsável pelo **LANÇAMENTO** das investigações de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos fetais, óbitos em < 1 ano e óbitos de 1 a 4 anos.

Desde de 2022, as investigações de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos fetais, óbitos em < 1 ano e óbitos de 1 a 4 anos somente são lançadas no SIM Nacional e SIM Municipal após a Investigação Domiciliar realizada pelas Unidades de Atenção Primária de Saúde, conforme acordado em reunião com representantes da Política de Saúde da Mulher e Política de Saúde da Criança.

1.1 – Investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos):

| Quad/2025 | Nº Óbitos | Investigados | % de Investigados |
|-----------------|-----------|--------------|-------------------|
| 1º Quad | 23 | 18* | 78,3% |
| 2º Quad | | | |
| 3º Quad | | | |
| Ano 2025 | 23 | 18* | 78,3% |

Fonte: SIM Nacional – 20/05/2025 *1 óbito materno

1.2 – Investigação de óbitos fetais:

| Quad/2025 | Nº Óbitos | Investigados | % de Investigados |
|-----------------|-----------|--------------|-------------------|
| 1º Quad | 6 | 0 | 0% |
| 2º Quad | | | |
| 3º Quad | | | |
| Ano 2025 | 6 | 0 | 0% |

Fonte: SIM Nacional – 20/05/2025

1.3 – Investigação de óbitos em menores de 1 ano:

| Quad/2025 | Nº Óbitos | Investigados | % de Investigados |
|-----------------|-----------|--------------|-------------------|
| 1º Quad | 4 | 0 | 0% |
| 2º Quad | | | |
| 3º Quad | | | |
| Ano 2022 | 4 | 0 | 0% |

Fonte: SIM Nacional – 20/05/2025

1.4 – Investigação de óbitos de 1 – 4 anos:

| Quad/2025 | Nº Óbitos | Investigados | % de Investigados |
|-----------------|-----------|--------------|-------------------|
| 1º Quad | 2 | 0 | 0% |
| 2º Quad | | | |
| 3º Quad | | | |
| Ano 2025 | 2 | 0 | 0% |

Fonte: SIM Nacional – 20/05/2025

**1.5 – Número de óbitos investigados por Causa
Capítulo CID10:**

| Causa (Cap CID10) | Investigado | Não Investigado | Total |
|--|--------------------|------------------------|--------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 7 | 29 | 36 |
| II. Neoplasias (tumores) | 19 | 141 | 160 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 1 | 4 | 5 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 6 | 19 | 25 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 3 | 5 | 8 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 19 | 41 | 60 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 39 | 113 | 152 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 5 | 75 | 80 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 1 | 26 | 27 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0 | 2 | 2 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 0 | 3 | 3 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 1 | 23 | 24 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 0 | 8 | 8 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 0 | 1 | 1 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 0 | 39 | 39 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 8 | 45 | 53 |

Fonte: SIM Municipal – 20/05/2025

*Dados preliminares

1.6–Óbitos por Causa Capítulo CID10:

| Causa (Cap CID10) | Fetal | Não Fetal | To |
|--|--------------|------------------|-----------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 0 | 36 | |
| II. Neoplasias (tumores) | 0 | 160 | 1 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 0 | 5 | |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 0 | 25 | |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 0 | 8 | |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 0 | 60 | |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 0 | 152 | 1 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 0 | 80 | |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 0 | 27 | |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0 | 2 | |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 0 | 3 | |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 0 | 24 | |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 6 | 2 | |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 0 | 1 | |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 0 | 39 | |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 0 | 53 | |

Fonte: SIM Municipal – 20/05/2025

*Dados preliminares

Cálculo dos óbitos com causa básica definida 3º Quadrimestre:

$$\frac{\text{Nº de óbitos não fetais c/ causa básica definida (total de óbitos não fetais)} - \text{nº de óbitos não fetais sem causa básica definida (Cap XVIII)}}{\text{Nº de óbitos não fetais}} \times 100 = \frac{677 - 39}{677} \times 100 = 94,23\%$$

