



Plano Municipal de Saúde Paracambi

	Página
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	4
1.1 Histórico	4
1.2 Demografia	5 - 6
1.3 IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	6 -15
CAPÍTULO 2 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	15
2.1 Regionalização	15 - 18
2.2 Atenção Básica	18 - 20
2.3 Pacto pela Saúde	20 - 22
CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS, PRIORIDADES E ESTRATÉGIAS DO PLANO	22
3.1 Diretriz estratégica 1 Fortalecer a capacidade de gestão do SUS Paracambi	23-24
3.2 Diretriz estratégica 2 Consolidar o modelo e manter a rede assistencial	25-28
3.3 Diretriz estratégica 3 Fortalecer o controle social do SUS	29
3.4 Quadro de síntese – Diretriz estratégica 1	30 - 31
3.5 Quadro de síntese – Diretriz estratégica 2	32 - 35
3.6 Quadro de síntese – Diretriz estratégica 3	36
3.7 Quadro de síntese – Adequação de rede física e equipamentos	37
3.8 Quadro de síntese – Adequação de rede física e equipamentos	38

INTRODUÇÃO

A lei 8080/90 estabelece como atribuição comum a união, estados e municípios "a elaboração e atualização periódica do plano municipal de saúde" indicando ainda que a proposta orçamentária da saúde deve ser feita em conformidade com o Plano. A portaria 3.332/GM/2006 define que o Plano Municipal de Saúde - PMS, "é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS (respectivamente, §3º do art. 4º e art. 2º). Segundo a mesma portaria, o Plano "apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas." (§1º do art. 2º).

O processo de planejamento, na saúde deve compatibilizar a percepção de governo com as necessidades e os interesses da sociedade. A busca pela solução de problemas de uma população deve definir as intervenções que possam mudar uma realidade de modo a alcançar uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e que propicie um maior desenvolvimento social desta população.

A elaboração do PMS e dos instrumentos que o operacionalizam deve ser entendida como um processo dinâmico que permite a revisão permanente dos objetivos, prioridades, estratégias e ações, seja pela superação de problemas, sejam pelas mudanças de cenários - epidemiológicos e políticos -. Desta forma é fundamental que os quadros técnicos das secretarias sejam capacitados para o monitoramento das ações implementadas, avaliando a própria implementação, sua eficiência e eficácia assim como os fatores facilitadores e dificultadores.

Este Plano foi elaborado para o período 2014-2017, contando com a participação do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde e apresentado ao Conselho Municipal de Saúde para sua apreciação e aprovação.

É importante destacar que o PMS foi pensado de forma integrada a outras ações dos governos municipal, estadual e federal, tendo como grandes objetivos a inclusão social, a desconcentração de renda, o crescimento econômico ambientalmente sustentável e o fortalecimento da cidadania e da democracia.

1.1 - HISTÓRICO

A abertura do Caminho Novo do Tinguá por Garcia Rodrigues Paes deu início à ocupação da região, tendo em vista a doação de várias sesmarias às margens do caminho e, posteriormente, sertão adentro.

Os jesuítas se estabeleceram nas proximidades do ribeirão das Lages, para catequizar os índios, e estenderam os domínios da fazenda de Santa Cruz além do rio dos Macacos, ocupando a quase totalidade da área que compreende o município de Paracambi. Fundaram um aldeamento onde erigiram templo dedicado a São Francisco Xavier, inaugurado em 1729. Seu domínio perdurou até o ano de 1759, quando foram expulsos do país e tiveram os seus bens confiscados pela Coroa portuguesa, por ato do marquês de Pombal, ministro de dom José I. Após a expulsão, surge a freguesia de São Pedro e São Paulo, gerando a recuperação econômica da fazenda de Santa Cruz.

Em 1818, a aldeia de Itaguaí foi elevada à categoria de vila com a denominação de São Francisco Xavier de Itaguaí, cujo município foi desmembrado de territórios do Rio de Janeiro e de Angra dos Reis. Com o tráfego na estrada de ferro Dom Pedro II, em 1861, alcançou a região acentuado progresso.

Foram instaladas as fábricas de tecidos de algodão, pela Companhia Brasil Industrial, e de dinamites, pelo industrial francês Lepelletier, ambas tragicamente desaparecidas: a primeira, em 21 de dezembro de 1883, em razão de um incêndio provocado por raio; a segunda explodiu em novembro de 1886.

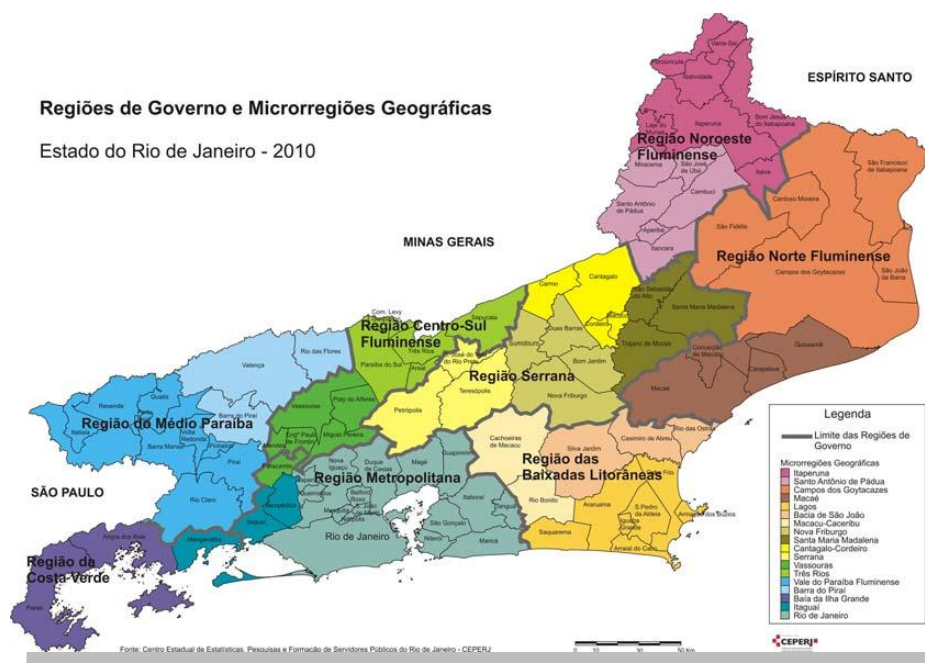
Dotado de terras férteis, o município de Paracambi desfrutou até 1880 de fortes atividades rurais e comerciais, exportando em grande escala cereais, café, farinha, açúcar e aguardente. Com a abolição da escravidão, houve considerável êxodo dos antigos escravos, ocasionando grave crise econômica.

Na segunda década do século XX, foi instalada a fábrica de tecidos, inicialmente fundada por ingleses e mais tarde adquirida por franceses, hoje cartão postal da cidade.

O município de Paracambi (que significa “macaco pequeno”) foi emancipado pela Lei nº 4.426, de 8 de agosto de 1960, formado pela união de dois distritos – o 7º de Vassouras, denominado Taireté, e o 3º de Itaguaí, denominado Paracambi – e instalado em 13 de novembro do mesmo ano. Prevaleceu o nome do mais antigo dos dois distritos. Na verdade, as duas vilas formavam uma só, tendo a dividi-las o rio dos Macacos, sem, contudo, separá-las socialmente.

1.2 - DEMOGRÁFICA

Paracambi pertence à Região Metropolitana, que também abrange os municípios de Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá.

