

Plano Municipal de Saúde

2026 - 2029



Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

CIDADE HUMANIZADA, INOVADORA E SUSTENTÁVEL

Plano Municipal de Saúde de Sorocaba/SP

Quadriênio 2026-2029

IDENTIFICAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA

Prefeito: Rodrigo Maganhato

Paço Municipal: Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes, 3041 – Alto da Boa Vista, Sorocaba – SP, 18013-280

Fone: (15) 3238-2100

E-mail: prefeitura@sorocaba.sp.gov.br

CNPJ: 46.634.044/0001-74.

Código do IBGE: 3552205

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOROCABA

Secretária Municipal: Dra. Priscila Renata Feliciano

Paço Municipal: Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes, 3041 – Alto da Boa Vista, Sorocaba – SP, 18013-280

Fone: (15) 3238-2243

E-mail: saude@sorocaba.sp.gov.br

CNES: 5697107

Fundo Municipal de Saúde /CNPJ: 46.634.044/0002-55

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Presidente: Dra. Priscila Renata Feliciano

Instrumento Legal de Criação: Lei nº 3.623 de 28/06/1991

Regimento Interno do CMS: Decreto nº 23.378 de 08/01/2018

ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)

Equipe de gestão e colaboradores da Secretaria da Saúde – 2025

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. GESTÃO DA SAÚDE.....	9
2.1 Responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde (SES).....	11
3. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS).....	13
4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO.....	13
5. ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL.....	25
5.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....	25
5.2 Urgência e Emergência (UE).....	31
5.2.1. Núcleo de Gestão de Urgência e Emergência (NUGUE).....	31
5.2.2 Pronto Atendimento e UPAs.....	32
5.2.3 SAMU Municipal e Regional.....	33
5.2.4 Atenção Hospitalar.....	35
5.2.5 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).....	37
5.3. Saúde Mental.....	38
5.4 Vigilância em Saúde.....	39
5.4.1 Vigilância Epidemiológica (VE).....	40
5.4.1.1 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS).....	41
5.4.2 Vigilância Sanitária (VISA).....	41
5.4.3 Zoonoses.....	42
5.4.4 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).....	43
5.4.5 Programa IST/AIDS e Hepatites Virais.....	43
5.4.6 Laboratório Municipal (LABMUN).....	44
5.5 Saúde Bucal.....	44
5.6 Saúde Digital.....	47
5.7 Auditoria do SUS.....	48
6. CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE:.....	49
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	50
8. FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES.....	52
Indicador 1. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (SUS)....	53
Indicador 2. Proporção de atendimentos médicos programados na Atenção Básica.....	54
Indicador 3. Percentual de atendimentos médicos em saúde mental, realizados na APS.....	56
Indicador 4. Taxa de absenteísmo em consultas médicas na APS.....	58
Indicador 5. Proporção de NV SUS de mães com no mínimo 07 consultas de Pré Natal (PN).....	59
Indicador 6. Proporção de NV SUS que realizaram a primeira consulta na APS até 30 dias de vida.....	60
Indicador 7. Proporção de óbitos por Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na população de 30-69 anos.....	61