Nº de óbitos não fetais

677

2 – Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC

2.1 – Número de nascidos vivos segundo nº de consultas de pré-natal:

| Cons Pre-Natal | Jan | Fev | Mar | Abr | Total |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nenhuma | 15 | 28 | 22 | 18 | 83 |
| 1-3 vezes | 67 | 52 | 60 | 42 | 221 |
| 4-6 vezes | 174 | 170 | 175 | 181 | 700 |
| 7 e + | 1.087 | 1.061 | 1.183 | 1.171 | 4.502 |

Fonte: SINASC Municipal – 20/05/2025

*Dados preliminares

2.2 – Número de nascidos vivos segundo peso ao nascer:

| Peso ao Nascer | Jan | Fev | Mar | Abr | Total |
|----------------|-----|-----|-----|-----|--------------|
| 101 - 500 | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 |
| 501 - 999 | 9 | 7 | 6 | 5 | 27 |
| 1000-1499 | 6 | 9 | 15 | 7 | 37 |
| 1500-2499 | 123 | 123 | 121 | 146 | 513 |
| 2500-2999 | 339 | 329 | 346 | 329 | 1.343 |
| 3000-3999 | 820 | 789 | 890 | 870 | 3.369 |
| 4000-4999 | 47 | 53 | 62 | 64 | 226 |

Fonte SINASC Municipal – 20/05/2025

*Dados preliminares

2.3 – Número de nascidos vivos segundo tipo de parto:

| Tipo de Parto | Jan | Fev | Mar | Abr | Total |
|---------------|-----|-----|-----|-----|--------------|
| Vaginal | 535 | 478 | 547 | 520 | 2.080 |
| Cesário | 811 | 835 | 895 | 902 | 3.443 |

Fonte SINASC Municipal – 22/05/2024

*Dados preliminares

3- Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN:

| Agravos notificado | Jan | Fev | Mar | Abr | Total |
|---|-----|-----|-----|-----|------------|
| AC. DE TRABALHO C/ EXPOSICAO A MATERIAL BIOLOGICO | 11 | 11 | 7 | 5 | 34 |
| ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE | 85 | 67 | 74 | 43 | 269 |
| ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS | 10 | 1 | 5 | 1 | 17 |
| AIDS | 13 | 7 | 7 | 4 | 31 |
| ATENDIMENTO ANTI-RABICO | 47 | 44 | 54 | 18 | 163 |
| CAXUMBA [PAROTIDITE EPIDEMICA] | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| CRIANCA EXPOSTA HIV | 2 | 0 | 3 | 3 | 8 |
| GESTANTE HIV | 5 | 0 | 2 | 3 | 10 |
| HEPATITES VIRAIS | 9 | 7 | 7 | 6 | 29 |
| INTOXICACAO EXOGENA | 54 | 40 | 35 | 27 | 156 |
| LEPTOSPIROSE | 2 | 3 | 3 | 0 | 8 |
| LER DORT | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| MALARIA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| MENINGITE | 4 | 4 | 1 | 1 | 10 |
| PAIR | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| ROTAVIRUS | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| SIFILIS CONGENITA | 6 | 6 | 8 | 6 | 26 |
| SIFILIS EM GESTANTE | 12 | 12 | 10 | 10 | 44 |
| SIFILIS NAO ESPECIFICADA | 34 | 33 | 48 | 40 | 155 |
| TETANO ACIDENTAL | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TOXOPLASMOSE | 5 | 6 | 4 | 2 | 17 |
| TOXOPLASMOSE CONGENITA | 5 | 1 | 1 | 2 | 9 |
| TRANSTORNO MENTAL | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TUBERCULOSE | 22 | 22 | 18 | 30 | 92 |
| VARICELA | 0 | 1 | 3 | 3 | 7 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | 107 | 115 | 106 | 49 | 377 |
| Total | 446 | 380 | 398 | 253 | 1477 |

Fonte: SINAN Municipal – 19/05/2025

*Dados preliminares

3.1 – Epidemia de Dengue Santa Maria 2025:

A dengue é causada por vírus (DENV) do gênero Flavivirus, família Flaviviridae, e possui quatro sorotipos: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4 sendo a principal forma de transmissão é pela picada da fêmea infectada do mosquito *Aedes aegypti*.