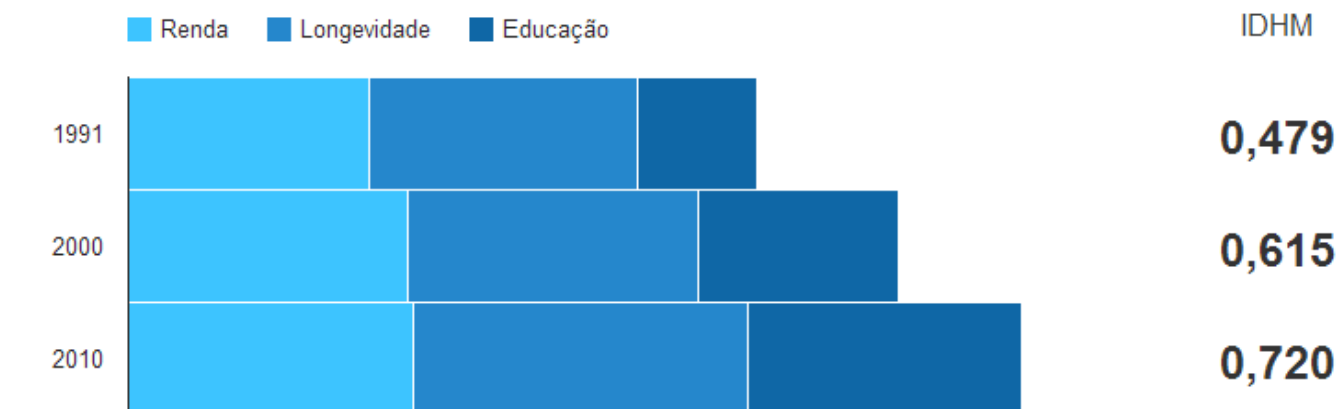
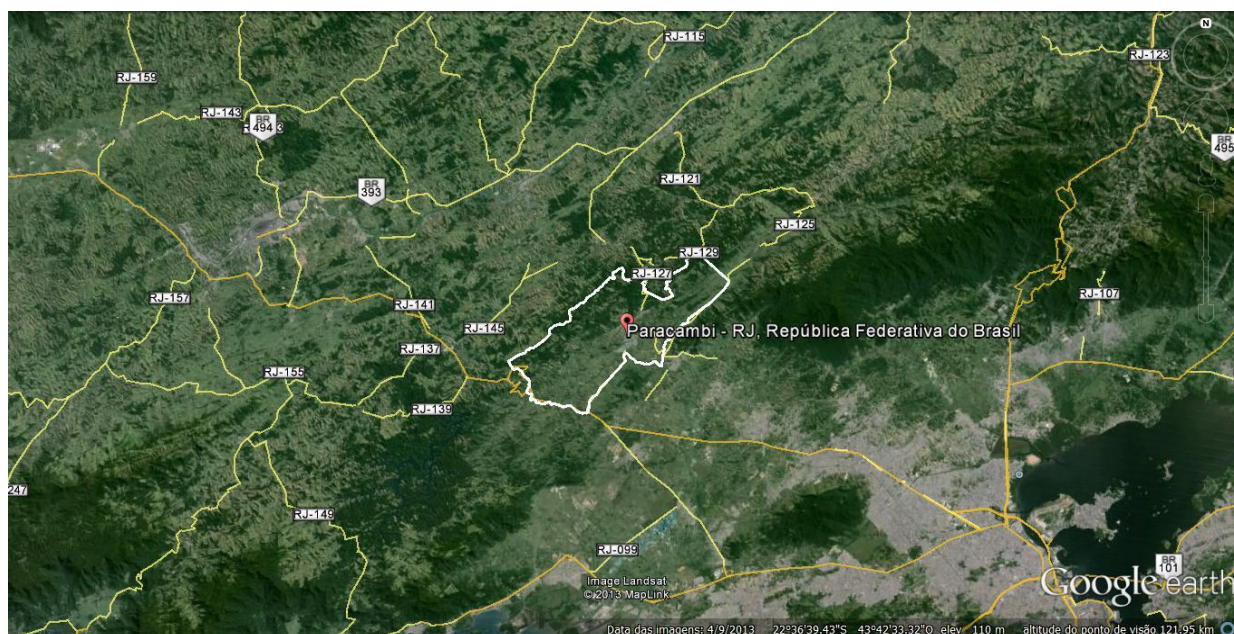


Mapa 1 - Geográfico Regional do Estado do Rio de Janeiro

O município tem um único distrito-sede, ocupando uma área total de 179,7 quilômetros quadrados, correspondentes a 3,4% da área da Região Metropolitana. Os limites municipais, no sentido horário, são: Piraí, Mendes, Miguel Pereira, Japeri, Seropédica e Itaguaí.

Paracambi é servido pela RJ-127, que acessa a rodovia Rio-São Paulo na fronteira com Itaguaí e Seropédica, ao sul, e Engenheiro Paulo de Frontin, ao norte. Outra estrada liga a Japeri, a leste, conectando-se com a RJ-125 em direção a Miguel Pereira. O município também é servido por ramal ferroviário.

As imagens a seguir apresentam o mapa do município e uma perspectiva de Satélite capturada do programa Google Earth, em NOVEMBRO 2013.



por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,198), seguida por Renda e por Longevidade.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Paracambi - RJ			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,288	0,486	0,666
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	28,88	37,96	59,69
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	48,53	91,92	92,51
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	40,14	65,77	81,07
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	14,59	39,89	63,98
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	11,68	22,53	43,93
IDHM Longevidade	0,650	0,708	0,812
Esperança de vida ao nascer (em anos)	64,02	67,46	73,73
IDHM Renda	0,586	0,676	0,689
Renda per capita (em R\$)	306,76	538,67	580,49

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Evolução

- Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,615 em 2000 para 0,720 em 2010 - uma taxa de crescimento de 17,07%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 27,27% entre 2000 e 2010.

- Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,479 em 1991 para 0,615 em 2000 - uma taxa de crescimento de 28,39%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 26,10% entre 1991 e 2000.

- Entre 1991 e 2010

Paracambi teve um incremento no seu IDHM de 50,31% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (32,81%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 46,26% entre 1991 e 2010.

O que é razão de dependência?

Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

O que é taxa de envelhecimento?

Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

	Taxa de Crescimento	Hiato de Desenvolvimento
Entre 1991 e 2000	+ 28,39%	+ 26,10%
Entre 2000 e 2010	+ 17,07%	+ 27,27%
Entre 1991 e 2010	+ 50,31%	+ 46,26%

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Ranking

Paracambi ocupa a 1301ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 1300 (23,36%) municípios estão em situação melhor e 4.264 (76,62%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 92 outros municípios de Rio de Janeiro, Paracambi ocupa a 33ª posição, sendo que 32 (34,78%) municípios estão em situação melhor e 59 (64,13%) municípios estão em situação pior ou igual.

População

Entre 2000 e 2010, a população de Paracambi teve uma taxa média de crescimento anual de 1,53%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 0,92%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu -1,59%.

População	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	40.475	100,00	47.124	100,00
Homens	19.921	49,22	23.793	50,49
Mulheres	20.554	50,78	23.331	49,51
Urbana	36.868	91,09	41.722	88,54
Rural	3.607	8,91	5.402	11,46
Taxa de Urbanização	-	91,09	-	88,54

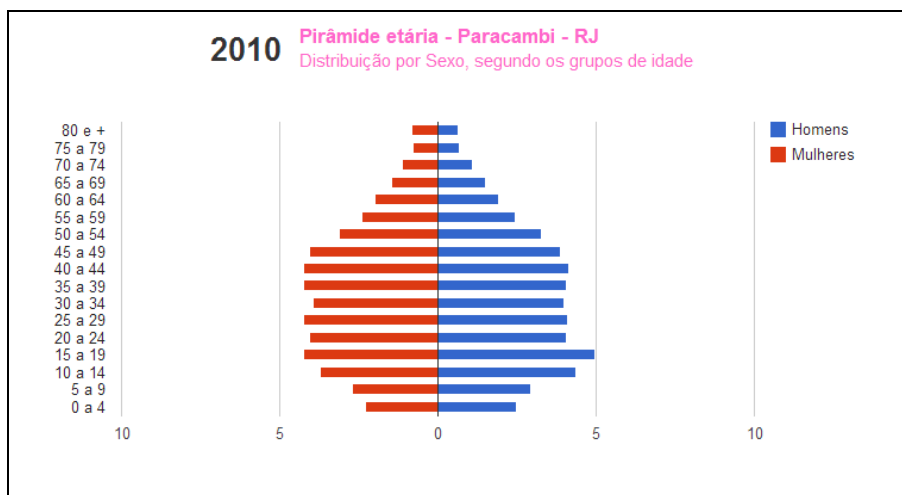
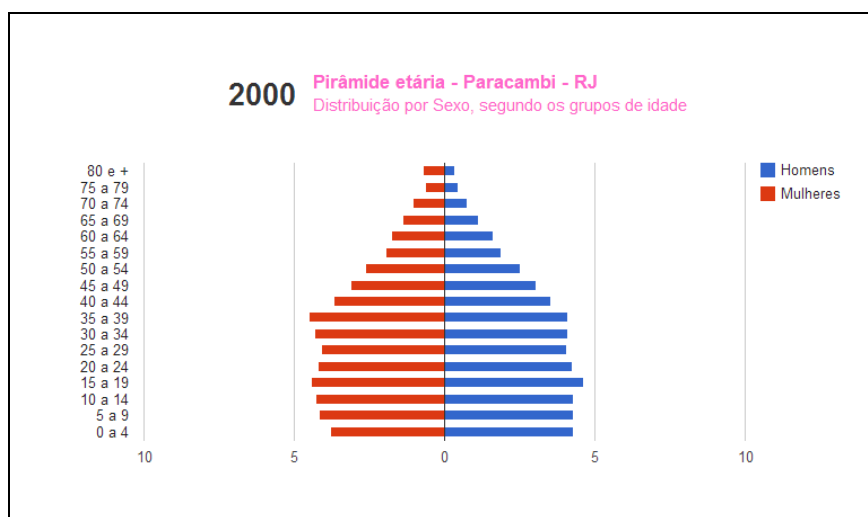
Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Estrutura Etária

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Paracambi passou de 46,03% para 36,24% e a taxa de envelhecimento evoluiu de 6,49% para 8,15%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 50,66% para 46,03%, enquanto a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,24% para 6,49%.