Indicador 8. Razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos (SUS).....	63
Indicador 9. Proporção de equipes ESF e EAP completas.....	64
Indicador 10. Percentual de itens de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais com desabastecimento (falta do medicamento) superior a um mês.....	65
Indicador 11. Taxa de mortalidade Infantil.....	66
Indicador 12. Proporção de óbitos maternos.....	69
Indicador 13. Percentual de internações por causas sensíveis à atenção básica.....	72
Indicador 14. Primeira Consulta Odontológica Programática.....	74
Indicador 15. Proporção de Procedimentos Odontológicos Preventivos em Relação aos Curativos.....	76
Indicador 16. Taxa de Exodontias na Atenção Primária à Saúde (APS).....	78
Indicador 17. Ampliação do CEO de Tipo II para Tipo III.....	80
Indicador 18. Taxa de ampliação da Reabilitação Oral com Próteses Dentárias.....	82
Indicador 19. Proporção de Hospitais conveniados ao SUS com serviço implantado para atendimento odontológico em PNE com 18 anos ou mais, sob anestesia geral.....	84
Indicador 20. Taxa de ampliação de ações de Escovações Supervisionadas na APS.....	86
Indicador 21. Número de UPAS com novos Prontos Atendimentos Odontológicos 24h implantados.....	88
Indicador 22. Proporção de gestantes com atendimento odontológico registrado dentre as gestantes com pré natal realizado no SUS.....	90
Indicador 23. Proporção de casos de gestantes com sífilis adequadamente tratados.....	92
Indicador 24. Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).....	94
Indicador 25. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose – com cobertura vacinal preconizada.....	95
Indicador 26. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados até 60 dias da notificação.....	97
Indicador 27. Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal que possuem licenciamento sanitário válido e vigente no período de referência, em relação ao total de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, sujeitos ao licenciamento sanitário no município.....	99
Indicador 28. Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.....	101
Indicador 29. Número de levantamentos rápidos de densidade larvária, realizados no ano.....	102
Indicador 30. Proporção de acidentes de trabalho fatais investigados.....	103
Indicador 31. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das <i>coortes</i>	104
Indicador 32. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.....	105
Indicador 33. Número de testes de sífilis por gestante.....	106

Indicador 34. Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos em gestantes.....	107
Indicador 35. Número de óbitos precoces pela AIDS.....	109
Indicador 36. Número de transmissão vertical do HIV.....	111
Indicador 37. Número de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos SUS sob gestão municipal.....	113
Indicador 38. Taxa de absenteísmo nas consultas médicas de especialidades sob gestão municipal....	115
Indicador 39. Tempo médio de resposta do SAMU.....	116
Indicador 40. Proporção de usuários admitidos no SAD provenientes de internações hospitalares e de serviços de urgência e emergência.....	117
Indicador 41. Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em maiores de 60 anos.....	119
Indicador 42. Proporção de Unidades Básicas de Saúde que dispõem de Grupo de Tabagismo.....	120
Indicador 43. Percentual de feridas com cicatrização (acompanhas pelo Ambulatório de Feridas).....	121
Indicador 44. Percentual de CAPS com ações de matriciamento sistemático junto às equipes de AB...	122
Indicador 45. Número de equipamentos novos da RAPS implementados.....	123
Indicador 46. Número de Unidades Básicas de Saúde construídas e entregues no período.....	124
Indicador 47. Percentual de execução da construção da Nova Policlínica.....	125
Indicador 48. Percentual de execução da construção do Hospital Municipal.....	126
Indicador 49. Percentual de óbitos com causa básica definida.....	127
Indicador 50. Percentual de usuários satisfeitos com atendimentos nos PAs.....	128
Indicador 51. Taxa de Absenteísmo nas consultas odontológicas na APS.....	129
Indicador 52. Taxa de Absenteísmo consultas odontológicas de especialidades sob gestão municipal..	130
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
ANEXO 1	136

Índice de Figuras

Figura 1 - Composição municipal da RRAS 8, evidenciando a distribuição das Regiões de Saúde no território da DRS XVI.....	14
Figura 2 - Distribuição territorial das Regionais do município de Sorocaba (2025).....	15
Figura 3 - Distribuição territorial dos Colegiados do município de Sorocaba (2025).....	16
Figura 4 - Distribuição da população no território do município de Sorocaba (2022).....	17
Figura 5 - Série histórica da distribuição da população por faixa etária – 1980, 1991, 2000 e 2010.....	19
Figura 6 - Pirâmide etária de Sorocaba, conforme censo de 2022.....	20
Figura 7 - Distribuição em percentagem de agravos atendidos na Atenção Primário, no ano de 2023.....	22
Figura 8 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde do município de Sorocaba.....	28
Figura 9 - Distribuição dos leitos hospitalares segundo tipo de gestão, 2024.....	35
Figura 10 - Distribuição dos leitos hospitalares SUS, segundo hospital, 2024.....	36
Figura 11 - Distribuição dos leitos hospitalares SUS, segundo tipologia, 2024.....	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Agravos e doenças infectocontagiosas, Sorocaba (2024).....	21
Tabela 2 - Morbidade Hospitalar de residentes do município de Sorocaba, segundo capítulo da CID-10, 2021 a 2024.....	23
Tabela 3 - Causa de mortalidade de residentes do município de Sorocaba, segundo Capítulo CID-10, de 2022 a 2024.....	24
Tabela 4 - Distribuição das UBSs conforme Regional e Colegiado de Saúde; População Total e População SUS Dependente por UBS, Regional e Município, 2022.....	29
Tabela 5 - Cobertura da Atenção Primária em Saúde e equipes financiadas pelo Ministério da Saúde (2024).....	30
Tabela 6 - Estrutura das equipes de Saúde Bucal e multiprofissionais custeadas ou não pelo Ministério da Saúde, na Atenção Primária em Saúde (abril de 2025).....	31
Tabela 7 - Suficiência da rede de Pronto Atendimento segundo Colegiado, conforme população do Território, 2025.....	33