São considerados casos suspeitos de dengue pessoas que apresentem febre alta (39°C a 40°C) com duração de dois a sete dias e apresente duas ou mais das seguintes manifestações clínicas: dor atrás dos olhos, dor de cabeça, dor no corpo, dor nas articulações, mal-estar geral, náusea, vômito, diarreia, manchas vermelhas na pele com ou sem coceira. Os sinais podem agravar, ocasionando o extravasamento de plasma e/ou hemorragias que podem levar a pessoa ao choque grave e morte.

Todos os indivíduos estão expostos à dengue, mas alguns fatores de risco individuais, como idade, etnicidade e comorbidades podem determinar a gravidade da doença. Também, se a pessoa já teve dengue, ao ter a doença novamente, as chances de gravidade aumentam. Os exames laboratoriais são auxiliares na investigação, e não é necessário saber o resultado para iniciar tratamento. Para essas suspeitas, podem ser realizados exames de laboratório inespecíficos (como hemograma com contagem de plaquetas) e específicos, que pesquisam a presença do vírus no corpo ou então anticorpos que reagiram à presença do vírus. Não existe tratamento específico para dengue, o manejo das pessoas doentes é realizado de forma a reduzir as dores, a febre e auxiliar na reposição de líquidos, de forma a evitar a desidratação. Em muitos casos, é necessário aplicar soro na veia para reidratação.

Fonte: <https://www.cevs.rs.gov.br/dengue> - Texto adaptado

Conforme exames de RT-PCR, atualmente temos 2 sorotipo em circulação: DENV1 e DENV2.

3.1.1 - Notificações SINAN Dengue Online de Jan-Abr de 2025:

| Classificação | | Número de casos |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| Confirmados | Dengue Clássico | 25 |
| | Dengue com sinais de alarme | 1 |
| | Dengue grave | 0 |
| Em investigação | | 313 |
| Descartados | | 112 |
| Total | | 451 |

Fonte: SINAN Online – 20/05/2025 – dados preliminares.

3.1.2 - Casos notificados de dengue conforme bairro de residência de Jan-Abr de 2025:

| Bairro | Confirmados | Descartados | Em investigação | Total |
|--------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------|
| AGROINDUSTRIAL | 0 | 0 | 1 | 1 |
| ARROIO DO SÓ | 0 | 0 | 1 | 1 |
| ARROIO GRANDE | 0 | 0 | 1 | 1 |
| BOCA DO MONTE | 0 | 0 | 6 | 6 |
| BOI MORTO | 0 | 2 | 6 | 8 |
| CAMOBI | 4 | 6 | 21 | 31 |
| CAMPESTRE DO MENINO DEUS | 0 | 0 | 3 | 3 |