População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
10.131	25,03	8.694	18,45
27.716	68,48	34.589	73,40
2.628	6,49	3.841	8,15
46,03	0,11	36,24	0,08
-	6,49	-	8,15

Fonte: Prud, Ipea e FJP



Quadro comparativo

Estrutura Etária	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	10.131	25,03	8.694	18,45
15 a 64 anos	27.716	68,48	34.589	73,40
65 anos ou mais	2.628	6,49	3.841	8,15
Razão de dependência	46,03	0,11	36,24	0,08
Índice de envelhecimento	-	6,49	-	8,15

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Longevidade, mortalidade e fecundidade.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Paracambi reduziu 33%, passando de 23,9 por mil nascidos vivos em 2000 para 15,9 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 14,2 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Paracambi – RJ		
	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,5	73,7
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	23,9	15,9
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	27,1	17,9
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,0	1,3

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

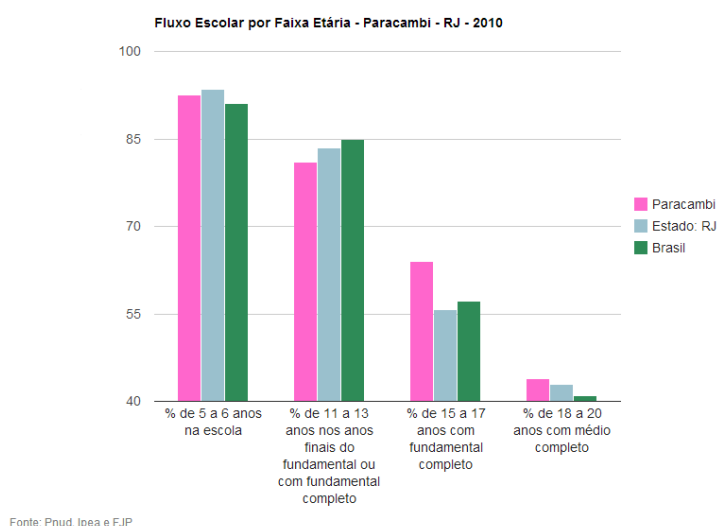
A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Paracambi, a esperança de vida ao nascer aumentou 9,7 anos nas últimas duas décadas, passando de 64,0 anos em 1991 para 67,5 anos em 2000, e para 73,7 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 75,1 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Educação, Crianças e Jovens

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação.

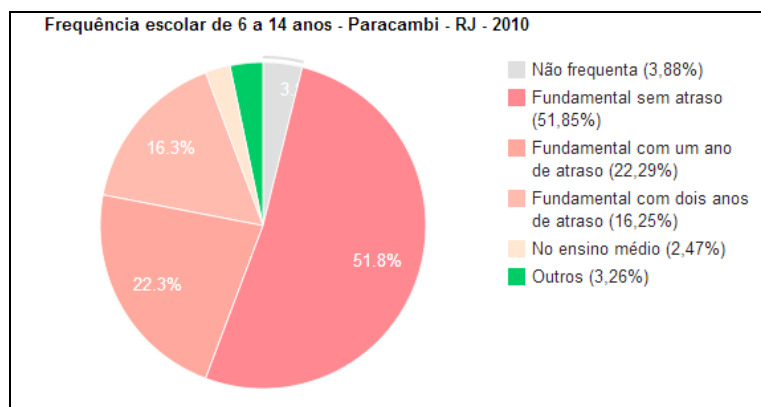
No período de 2000 a 2010, a proporção de **crianças de 5 a 6 anos na escola** cresceu 0,64% e no de período 1991 e 2000, 89,41%. A proporção de **crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental** cresceu 23,26% entre 2000 e 2010 e 63,85% entre 1991 e 2000.

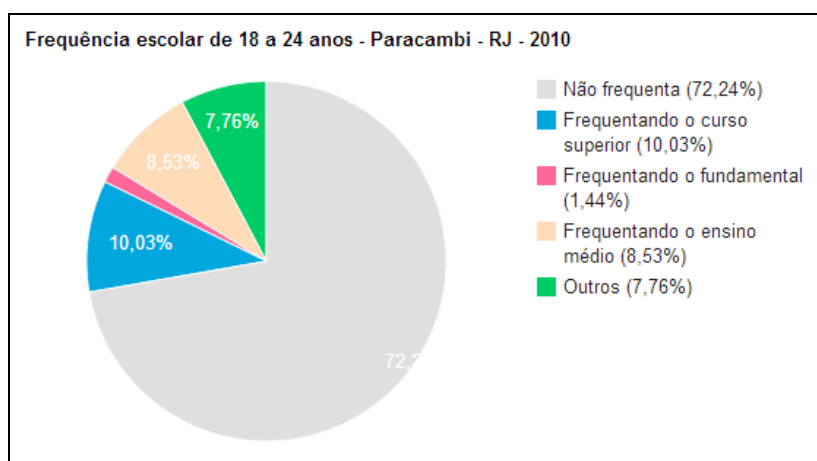
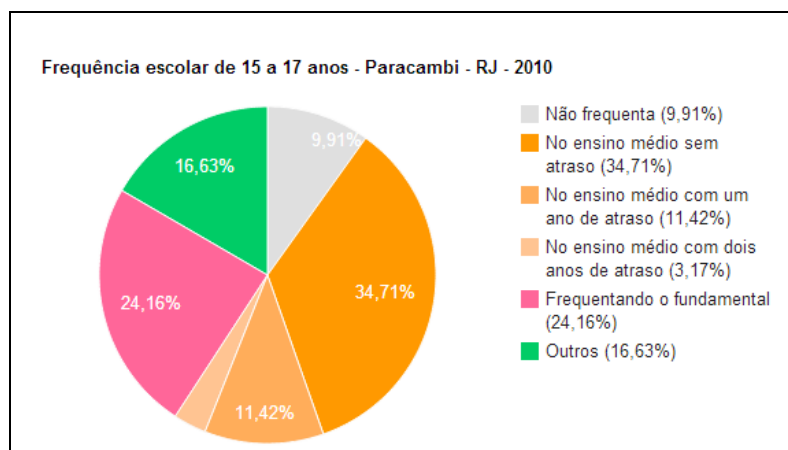
A proporção de **jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo** cresceu 60,39% no período de 2000 a 2010 e 173,41% no período de 1991 a 2000. E a proporção de **jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo** cresceu 94,98% entre 2000 e 2010 e 92,89% entre 1991 e 2000.



Em 2010, 51,85% dos alunos entre 6 e 14 anos de Paracambi estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 56,16% e, em 1991, 33,23%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 34,71% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 18,94% e, em 1991, 5,60%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 10,03% estavam cursando o ensino superior em 2010, 4,94% em 2000 e 1,97% em 1991.

Nota-se que, em 2010, 3,88% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 9,91%.





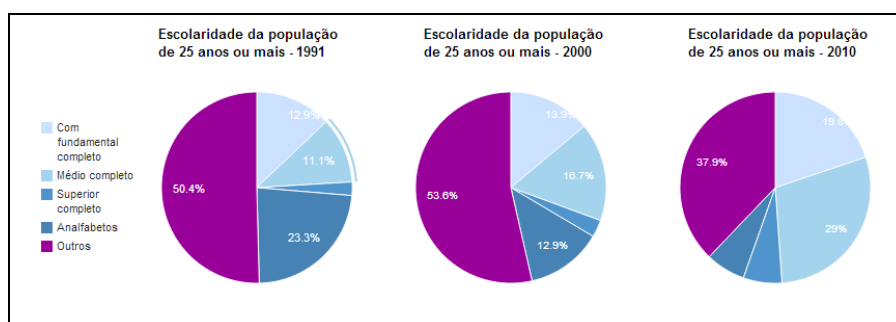
Fonte: Pnud, Ipea e FJP

População Adulta

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação.

Em 2010, 59,69% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 38,16% o ensino médio. Em Rio de Janeiro, 64,65% e 45,55% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade.

A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 14,64% nas últimas duas décadas.