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026 – 2029 é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de quatro anos. Nele, apresentam-se os compromissos do Governo para o setor da Saúde, por meio de **diretrizes, objetivos metas e indicadores** que norteiam a gestão de política de saúde, tendo como base a análise do perfil demográfico, epidemiológico e sanitário do município de Sorocaba/SP.

Este instrumento de planejamento expressa o compromisso da Gestão com a implementação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal em busca da universalidade, da equidade e da integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são os mecanismos que garantem o funcionamento do SUS em todos os seus níveis. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de planejamento e monitoramento, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde.

O PMS norteia todas as ações para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas *Programações Anuais de Saúde (PAS)*, tendo seus resultados avaliados nos *Relatórios Anuais de Gestão (RAG)*, com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das *Conferências Municipais de Saúde*.

O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), se consolidando como instrumento fundamental de planejamento.

O planejamento no âmbito do SUS tem como base os seguintes pressupostos, conforme Art. 3º, §3º, da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013:

“§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

I – análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

a) estrutura do sistema de saúde;

- b) redes de atenção à saúde;*
- c) condições socio sanitárias;*
- d) fluxos de acesso;*
- e) recursos financeiros;*
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;*
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;*
- II – definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e*
- III – o processo de monitoramento e avaliação.”*

O presente PMS representa a síntese de um processo decisório voltado para o enfrentamento de um conjunto de desafios. Neste documento, são explicitadas as intenções e os resultados esperados para um período de quatro anos, abrangendo tanto os três anos do Governo atual quanto o primeiro ano da próxima Gestão.

Os eixos estratégicos delineados refletem as prioridades do Governo e servirão de base para a formulação de políticas públicas dos próximos anos. Cada eixo se desdobra em diretrizes, objetivos, metas e indicadores, estabelecendo as orientações das ações a serem implementadas. As diretrizes são fruto de escolhas estratégicas e priorizações, determinadas pelas características epidemiológicas, pela organização dos serviços de saúde, pelo sistema de saúde vigente, pelas políticas públicas de saúde e pelas deliberações das Conferências Municipais de Saúde. Os objetivos delineiam as aspirações que buscamos alcançar.

As metas expressam e/ou quantificam os resultados desejados para que os objetivos sejam alcançados. Por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas, consistindo em ferramenta essencial para o processo de monitoramento e avaliação do PMS.

O monitoramento é uma atividade que possibilita às equipes e gestores a tomada de decisão e possui um caráter interno e gerencial. Sua realização acontece por meio de indicadores, a fim de sinalizar possíveis erros e falhas, com consequentes intervenções, cujos principais objetivos são o fortalecimento da capacidade de gestão e o aprimoramento da assistência ofertada à população.

A avaliação é um processo que visa determinar periodicamente e de maneira sistemática e objetiva a relevância, a eficácia e a eficiência dos programas, projetos ou intervenções, à luz de seus objetivos. Esta atividade envolve todos aqueles que participaram do processo de formulação das ações e instrumentos utilizados.

O objeto de monitoramento e avaliação desta área técnica compreende o conteúdo dos instrumentos de planejamento do SUS – Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão, bem como indicadores definidos pelas Coordenações das Redes de Atenção à Saúde e das demais áreas técnicas da Secretaria da Saúde (SES).