| | | | | |
|----------------------------|---|---|----|-----------|
| CAROLINA | 0 | 1 | 7 | 8 |
| CATURRITA | 0 | 2 | 4 | 6 |
| CENTRO | 0 | 7 | 15 | 22 |
| CERRITO | 2 | 1 | 4 | 7 |
| CHÁCARA DAS FLORES | 0 | 2 | 5 | 7 |
| DIÁCONO JOÃO LUIZ POZZOBON | 0 | 4 | 6 | 10 |
| DIVINA PROVIDÊNCIA | 1 | 7 | 9 | 17 |
| DOM ANTÔNIO REIS | 0 | 1 | 0 | 1 |
| DUQUE DE CAXIAS | 2 | 1 | 1 | 4 |
| ITARARÉ | 0 | 4 | 5 | 9 |
| JUSCELINO KUBITSCHEK | 1 | 4 | 15 | 20 |
| KILÔMETRO TRÊS | 0 | 2 | 1 | 3 |
| LORENZI | 1 | 4 | 9 | 14 |
| MEDIANEIRA | 1 | 0 | 6 | 7 |
| MENINO JESUS | 0 | 1 | 6 | 7 |
| NOAL | 0 | 3 | 6 | 9 |
| NONOAI | 1 | 1 | 2 | 4 |
| NOSSA SENHORA DAS DORES | 1 | 0 | 2 | 3 |
| NOSSA SENHORA DE FÁTIMA | 3 | 8 | 5 | 16 |
| NOSSA SENHORA DE LOURDES | 1 | 1 | 5 | 7 |



| | | | | |
|-----------------------------------|-----------|------------|------------|------------|
| NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO | 0 | 3 | 3 | 6 |
| NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO | 0 | 4 | 11 | 15 |
| NOVA SANTA MARTA | 5 | 7 | 34 | 46 |
| PAINS | 0 | 1 | 3 | 4 |
| PALMA | 0 | 0 | 1 | 1 |
| PARQUE PINHEIRO MACHADO | 0 | 4 | 22 | 26 |
| PASSO DA AREIA | 0 | 5 | 13 | 18 |
| PATRONATO | 1 | 2 | 1 | 4 |
| PÉ DE PLÁTANO | 0 | 0 | 1 | 1 |
| PRESIDENTE JOÃO GOULART | 0 | 4 | 8 | 12 |
| SALGADO FILHO | 0 | 5 | 12 | 17 |
| SANTA FLORA | 0 | 0 | 3 | 3 |
| SÃO JOÃO | 0 | 2 | 3 | 5 |
| SÃO JOSÉ | 0 | 2 | 3 | 5 |
| TANCREDO NEVES | 0 | 6 | 19 | 25 |
| TOMAZETTI | 0 | 0 | 4 | 4 |
| UGLIONE | 0 | 1 | 1 | 2 |
| URLÂNDIA | 2 | 4 | 19 | 25 |
| Total geral | 26 | 112 | 313 | 451 |

Fonte: SINAN Online – 20/05/2025 – dados preliminares.

DIRETRIZ ESTRATÉGICA 09: META Nº 2: PERCENTAGEM DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ (SISPACTO 10)