Renda

A renda per capita média de Paracambi cresceu 89,23% nas últimas duas décadas, passando de R\$306,76 em 1991 para R\$538,67 em 2000 e R\$580,49 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 75,60% no primeiro período e 7,76% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 9,76% em 1991 para 3,83% em 2000 e para 3,71% em 2010.

A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,48 em 1991 para 0,52 em 2000 e para 0,44 em 2010.

O que é Índice de Gini?

É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

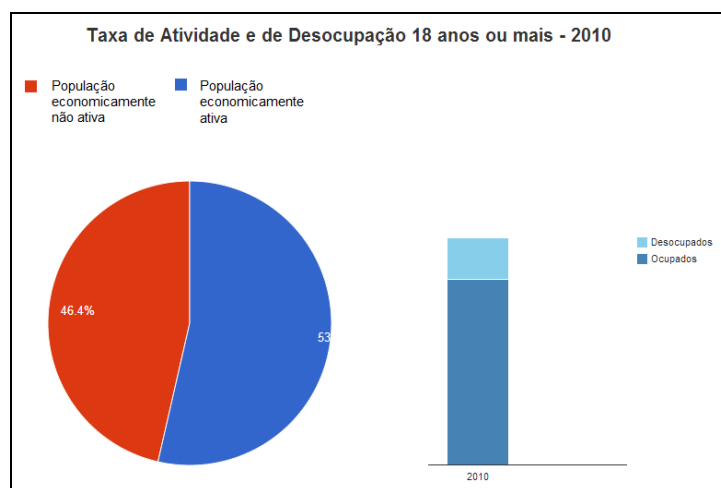
Renda, Pobreza e Desigualdade - Paracambi - RJ			
	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	306,76	538,67	580,49
% de extremamente pobres	9,76	3,83	3,71
% de pobres	30,21	16,67	9,53
Índice de Gini	0,48	0,52	0,44

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos da População - Paracambi - RJ			
	1991	2000	2010
20% mais pobres	4,27	3,65	4,51
40% mais pobres	13,19	11,96	14,04
60% mais pobres	26,54	24,51	29,41
80% mais pobres	47,57	43,73	51,30
20% mais ricos	52,43	56,27	48,70

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Trabalho



Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 60,73% em 2000 para 53,59% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 18,93% em 2000 para 9,75% em 2010.

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Paracambi - RJ		
	2000	2010
Taxa de atividade	60,73	53,59
Taxa de desocupação	18,93	9,75
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	62,43	59,79
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	51,30	70,01
% dos ocupados com médio completo	31,28	51,08
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m.	39,51	14,68
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m.	73,44	72,24

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 3,43% trabalhavam no setor agropecuário, 0,35% na indústria extrativa, 9,66% na indústria de transformação, 9,55% no setor de construção, 0,94% nos setores de utilidade pública, 13,47% no comércio e 47,97% no setor de serviços.

Habitação

Indicadores de Habitação - Paracambi – RJ			
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	91,64	91,65	89,26
% da população em domicílios com energia elétrica	97,16	99,84	99,92
% da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana.	83,75	93,74	99,51

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Vulnerabilidade social

Vulnerabilidade Social - Paracambi – RJ			
Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	37,50	23,90	15,90
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	21,59	11,35
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	14,79	3,02	3,88
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	-	11,32	13,06
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,00	0,46	0,57
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	7,60	12,46	5,83
Taxa de atividade - 10 a 14 anos (%)	-	4,49	6,20
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	14,00	13,76	10,99
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	3,19	2,57	1,92
% de crianças extremamente pobres	15,28	6,68	8,13
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	60,15	35,62	27,68
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	47,33	32,14
Condição de Moradia			
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	0,28	1,92	0,60

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Capítulo 2 - Análise da Situação de Saúde

2.1 - Regionalização

A atenção à saúde no estado do Rio de Janeiro obedece a uma regionalização para escalar o nível de atendimento ao cidadão, desde os procedimentos simples e ambulatoriais até os de média a alta complexidade. Nesse sentido, foram estabelecidos centros de referência para as ações de maior complexidade. Todo o sistema segue uma programação que deve ser integrada e objeto de um pacto entre as diversas secretarias de saúde envolvidas. A regionalização é responsável por estruturar e regular esse processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

Gráfico 11: Regionalização da saúde – Estado do RJ – 2010



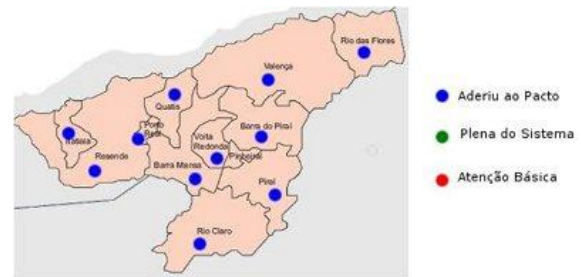
A estratégia de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS inclui a Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro – RCR/RJ, que tem por missão agilizar e qualificar o acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade. A implementação se deu por etapas. O primeiro ciclo (1999 a 2002) foi dedicado ao planejamento e pactuação do desenho da rede, após o estudo do fluxo dos pacientes no estado e da capacidade instalada, bem como a identificação de municípios- polo. Fez parte dessa etapa a organização da infraestrutura local e de comunicação das centrais de regulação, bem como a execução de concurso público pela Secretaria de Estado de Saúde – SES.

O segundo ciclo de evolução da RCR/RJ (2003-2005) caracterizou-se por concentrar esforços no fortalecimento do processo de regulação através da adoção de quatro estratégias complementares: efetivação da regionalização da rede; constituição do arcabouço jurídico-institucional; incorporação escalonada de leitos/internações por especialidade à luz dos protocolos pactuados; e constituição do Núcleo Interno de Regulação em cada unidade hospitalar pública, das três esferas de governo.

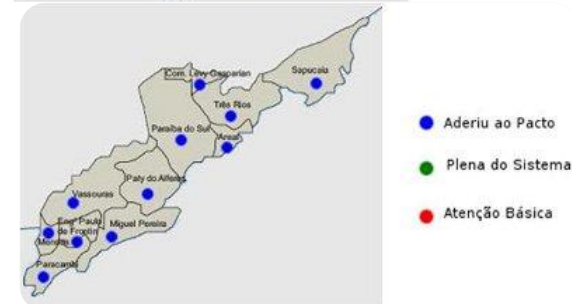
A Região da Baía da Ilha Grande é composta por apenas três municípios. Angra dos Reis e Mangaratiba aderiram ao Pacto pela Saúde, respectivamente, em agosto e outubro de 2009. Paraty segue apenas na Gestão da Atenção Básica.



Todos os municípios da Região do Médio Paraíba aderiram em bloco ao Pacto pela Saúde em janeiro de 2008. Essa região, fronteira aos estados de São Paulo, a leste, e Minas Gerais, a norte, é formada por um bloco de 12 entes.

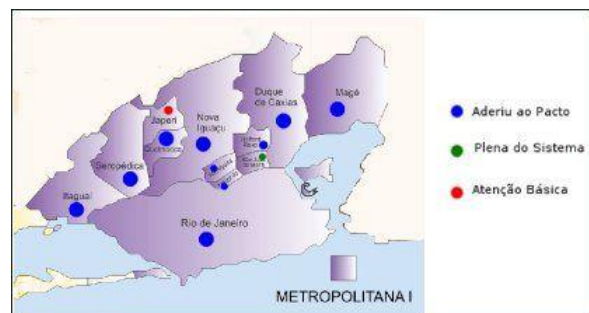


A adesão dos onze municípios da Região Centro Sul Fluminense ao Pacto pela Saúde aconteceu de forma gradativa, entre janeiro de 2008 e outubro de 2010.



A Região Metropolitana I é formada por doze municípios. Japeri permanece habilitado em Gestão da Atenção Básica e São João de Meriti, em Gestão Plena.

Os demais municípios aderiram ao Pacto pela Saúde.



Na Região Metropolitana II, somente Maricá e Tanguá permanecem com Gestão da Atenção Básica.

Os demais municípios aderiram ao Pacto pela Saúde entre março de 2008 e dezembro de 2010.



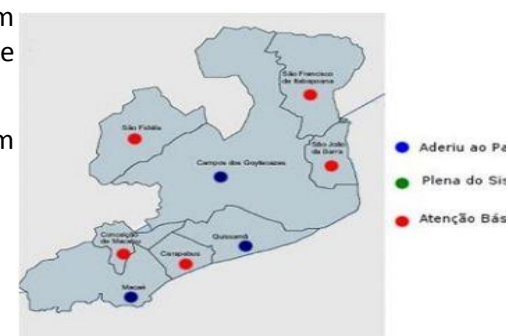
Dos nove municípios da Região Baixada Litorânea, nenhum aderiu ao Pacto pela Saúde.