TABELA 1 - CUMPRIMENTO DA DIRETRIZ NACIONAL DE AMOSTRAGEM PARA 2024 – PARÂMETROS BÁSICOS -

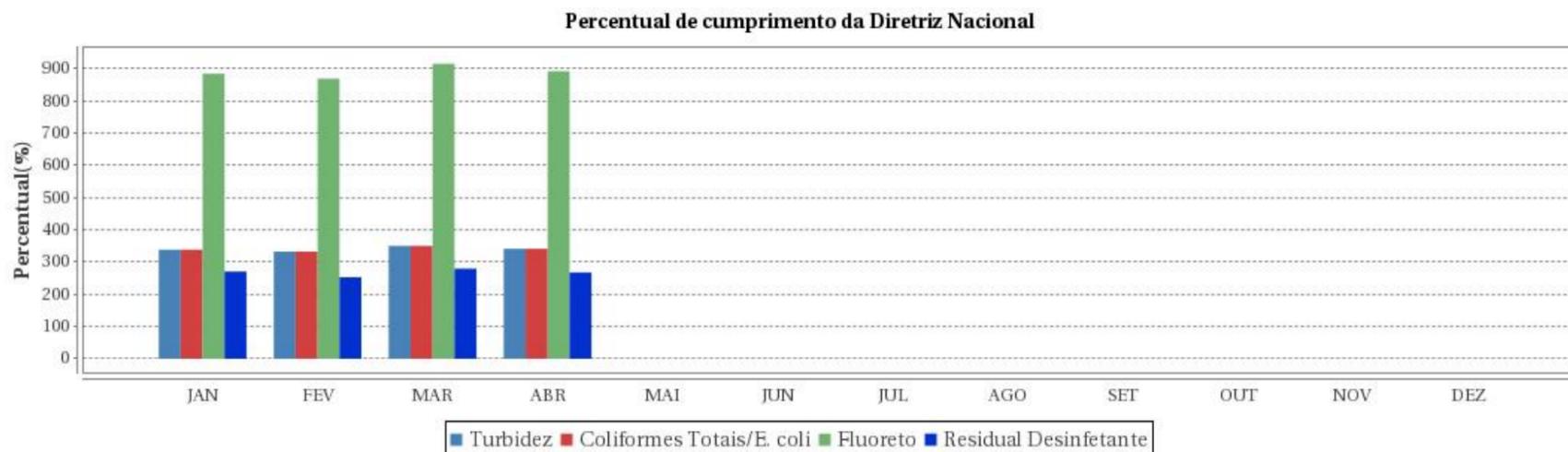
| Parâmetro | Quantitativo mínimo de análises ¹ | | Número de amostras analisadas e percentual de cumprimento de diretriz nacional do plano de amostragem | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|------------------|---|----------------|----------------|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|
| | Mensal | Total no período | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL NO PERÍODO |
| Turbidez | 34 | 136 | 115 338,24% | 113 332,35% | 119 350,00% | 116 341,18% | | | | | | | | | 463 340,44% |
| Coliformes Totais/E. coli | 34 | 136 | 115 338,24% | 113 332,35% | 119 350,00% | 116 341,18% | | | | | | | | | 463 340,44% |
| Fluoreto | 13 | 52 | 115 884,62% | 113 869,23% | 119 915,38% | 116 892,31% | | | | | | | | | 463 890,38% |
| Residual Desinfetante ² | 34 | 136 | 92 270,59% | 86 252,94% | 95 279,41% | 91 267,65% | | | | | | | | | 364 267,65% |

(1) Quantitativo Mínimo estabelecido na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

(2) Residual Desinfetante: Refere-se a somatória das análises dos parâmetros Cloro Residual Livre, Cloro Residual combinado e Dióxido de Cloro

Nota: A contagem do número de amostras analisadas não leva em consideração aquelas coletadas por motivo de surto ou desastre.

FIGURA 1 – PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DA DIRETRIZ NACIONAL EM 2024



Vigilância Ambiental:

TABELA 1 - Produção dos Agentes de Saúde Pública e Vigilância Ambiental em Saúde:

| Nº | Procedimento | 1º Quad. | 2º Quad. | 3º Quad. | Total |
|----|---------------------------------|----------|----------|----------|--------|
| 01 | Visitas Domiciliares (LI+T,PVE) | 21.076 | | | 21.076 |

| | | | | | |
|--------------|--|---------------|--|--|---------------|
| 02 | Ponto Estratégico (PE) | 1.182 | | | 1.182 |
| 03 | Atendimentos com controle químico (desinsetização) | 7 | | | 7 |
| 04 | Atendimento com controle químico(pulverização) Quarteirões | 2443 | | | 2443 |
| 05 | Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti (LIRAA) | 3.611 | | | 3.611 |
| 06 | Auto de reclamações/denúncias atendidas (via Ministério Público, ouvidoria e presencial) | 58 | | | 58 |
| 07 | Notificações realizadas pelos Agentes de Saúde Pública e Vigilância Ambiental | 09 | | | 09 |
| 08 | Auto de Infrações realizadas pelos Agentes de Saúde Pública e Vigilância Ambiental | 0 | | | 0 |
| 09 | Reuniões intersetoriais | 04 | | | 04 |
| 10 | Divulgação de matérias e entrevista: Jornais (Diário de Santa Maria) / Setor de Comunicação da Prefeitura: | 12 | | | 12 |
| TOTAL | | 28.402 | | | 28.402 |

TABELA 02- Apresenta a relação do Quadro de Servidores que atuam no setor de Vigilância Ambiental:

| SERVIDORES | 1º Quadrimestre | 2º Quadrimestre | 3º Quadrimestre |
|--|--------------------|--------------------|-----------------|
| AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA E VIGILÂNCIA AMBIENTAL | 24 | | |
| AGENTE SAÚDE PÚBLICA (CEDIDO M.S) | 01 | | |
| AUXILIAR DE LABORATÓRIO (CEDIDO M.S.) | 01 | | |
| AGENTE ADMINISTRATIVO | 01 | | |
| AGRÔNOMO | 01 | | |
| TOTAL | 28 | | |

5.10. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 10: AMPLIAÇÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

5.10.1. Objetivo: Incentivar o desenvolvimento e qualificação de lideranças comunitárias.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | |
|----|--|---|--------------------------------|--|-----|---|---------|--|
| 1 | Dar maior visibilidade ao CMS nas IES e Técnico, para a formação de conhecimento do controle social. | Número de palestras realizadas pelo CMS junto ao NEPEs. | 01 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Participar ativamente das Ações do NEPEs no período introdutório dos profissionais de saúde do município. | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL | |
| | 2. | Pactuar com as IES espaço para encontros e capacitação nos espaços acadêmicos e formação técnica. | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL | |
| | 3. | Garantir que todas IES tenham representação no Conselho Municipal de Saúde. | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL | |
| 2 | Capacitar e qualificar os conselheiros e IEs sobre Previne Brasil. | Número de capacitações realizadas sobre o tema. | 01 | | | | | |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | | |
| | 1. | Secretaria de saúde periodicamente apresentará na formação de conselheiros a Capacitação do Previne e alterações pertinentes. | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL | |
| 3 | Criar, fortalecer e manter conselhos de saúde locais nas regiões administrativas. | Número de conselhos locais por regiões administrativas participando ativamente CONTROLE SOCIAL local. | 02 | | | | | |

| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
|-------|--|--|-----|-------------------------------------|-----|---|
| 1. | Priorizar as pré conferencia na busca de lideranças comunitárias e locais para Formação dos conselhos locais juntamente com UBS e ESFs. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | PARCIAL |
| 2. | Identificar as dificuldades para criação dos conselhos em cada região, através de reuniões descentralizadas do CMS. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL |
| 4 | Realizar formação sobre controle social para os trabalhadores da RAS. | Número de oficinas ofertadas para a formação sobre controle social. | 02 | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Fomentar junto aos servidores a importância da participação em conselhos de saúde, pré conferências e plenárias, trazendo as demandas da categoria. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | PARCIAL |
| 2. | Viabilizar com gestores durante a educação permanente, espaço para o Controle Social. | Ação realizada: | SIM | | NÃO | <input checked="" type="checkbox"/> PARCIAL |
| 5 | Realizar Pré-Conferência Municipal de Saúde de dois em dois anos com avaliação do cumprimento das diretrizes do Plano Municipal de Saúde em vigor com maior participação da comunidade. | Número de pré-conferência realizadas por região administrativa. | 13 | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Realizar pré-conferência nas regiões administrativas. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | PARCIAL |
| 6 | Monitoramento e avaliação dos Instrumentos de Gestão. | Número de instrumentos monitorados. | 09 | | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| 1. | Periodicamente fazer reuniões de avaliação e monitoramento entre todas as comissões do CMS. | Ação realizada: | SIM | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO | PARCIAL |

5.11. DIRETRIZ ESTRATÉGICA 11: PREVENÇÃO, CONTROLE E ENFRENTAMENTO COVID-19

5.11.1. Objetivo: Preparar e coordenar os serviços de saúde e realizar ações para prevenção, enfrentamento e controle da pandemia do Coronavírus.