Cabe ressaltar que Arraial do Cabo é habilitado em Gestão Plena do Sistema desde 1999 e os demais municípios têm apenas Gestão da Atenção Básica.



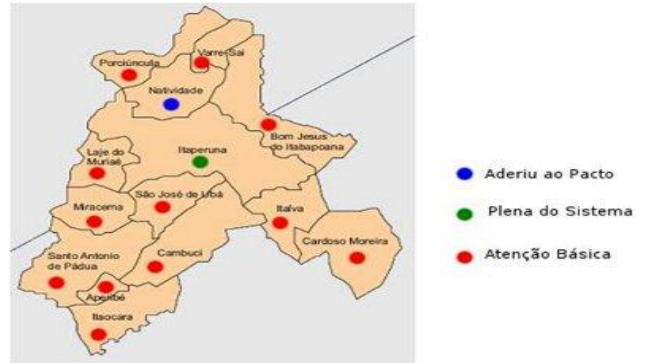
Dos oito municípios da Região Norte, apenas Campos dos Goytacazes, Quissamã e Macaé aderiram ao Pacto pela Saúde, entre março de 2009 e dezembro de 2010.

Os demais municípios são habilitados apenas em Gestão da Atenção Básica.



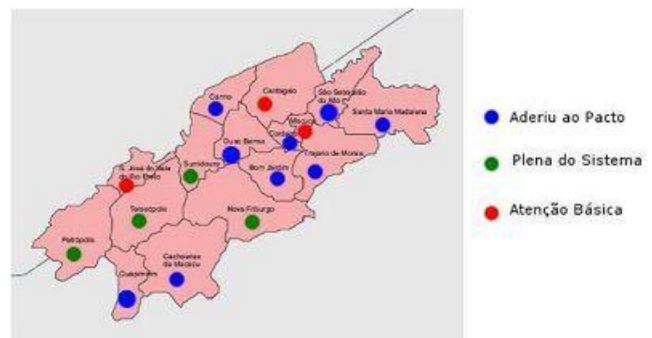
Dos municípios da Região Noroeste, apenas Natividade aderiu ao Pacto pela Saúde (em março de 2009). Itaperuna segue habilitada em Gestão Plena do Sistema e os demais municípios, em Gestão da Atenção Básica.

Essa região, fronteira aos estados de Minas Gerais, a oeste, e Espírito Santo, a nordeste, é formada por um bloco de 14 entes.



Dos dezesseis municípios, nove aderiram ao Pacto pela Saúde: Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto e Trajano de Moraes.

São habilitados em Gestão Plena do Sistema: Petrópolis, Teresópolis, Nova Friburgo e Sumidouro. Os demais municípios são habilitados em Gestão da Atenção Básica.



2.2 - Atenção básica da saúde

A formulação de uma política de atenção à saúde voltada para a organização de um sistema equânime, integral e resolutivo requer o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população e a realização de um conjunto de ações articuladas e complementares entre os diferentes níveis hierárquicos de atuação: atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Com vistas à operacionalização da atenção básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

O Programa Estratégia da Saúde da Família – ESF, aliado ao dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e ao das Equipes de Saúde Bucal – ESB, é compreendido como a estratégia principal para mudança do antigo modelo, superando a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença para uma ação preventiva que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

O Governo Federal obteve recursos do Banco Mundial para o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, que prevê a conversão do modelo de atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos para a estratégia de Saúde da Família. Esse será o eixo de estruturação da porta de entrada do sistema e de viabilização de rede de serviços de suporte. Engloba também outros níveis de complexidade, para assegurar assistência integral aos usuários. Prevê ações e recursos nas áreas de modernização institucional; adequação da rede de serviços; fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação; capacitação de recursos humanos; estruturação e implementação de metodologias para monitoramento e avaliação de processo e desempenho.

O trabalho desenvolvido pelo ESF e pelos ACS (cidadãos da própria comunidade que são treinados para realizar visitas domiciliares e orientar as famílias) busca levar a cada domicílio o acesso ao tratamento e à prevenção das doenças. Essas equipes vão até a casa das pessoas, evitando deslocamentos desnecessários às unidades de saúde, e, juntos, procuram as melhores soluções para enfrentar os desafios locais antes que os problemas se instalem de modo mais grave. Tais procedimentos têm como objetivo atuar nos momentos iniciais da transmissão de doenças, assim como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais. Ao estabelecer esses vínculos com a comunidade, cada equipe deve elaborar um plano para enfrentar os principais problemas detectados e trabalhar para desenvolver a educação de saúde preventiva, promovendo a qualidade de vida dos habitantes daquela área.

A equipe do ESF é multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe trabalha em áreas de abrangência definida, por meio do cadastramento e do acompanhamento de um número determinado de famílias. Cada Equipe de Saúde da Família – ESF acompanha de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada agente comunitário de saúde acompanha até o máximo de 150 famílias ou 450 pessoas.

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representou uma reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, esse cuidado passa a exigir a conformação de outras equipes de trabalho para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da

saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Existem dois tipos de Equipe de Saúde Bucal, quais sejam: ESB Modalidade I, composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário.

2.3 – Pacto pela Saúde



Planilha de Pactuação Municipal de Metas para 2013

Estado: RJ Município: PARACAMBI

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.				
Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	68,56	%
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	25,00	%
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	90,00	%
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL	56,41	%
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	0,30	%
6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	5,50	%
Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	0,43	/100
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,98	/100
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	2,39	/100
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	3,20	/1000
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	N/A	%

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	2	N.Absoluto
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	50,00	%
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	14,29	%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	N/A	%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	100,00	%

Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
17	E	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS	N/A	%

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,52	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,34	RAZÃO

Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	9,00	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	62,00	%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE	1,50	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOs EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	0	N.Absoluto
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	7	N.Absoluto
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	86,36	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOs INVESTIGADOS	100,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	92,30	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	2	N.Absoluto

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	4,16	/100.000

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
30	U	NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	127	N.Absoluto

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	7,00	%
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85,00	%
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	90,00	%
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	97,55	%
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	100,00	%
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS	2	N.Absoluto
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	85,71	%
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	0	N.Absoluto
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200 CEL/MM3	6	N.Absoluto
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	500	N.Absoluto
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	100,00	%
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	100,00	%
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	N/A	N.Absoluto
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	100,00	%
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	N/A	%
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	0	N.Absoluto
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	90,00	%

Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	96,10	%
Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.				
Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO	12,50	%
Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza..				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	N/A	%
Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	N/A	%
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	8,46	%
Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	N/A	N.Absoluto
Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.				
Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1	N.Absoluto
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1	N.Absoluto
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	N/A	N.Absoluto
66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	N/A	N.Absoluto
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A	N.Absoluto

3 - OBJSETIVO, PRIORIDADES E ESTRATÉGIAS

Este plano contempla três diretrizes estratégicas: **o fortalecimento da capacidade de gestão a consolidação do modelo e manter o modelo assistencial, e o fortalecimento do controle social do SUS.** Em que pese a maior visibilidade e pressão social pela questão da assistência, é fundamental não desconectá-la das duas outras diretrizes. Somente poderemos ter uma boa assistência se tivermos uma boa gestão, e é fundamental para uma boa gestão a avaliação crítica permanente da sociedade. Assim assistência, gestão e controle social representam o tripé sobre o qual se assenta o projeto estratégico da saúde no município de Paracambi.