| Nº | DESCRIÇÃO DA META | INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META | META PREVISTA | RESULTADO DA META 1º QUADRIMESTRE 2025 | | | | | | |
|----|---|--|----------------------------------|---|---|---|------------|------------|------------|----------------|
| 1 | Manter parceria com o UFSM, por meio do Laboratório de Bioinformática aplicada a microbiologia clínica, para a realização de vigilância genômica de amostras visando a identificação de variantes de preocupação. | Número de amostras analisadas. | 1200 | 00 Desde 2024 não há mais envio de amostras para o laboratório da UFSM | | | | | | |
| | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | | | | 1. | Coordenar fluxo de envio das amostras para análise. | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL |
| | | | | | | Não há mais envio regular de amostras para a realização da vigilância genômica no laboratório da UFSM, desde o final da pandemia. Das poucas amostras de RT-PCR recebidas na SMS, estas são encaminhadas ao LACEN. Ainda, a UPA é a unidade sentinela de síndrome gripal no município, enviando semanalmente amostras para o LACEN. | | | | |
| 2. | Elencar critérios para seleção de amostras. | Ação realizada: | SIM | NÃO | X | PARCIAL | | | | |
| | | Não há envio regular de amostras. | | | | | | | | |
| 2 | Manter o Centro Municipal de referência enquanto necessário. | Serviços Mantidos | Meta não previsto para esse ano. | Meta atingida no ano de 2022 | | | | | | |
| 3 | Manter serviço de reabilitação pós covid através de protocolo de encaminhamentos pela Atenção Primária em Saúde. | Serviços Mantidos | 01 | 01 | | | | | | |
| | | | | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | | | |
| | | | | 1. | Manter protocolo de encaminhamento da Atenção primária para o | Ação realizada: | SIM | x | NÃO | PARCIAL |

| | | | | |
|----------|---|--|--|--|
| | | serviço especializado. | Realizados encaminhamentos conforme necessidade, entre os meses de janeiro e abril de 2025 ocorreram 02 encaminhamentos da APS para o serviço. | |
| | 2. | Manter parceria com a Universidade Franciscana (UFN) para a continuidade do serviço. | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | Mantida parceria com UFN na realização das atividades e atendimentos dos serviços. | |
| | 3. | Monitorar as necessidades dos usuários atendidos na reabilitação pós covid, reavaliando a oferta de serviços prestados. | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | Usuários acompanhados e monitorados pelos profissionais do serviço. | |
| 4 | Operacionalizar campanha de vacinação contra a Covid-19 | | Cobertura vacinal da população com 18 anos ou mais. | 85% 95% |
| | AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | |
| | 1. | Realizar campanhas de vacinação contra a covid-19 através da divulgação na mídia, bem como campanhas para uso de máscaras, distanciamento social e demais cuidados farmacológicos. | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | Mantida oferta de vacinação contra Covid nas unidades de saúde conforme grupos e idades preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização. A oferta é realizada em poucas unidades de saúde, buscando-se contemplar todas as regiões, uma vez que os quantitativos são reduzidos. Objetiva-se otimizar a oferta. | |
| | 2. | Disponibilizar para a população a vacina contra a covid-19 conforme critérios elencados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde-RS. | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | Vacinação disponibilizada em horários da rotina da salas de vacina e nos turnos estendidos/alternativos. | |
| | 3. | Planejar e operacionalizar as ações de acordo com recursos humanos e insumos disponíveis. | Ação realizada: | SIM x NÃO PARCIAL |
| | | | Realizam-se as ações de imunização conforme recursos humanos e insumos. | |
| 5 | Adquirir e distribuir os insumos, EPIs e equipamentos para enfrentamento da pandemia. | | Número de insumos e EPI's adquiridos anualmente. | Meta não previsto para esse ano. Meta atingida no ano de 2024. |
| 6 | Manter o percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG. | | Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em | 60% 60% |