3.1 - ESTRATÉGICA 1 - FORTALECER A CAPACIDADE DE GESTÃO DO SUS PARACAMBI

Objetivo 1: Manter Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Adequar organograma da Secretaria a proposta da Prefeitura	<ul style="list-style-type: none"> Articular proposta junto à Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão
Objetivo 2: Fortalecer os mecanismos de gestão no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Manter os gestores no âmbito da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar e avaliar o funcionamento dos Coordenadores gestores
Objetivo 3: Aprimorar os mecanismos e instrumentos de gestão	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Implementar o setor de controle e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Reestruturar recursos humanos; Criar instrumentos, parâmetros e rotinas para o controle e avaliação do sistema municipal de saúde; Subsidiar a rede assistencial com informações e avaliações.
2. Aprimorar a regulação	<ul style="list-style-type: none"> Criar instrumentos, parâmetros e rotinas para a regulação do sistema municipal de saúde em conformidade com portarias ministeriais e resoluções estaduais
3. Aprimorar o setor de planejamento	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar e assessorar o processo de planejamento pelos diferentes setores da secretaria.
4. Criar o núcleo de gestão da informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Criar o núcleo de gestão da informação em saúde com a participação de representantes das vigilâncias, da assistência, do controle e avaliação, regulação e planejamento e do setor administrativo e financeiro; Criar rotinas de análise das informações; Elaborar relatórios e divulgá-los sistematicamente.
5. Implementar o setor de informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Informatizar a rede; Alimentar as bases de dados dos SIS; Implantar sistema de informação geo-referenciado. Criar rotinas e instrumentos de análise das informações Subsidiar os setores com relatórios periódicos.
Objetivo 4: Aprimorar os setores administrativo e financeiro	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Aprimorar a gestão de materiais e insumos	<ul style="list-style-type: none"> Implantar a gerência de materiais, insumos e compras; Manter fluxo de distribuição de materiais e insumos, revisando-o periodicamente
2. Manter o processo de compras adequado às especificidades e necessidades da Secretaria Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar e assessorar os setores no processo de compra; Criar/consolidar a comissão de licitação.
3. Aprimorar o setor de manutenção	<ul style="list-style-type: none"> Criar rotinas e cronograma de manutenção; Emitir relatórios sobre a situação da rede física e equipamentos
4. Aprimorar a gestão do patrimônio	<ul style="list-style-type: none"> Realizar inventário dos recursos materiais e da rede física; Criar base de dados informatizada a partir do inventário; Atualizar periodicamente o inventário e a base de dados.
5. Aprimorar o Setor de Contratos e convênios	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar planilhas de acompanhamento dos convênios; Informar periodicamente as coordenações a situação dos convênios e contratos.
6. Aprimorar o setor de gestão de pessoal para a implementação de uma política de valorização profissional	<ul style="list-style-type: none"> Levantar a situação funcional de todos os servidores lotados na SMS; Levantar as demanda de contratação, remanejamento e/ou movimentação e de capacitação; Subsidiar o gestor municipal nos processos de contratação (incluindo concursos), remanejamento e movimentação de servidores; Elaborar e executar, em conjunto com os demais setores da SMS, a proposta de capacitação dos servidores; Garantir a rotina do setor (férias, pagamentos, licenças, etc.).

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar processo (contratação e/ou seletivo para provimento de vagas.
7. Aprimorar o setor de gestão financeira e orçamentária	<ul style="list-style-type: none"> • Manter instrumentos para o acompanhamento da execução financeira e orçamentária; • Informar as coordenações a situação da execução financeira dos projetos, convênios e contratos; • Assessorar as coordenações setoriais na elaboração de orçamentos e na sua execução; • Consolidar a gestão do Fundo Municipal de Saúde pela SMS; • Assessorar o colegiado gestor na elaboração do orçamento anual da saúde.
8. Manter o setor de transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar a frota de veículos às necessidades da secretaria; • Implementar um programa de manutenção preventiva; • Manter as normas e rotinas elaboradas para a utilização de transporte, revisando-o periodicamente
Objetivo 5: Fortalecer a articulação CIR – Comissão Integrestora Regional	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Fortalecer a CIR	<ul style="list-style-type: none"> • Articular com os municípios da região, ações técnicas e políticas.

3.2 - DIRETRIZ ESTRATÉGICA 2 - CONSOLIDAR O MODELO E MANTER A REDE ASSISTENCIAL

Objetivo 1: Implementar ações que favoreçam a inclusão social e a promoção da qualidade de vida	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Implementar ações de promoção à saúde em conjunto com outros setores da administração municipal e/ou da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as possibilidades de parceria para o desenvolvimento de projetos de inclusão social e de promoção da qualidade de vida; • Organizar a agenda da SMS de forma a garantir a sua participação em eventos e fóruns de discussão e articulação de projetos de promoção à saúde • Incentivar e garantir a participação de técnicos da SMS na discussão, planejamento e desenvolvimento de projetos e ações de promoção à saúde
2. Implementar um programa de educação para a saúde na rede de ensino municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar, em conjunto com representantes da rede municipal de ensino, projeto de educação para a saúde; • Incentivar e garantir a participação dos profissionais de saúde nos projetos de educação para a saúde; • Avaliar o impacto dos projetos.
Objetivo 2: Implementar o Programa de Humanização	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Implementar o Programa de Humanização	<ul style="list-style-type: none"> • Criar o grupo de trabalho para elaborar e acompanhar o projeto de humanização da secretaria; • Elaborar o Programa de Humanização; • Discutir o Programa com todos os setores da SMS; • Acompanhar e avaliar a implementação do Programa de Humanização.
Objetivo 3: Aprimorar a Atenção Primária à Saúde	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Manutenção do ESF consolidando a estratégia de organização	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do ESF
2. Adequar as unidades básicas de saúde em relação à área física, equipamentos e recursos humanos,	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturar as unidades de atenção primária a Saúde • Captar recursos financeiros para construção/ampliação das unidades de saúde
3. Implementar protocolos clínicos e de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar protocolos clínicos e de cuidados para os problemas prevalentes de saúde; • Capacitar recursos humanos para a mudança do processo de trabalho e utilização de protocolos; • Acompanhar e avaliar a implementação dos protocolos.
Objetivo 4: Aprimorar a Atenção Especializada	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Readequar área física da Policlínica	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar consultórios médicos; • Adequar a área física, os equipamentos e os recursos humanos, Definir, em conjunto com os demais setores assistenciais, a referência e contra referência assim como os instrumentos e rotinas e normas para o agendamento de consultas e exames especializados;
2. Manter os instrumentos e os mecanismos de referência e contra-referência;	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar a utilização deste instrumento de gestão,
3. Implantar rotinas e parâmetros de avaliação da oferta e demanda de consultas e exames especializados;	<ul style="list-style-type: none"> • Criar uma base de dados informatizada para a demanda e oferta de consultas e exames especializados, SISREG
4. Criar um Núcleo de Referência em tratamento de feridas	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar um consultório para este atendimento • Formar equipe multiprofissional (cirurgião vascular, enfermeiro

	e técnico de enfermagem)
5. Informatizar a Unidade	<ul style="list-style-type: none"> • Informatizar o arquivo, central de marcação e consultórios
6. Revalidar, periodicamente, os critérios definidores das consultas especializadas	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com cada clínica especializada os critérios e protocolos • Divulgar junto às unidades de saúde e setores afins da Secretaria
Objetivo 4: Aprimorar a Atenção Especializada (continuação)	
Prioridades	Estratégias e ações
7. Manter o Serviço de Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os profissionais da rede básica para a abordagem dos familiares e dos pacientes portadores de sofrimento mental; • Implementar projetos de inclusão social dos portadores de sofrimento mental; • Manutenção do CAPS Criança e Adolescente • Manutenção do CAPS Álcool e drogas • Implantação do CAPS AD III
8. Criar o Serviço de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Criar o atendimento de reabilitação
9. Manter a Atenção à Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar as unidades em relação à área física, equipamentos e recursos humanos, • Implantar o Centro de Especialidades Odontológicas -CEO; • Reorganizar a atenção básica à saúde bucal com ênfase especial para as ações preventivas; • Capacitar toda a equipe de saúde bucal (ACD e THD) particularmente no que se refere à bio-segurança, terapêutica e prótese; • Realizar encontros regionais de saúde bucal. • Manutenção do serviço de prótese total.
Objetivo 5: Aprimorar os serviços de Urgência/Emergência e o cuidado hospitalar	
Prioridades	Estratégias e ações
1. Readequar a área física, os equipamentos e os recursos humanos,	<ul style="list-style-type: none"> • Readequar os equipamentos das unidades em função das atividades a serem desenvolvidas; • Contratar/remanejar e capacitar recursos humanos.
2. Otimizar o funcionamento do Hospital Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a demanda atendida no pronto atendimento; • Melhorar a resolubilidade, • Melhorar o acolhimento com classificação de risco • Implantação de Protocolos clínicos de atendimentos de casos de urgência/emergência
3. Manter transporte sanitário	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer normas e rotinas para o transporte sanitário; • Adequar a frota de veículo às necessidades de transporte sanitário;
4. Implementar atividades do SAMU	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação em Urgência em conjunto com Atenção Primária • Utilizar mídia local para conscientizar população • Trabalho educativo junto às comunidades • Melhor articulação com os órgãos (Corpo de Bombeiros, Guarda Municipal, Polícia Militar e outros) • Manter regulação através do central de regulação do SAMU192
Objetivo 6: Implantar o setor de Apoio Diagnóstico	
1. Criar normas e rotinas de funcionamento do setor	<ul style="list-style-type: none"> • Definir, em conjunto com os setores assistenciais, normas e rotinas para o funcionamento do setor;
2. Informatizar a emissão de resultados de exames	<ul style="list-style-type: none"> • Criar rotinas e instrumentos para a informatização da emissão de resultados; • Informatizar a emissão de resultados.
Objetivo 7: Reorganizar a Assistência Farmacêutica	
1. Adequar a área física, os equipamentos e os recursos humanos,	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar a estrutura física do setor de Assistência Farmacêutica; • Adequar o equipamento do setor em função das atividades a serem desenvolvidas; • Contratar/remanejar e capacitar recursos humanos;
2. Consolidar a comissão de	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar uma agenda de trabalho para a comissão;