| | | | | |
|--------------|--|---|------------------------|--|
| | | casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG. (INDICADOR-19/RS 2024-2027) | | |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | |
| 1. | Monitorar os registros de caso SRAG notificados no SIVEP-GRIPE. | | Ação realizada: | SIM <input type="checkbox"/> X NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| | | Realizado em 100% dos casos notificados no SIVEP-GRIPE. | | |
| 7 | Garantir a coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome gripal (SG) atendidos em unidades sentinelas (US) semanalmente. | Dez coletas de amostras por semana com RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) realizado dos casos de síndrome gripal (SG) atendidos em cada unidades sentinelas (US). (INDICADOR-20/RS 2024-2027) | 520 | 176 |
| AÇÕES | | MONITORAMENTO DAS AÇÕES | | |
| 1. | Monitorar o envio mínimo de amostra para o LACEN RS. | | Ação realizada: | SIM <input type="checkbox"/> X NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> |
| | | Realizado conforme Nota Técnica MS. | | |

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O relatório de gestão do 1º quadrimestre de 2025 demonstra avanços importantes, especialmente na ampliação do acesso por meio de atendimentos em horários estendidos e dias alternativos. Foram realizadas 18 ações em turnos estendidos e 14 em dias alternativos, superando a meta prevista, o que reflete um esforço significativo na flexibilização do atendimento para atender melhor a população.

Houve também um desempenho satisfatório nas ações coletivas de promoção da saúde, com 49 equipes realizando atividades, superando a meta de 48. Isso evidencia um fortalecimento das ações comunitárias e de educação em saúde, fundamentais para a prevenção de agravos e fortalecimento dos vínculos com a comunidade.

Por outro lado, a meta de ampliação do número de cadastros no SISAB ficou abaixo do esperado, alcançando 59,27% frente à meta de 80%. Apesar dos esforços com capacitações e correções de inconsistências, a rotatividade de profissionais e desafios operacionais no sistema MV ainda comprometem o alcance pleno deste indicador. No entanto, com base na proposta do novo financiamento da APS, o número absoluto de cadastros deixou de ser elemento central, passando o acompanhamento a ser o ponto chave para a mensuração da qualidade da assistência prestada na APS.

Destaca-se como ponto crítico a não implementação de novas equipes de Atenção Primária, Saúde da Família e Saúde Bucal, todas com meta zerada no período. A ausência de concursos públicos e falta de profissionais, como auxiliares de saúde bucal, compromete a expansão da cobertura e o fortalecimento da APS.

O monitoramento dos atendimentos domiciliares revelou desempenho muito aquém do esperado, com apenas 3% das unidades alcançando a meta quadrimestral, porém ao analisarmos os números de atendimentos domiciliares por núcleo profissional, observa-se um grande esforço das equipes em prestar atendimento a população no seu local de residência, reforçando o compromisso em qualificar a assistência ao usuário.

Por fim, avanços foram observados na ampliação da oferta de serviços odontológicos em horários alternativos, com 10 unidades realizando atendimentos, mais que o dobro da meta. Contudo, a cobertura de escovação supervisionada ficou muito abaixo do esperado (0,15% frente à meta de 1,5%), indicando a necessidade de maior articulação com escolas e fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE) para ampliar o impacto das ações preventivas em saúde bucal.

No primeiro quadrimestre de 2025 o Cerest fez visitas aos novos secretários de saúde dos municípios de abrangência, para apresentar a Política em Saúde do Trabalhador, bem como a atuação do Cerest. Realizamos também encontros com os técnicos e profissionais dos municípios para qualificação e atualização das ações em saúde do trabalhador que precisam ser realizadas nos municípios.

No eixo da assistência no primeiro quadrimestre tivemos 227 consultas de enfermagem; 196 consultas de fisioterapia; 45 consultas de fonoaudiologia; 173 consultas médicas e 97 consultas de psicologia.