padronização de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Realizar encontros periódicos com os profissionais da rede para discussão de propostas e temas relacionados à questão dos medicamentos e de sua padronização; Avaliar a adesão dos profissionais da rede à lista padronizada de medicamentos.
3. Acompanhar e avaliar os processos de compras de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer, em conjunto com os setores afetos à questão, os fluxos e procedimentos para o processo de compras no âmbito da SMS.
4. Acompanhar e avaliar o consumo de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Criar instrumentos para o acompanhamento e avaliação do consumo de medicamentos na rede assistencial; Acompanhar e avaliar o consumo de medicamentos; Elaborar relatórios sobre o consumo de medicamentos.
5. Informatizar o setor	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar projeto de informatização do setor; Implantar e Implementar o projeto.
6. Manter a Farmácia Popular	<ul style="list-style-type: none"> Manter farmácia Popular
Objetivo 8: Aprimorar a Vigilância em Saúde	
1. Adequar a área física, os equipamentos e os recursos humanos,	<ul style="list-style-type: none"> Adequar a estrutura física do setor de Vigilância; Adequar o equipamento do setor em função das atividades a serem desenvolvidas; Contratar/remanejar e capacitar recursos humanos;
2. Elaborar o Projeto da Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar em conjunto (v.epidemiológica, v.sanitária, v. ambiental e v.saúde do trabalhador) o projeto de Vigilância em Saúde do município; Criar o colegiado gestor da vigilância em saúde.
3. Articular na Região projetos de ações comuns	<ul style="list-style-type: none"> Criar grupo de trabalho com os municípios da Região-Centro Sul para realização de projetos comuns e para o acompanhamento e avaliação de agravos e situações de risco, como no caso das zoonoses.
4. Subsidiar outros setores da secretaria de saúde, em particular a atenção básica, no desenvolvimento de ações de vigilância.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar oficinas de capacitação dos profissionais da rede, em particular da atenção básica, para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde em suas respectivas áreas de abrangência. Subsidiar, acompanhar e avaliar as ações de vigilância implementadas pelos profissionais da rede;
5. Subsidiar outros setores da administração municipal, em particular o setor de obras e saneamento, na definição de prioridades	<ul style="list-style-type: none"> Realizar encontros regulares com outros setores da administração municipal que tenham interface com a vigilância para o desenvolvimento de projetos conjuntos.
6. Participar da Política Estadual para Saúde do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> Participar das atividades e ações propostas pela Secretaria Estadual do Rio de Janeiro para a Saúde do Trabalhador no município.
7. Manter taxas de cobertura vacinal acima da meta preconizada pelo Ministério da Saúde tanto rotina como campanha	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o fluxo de rotina para as Unidades Básicas de Saúde que não possuem câmaras; Implementar equipes de pessoal extra para os períodos de campanhas.
Objetivo 9: Implementar linhas de cuidados para os problemas de saúde mais prevalentes	
1. Implementar a gerência de linhas de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar área física e equipamentos para o funcionamento da gerência; Contratar/remanejar recursos humanos; Capacitar recursos humanos.

2. Implementar a linha de cuidado para: o câncer de mama, colo uterino, próstata e pulmão; gravidez, parto e puerpério; portadores de necessidades especiais; atenção ao idoso; portadores de hipertensão e diabetes; pacientes renais crônicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar protocolos clínicos e de cuidados definindo o papel de cada setor da SMS; • Definir rotinas e fluxos; • Gerenciar a linha de cuidado; • Acompanhar e avaliar o funcionamento da linha de cuidado.
Objetivo10: Reduzir a morbi-mortalidade dos problemas de saúde prevalentes	
1. Reduzir a morbi-mortalidade por causas externas	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o SAMU; • Organizar o atendimento de urgência • Capacitar recursos humanos • Implantar e implementar ações de prevenção e promoção à saúde.
2. Reduzir a morbi-mortalidade infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o Comitê de redução da Mortalidade Infantil; • Implementar a linha de cuidado para gravidez, parto e puerpério; • Garantir a cobertura vacinal; • Implementar o programa de puericultura em toda a rede básica; • Capacitar recursos humanos;
3. Reduzir a morbi-mortalidade materna	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o Comitê de redução da Mortalidade Materna; • Implementar a linha de cuidado para gravidez, parto e puerpério.
4. Reduzir a morbi-mortalidade por câncer de mama, colo uterino, próstata e pulmão.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a linha de cuidado para o câncer de mama, colo uterino, próstata e pulmão; • Capacitar recursos humanos;
5. Reduzir a morbi-mortalidade por hipertensão e diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a linha de cuidado para Atenção ao portador de hipertensão e diabetes; • Garantir o apoio diagnóstico e terapêutico para o tratamento adequado dos pacientes.
6. Reduzir a morbi-mortalidade infecções respiratórias agudas	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar e implementar protocolos para o atendimento das IRA; • Implantar e implementar o Programa de Controle da Asma; • Garantir o apoio diagnóstico e terapêutico para o tratamento adequado dos pacientes. • Capacitar recursos humanos;
7. Reduzir a morbi-mortalidade por doenças bucais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações de promoção e prevenção; • Reorganizar a atenção básica à saúde bucal; • Reorganizar a atenção especializada a saúde bucal.

3.3 - DIRETRIZ ESTRATÉGICA 3 - FORTALECER O CONTROLE SOCIAL DO SUS

Objetivo 1: Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde	
Prioridades	Estratégias e Ações
1. Manter funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os conselheiros de saúde; • Garantir a estrutura (física, equipamentos e pessoal) necessária ao funcionamento adequado do CMS; • Implementar as câmaras técnicas do CMS;
Objetivo 2: Melhorar a comunicação entre o usuário e o gestor do sistema de saúde	
Prioridades	Estratégias e Ações
1. Otimizar os meios de comunicação disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar dos meios de comunicação disponíveis no município.
Objetivo 3: Melhorar a informação da comunidade sobre o funcionamento da rede assistencial e dos direitos e deveres do usuário dos serviços de saúde	
Prioridades	Estratégias e Ações
1. Elaborar e implementar a Cartilha de Informação do Usuário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar cartilha contendo informações referentes ao funcionamento da rede assistencial, coordenação dos serviços, direitos e deveres dos usuários; 2. Distribuir a cartilha.
Objetivo 4: Realizar as Conferências Municipais de Saúde	
Prioridades	Estratégias e Ações
1. Realizar as Conferências Municipais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, as Conferências Municipais de Saúde, conforme a legislação.

3.4 - QUADRO SÍNTESE: DIRETRIZ ESTRATÉGICA 1			ANO			
FORTALECER A CAPACIDADE DE GESTÃO DO SUS/Paracambi						
OBJETIVOS	PRIORIDADES	RESPONSÁVEL	2014	2015	2016	2017
1) Manter Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	Adequar organograma da Secretaria a proposta da Prefeitura	Sec Saúde		100%		
Fortalecer os mecanismos de gestão no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde	Manter as Coordenações no âmbito da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	Sec Saúde	100%	100%	100%	100%
Aprimorar os mecanismos e instrumentos de gestão	Aprimorar a Atenção Primária à Saúde	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Implementar o setor de controle e avaliação	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Aprimorar o setor de Planejamento	Sec Saúde	25%	100%	100%	100%
	Criar o núcleo de gestão da informação em saúde	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Implementar o setor de informação em saúde	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
Aprimorar os setores administrativo e financeiro	Aprimorar a gestão de recursos materiais e	Sec Saúde	100%	100%	100%	100%
	Manter o processo de compras às especificidades e necessidades do setor saúde	Sec Saúde	100%	100%	100%	100%
	Aprimorar o setor de manutenção	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Aprimorar a gestão do patrimônio	Sec Saúde		25%	75%	100%
	Aprimorar o Setor de Convênios e Contratos	Sec Saúde		25%	75%	100%

	Aprimorar o setor de gestão de pessoal para a implementação de uma política de valorização profissional	Sec Saúde				
	Aprimorar o setor de gestão financeira e orçamentária	Sec Saúde	50%	100%	100%	100%
	Manter o setor de transporte	Sec Saúde	100%	100%	100%	100%
Fortalecer a articulação Regional	Fortalecer a CIR	Sec Saúde	100%	100%	100%	100%

3.5 – QUADRO DE SÍNTESE: DIRETRIZ ESTRATÉGICA 2						
CONSOLIDAR O MODELO E MANTER A REDE ASSISTENCIAL			ANO			
OBJETIVOS	PRIORIDADES	RESPONSÁVEL	2014	2015	2016	2017
Implementar ações que favoreçam a inclusão social e a promoção da qualidade de vida	Implementar ações de promoção à saúde em conjunto com outros setores da administração municipal e/ou da comunidade	MANOEL	25%	50%	100%	100%
	Implementar um programa de educação para a saúde na rede de ensino municipal		100%	100%	100%	100%
Implementar o Programa de Humanização	Implementar o Programa de Humanização	THAÍS	25%	50%	100%	100%
Aprimorar a Atenção Primária à Saúde	Manutenção da ESF consolidando a estratégia da organização	THAÍS	100%	100%	100%	100%
	Adequar as unidades básicas de saúde em relação à área física, equipamentos e recursos humanos,	Sec Saúde	50%	100%	100%	100%
	Implantar protocolos clínicos e de cuidados	Sec Saúde	25%	50%	100%	100%
Aprimorar a Atenção Especializada	Readequação da área física da Policlínica de Paracambi	Sec Saúde	55%	100%	100%	100%
	Manter os instrumentos e os mecanismos de referência e contra – referência;	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Implantar o SISREG Municipal	Sec Saúde	25%	100%	100%	100%
	Implantar rotinas e parâmetros de avaliação da oferta e demanda de consultas e exames especializados;	Sec Saúde	25%	75%	100%	100%
	Criar Centro de Referência em tratamento de feridas	Sec Saúde	25%	75%	100%	100%
	Revalidar, periodicamente, os critérios definidores das consultas especializadas	Sec Saúde	25%	100%	100%	100%
	Definir profissional médico para diretor clínico da Unidade Policlínica	Sec Saúde	100%	100%	100%	100%

	Informatizar a Unidade	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Manter Serviço de Saúde Mental (CAPS)	COLEGIADO SAÚDE MENTAL	100%	100%	100%	100%
	Implantar Serviço de Reabilitação	Sec Saúde		25%	50%	75%
	Manter o Serviço de Fisioterapia	ROSANA E ANGELA	100%	100%	100%	100%
	Manter o Serviço de Saúde Bucal	Sec Saúde	100%	100%	100%	100%
Aprimorar os serviços de Urgência/Emergência e o cuidado hospitalar	Readequar a área física, os equipamentos e os recursos humanos	Sec Saúde		75%	100%	100%
	Otimizar funcionamento do Hospital Municipal	Sec Saúde	50%	75%	100%	100%
	Manter transporte sanitário	MARCELO	100%	100%	100%	100%
	Implementar atividades do SAMU		50%	75%	100%	100%
Implantar o setor de Apoio Diagnóstico	Criar normas e rotinas de funcionamento do setor	Sec Saúde	25%	50%	100%	100%
	Informatizar a emissão de resultados de exames	Sec Saúde	50%	100%	100%	100%
Aprimorar a Assistência Farmacêutica	Adequar à área física, os equipamentos e recursos humanos.	RAFAELA	25%	50%	75%	100%
	Consolidar a comissão de padronização de medicamentos (REMUME) Relação Municipal de Medicamentos.		50%	100%	100%	100%
	Acompanhar e avaliar os processos de compras de medicamentos.		50%	100%	100%	100%
	Informatizar o setor implantar o Hórus e acompanhar e avaliar o consumo de medicamentos.		25%	50%	100%	100%
	Manter a Farmácia Popular.		100%	100%	100%	100%
	Elaborar o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica.		25%	75%	100%	100%
Implantar e aprimorar a Vigilância à	Adequar à área física, os equipamentos e os recursos humanos,	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Elaborar o Projeto da Vigilância em Saúde;	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Articular na Região projetos de ação comuns	Sec Saúde	100 %	100 %	100 %	100%

Saúde	Subsidiar outros setores da secretaria de saúde, em particular a atenção básica, no desenvolvimento de ações de vigilância.	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Subsidiar outros setores da administração municipal, em particular o setor de obras e saneamento, na definição de prioridades.	Sec Saúde	25%	50%	75%	100%
	Participar da Política Estadual para Saúde do Trabalhador	Sec Saúde	50%	100%	100%	100%
	Manter taxas de cobertura vacinal acima da meta preconizada pelo Ministério da Saúde tanto rotina	KARINA	100%	100%	100%	100%
Implementar linhas de cuidados para os problemas de saúde mais prevalentes	Implementar a gerência de linhas de cuidado	Sec Saúde		50%	100%	100%
	Implementar a linha de cuidado para o câncer de mama, colo uterino , próstata e pulmão	Sec Saúde		50%	100%	100%
	Implementar a linha de cuidado para a gravidez, parto e puerpério;	SANDRA		50%	100%	100%
	Implementar a linha de cuidado para portadores de necessidades especiais	Sec Saúde		50%	100%	100%
	Implementar a linha de cuidado para atenção ao idoso	Sec Saúde		50%	100%	100%
	Implementar a linha de cuidado para atenção ao portador de hipertensão e diabetes	LEIDIANE		50%	100%	100%
	Implementar a linha de cuidado para atenção ao portador de insuficiência renal crônica	Sec Saúde		50%	100%	100%
Reduzir a morbi-mortalidade dos problemas de saúde prevalentes	Reduzir a morbi-mortalidade por causas externas	Sec Saúde	25%	50%	100%	100%
	Reduzir a morbi-mortalidade infantil	SANDRA	25%	50%	100%	100%
	Reduzir a morbi-mortalidade materna	SANDRA	25%	50%	100%	100%
	Reduzir a morbi-mortalidade por câncer de mama, colo uterino, próstata e pulmão.	Sec Saúde	25%	50%	100%	100%

Reduzir a morbi-mortalidade por hipertensão e diabetes	LEIDIANE	25%	50%	100%	100%
Reduzir a morbi-mortalidade infecções respiratórias agudas	Sec Saúde	25%	50%	100%	100%
Reduzir a morbi-mortalidade por doenças bucais	PATRICIA	25%	50%	100%	100%

3.6 - QUADRO SÍNTESE: DIRETRIZ ESTRATÉGICA 3			ANO			
FORTALECER O CONTROLE SOCIAL DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE			2014	2015	2016	2017
OBJETIVOS	PRIORIDADES	RESPONSÁVEL				
Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde	Aprimorar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	Manoel	75%	100%	100%	100%
Melhorar a comunicação entre o usuário e o gestor do sistema de saúde	Otimizar os meios de comunicação disponíveis	Manoel	50%	100%	100%	100%
Melhorar a informação da comunidade sobre o funcionamento da rede assistencial e dos direitos e deveres do usuário dos serviços de saúde	Elaborar e implementar a Cartilha de Informação do Usuário	Manoel		100%	100%	100%
Realizar as Conferências Municipais de Saúde	Realizar as Conferências Municipais de Saúde	Manoel		100%	100%	100%

3.7 - QUADRO SÍNTESE: ADEQUAÇÃO DE REDE FÍSICA E DE EQUIPAMENTO				
UNIDADES	REFORMA	AMPLIAÇÃO	CONSTRUÇÃO	EQUIPAMENTO
Unidades Básicas de Saúde da Sede	Segundo plano de investimento do Ministério da Saúde			
Pronto Atendimento Policlínica	Segundo plano de investimento do Ministério da Saúde			
Residências Terapêuticas CAPS	Fonte de Recurso – FNS			
Hospital Municipal	Segundo Plano de Investimento Governo do Estado - PAHI			

3.8 - QUADRO SÍNTESE: ADEQUAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS		
UNIDADE	CONTRATAÇÃO	CAPACITAÇÃO
Pronto Atendimento	Manter quadro de recursos humanos necessário ao atendimento assistencial; preventivo/ de promoção a Saúde e administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, seja através de Contratação ou Concurso Público	Ação Contínua
Policlínica Paracambi		Ação Contínua
Vigilância à saúde		Ação Contínua
Saúde bucal		Ação Contínua
CAPS		Ação Contínua
Reabilitação		Ação Contínua
Controle e avaliação e regulação(auditor)		Ação Contínua
SAMU		Ação Contínua
Planejamento		Ação Contínua
Sistema de informação		Ação Contínua
Assistência farmacêutica		Ação Contínua
Laboratórios Municipais		Ação Contínua
Atenção Primária a Saúde		Ação Contínua
Zoonoses		Ação Contínua