2. GESTÃO DA SAÚDE

De acordo com a Lei Municipal nº 12.473, de 23 de dezembro de 2021 (alterada pela LEI nº 13.127, de 31 de janeiro de 2025), que dispõe sobre a reorganização da estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Sorocaba e dá outras providências, Art. 49, Seção XVIII – Secretaria da Saúde (SES):

“Compete à Secretaria da Saúde (SES), além das atribuições genéricas das demais Secretarias, o seguinte:

I – gerir o Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito do Município ou por este realizado supletivamente ao Estado e/ou à União;

II – planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços, as ações e as Políticas de Saúde do Município, diretamente ou mediante participação complementar, em consonância com o Plano de Governo, Plano Municipal de Saúde e os princípios estruturantes do SUS;

III – articular-se e participar dos órgãos de controle social;

IV – atuar na prevenção e no combate às epidemias, pandemias e doenças transmissíveis e zoonoses.

Parágrafo único. A Secretaria da Saúde (SES) terá a seguinte estrutura:

I – Conselho Municipal de Saúde;

II – Setor de Gestão Administrativa de Estabelecimento de Saúde;

III – Supervisão de Área de Saúde;

IV – Coordenadoria Técnica de Serviços de Urgência, Emergência, Especialidades e Atenção Primária;

V – Coordenadoria Regional de Saúde

a) Zoonoses:

1) Seção de Apoio Operacional;

2) Seção de Controle Animal;

b) Educação em Saúde:

1) Seção de Educação em Saúde;

VI – Assessoria de Planejamento da SES;

VII – Coordenadoria Médica do SAMU – Regional;

VIII – Coordenadoria de Enfermagem do SAMU – Regional;

IX – Divisão de Apoio ao SAMU:

a) Seção de Apoio e Gestão do SAMU;

- b) Seção de Regulação de Transporte de Pacientes;*
- X – Auditoria Geral da Saúde:*
 - a) Gerente de Auditoria da Saúde;*
- XI – Coordenadoria de Saúde Mental;*
 - a) Seção de Saúde Mental;*
- XII – Divisão de Vigilância Sanitária;*
 - a) Seção de Apoio Operacional;*
 - b) Seção de Apoio Administrativo;*
- XIII – Divisão de Vigilância Epidemiológica:*
 - a) Seção de Apoio Técnico.*
- XIV – Divisão de Administração e Gestão:*
 - a) Seção de Aquisição e Manutenção de Equipamentos e Mobiliários da Saúde;*
 - b) Seção de Administração de Contratos;*
 - c) Seção de Manutenção e Conservação Predial da Saúde;*
 - d) Seção de Especificação de Compras;*
 - e) Seção de Administração e Controle;*
- XV – Divisão de Orçamento da Saúde:*
 - a) Seção de Execução do Orçamento da Saúde;*
- XVI – Divisão de Avaliação e Controle:*
 - a) Seção de Faturas e Cadastramento;*
 - b) Seção de Regulação Ambulatorial;*
 - c) Seção de Regulação Hospitalar;*
 - d) Seção de Regulação de Tratamento Fora do Domicílio;*
- XVII – Divisão de Administração de Convênios:*
 - a) Seção de Captação e Monitoramento de Recursos da Saúde;*
 - b) Seção de Fiscalização e Prestação de Contas do 3º Setor;*
- XVIII – Divisão Administrativa de Atenção à Saúde:*
 - a) Seção de Apoio Administrativo;*
 - b) Seção de Apoio a Especialidades;*
 - c) Seção de Doenças Raras;*
- XIX – Divisão de Material Médico, Hospitalar e Farmacêutico:*
 - a) Seção de Medicamentos;*
 - b) Seção de Abastecimento de Materiais;*
 - c) Seção de Apoio Administrativo;*
- XX – Divisão de Gerenciamento Administrativo e Atos Oficiais da Saúde:*
 - a) Seção de Controle de Atos Oficiais da Saúde;*
- XXI – Divisão de Suporte Institucional:*

- a) *Seção de Suporte Institucional;*
- XXII – *Divisão da Rede de Atenção à Saúde:*
 - a) *Seção da Rede de Atenção à Saúde;*
 - b) *Coordenadoria de Unidade de Saúde;*
- XXIII – *CEREST*
- XXIV – *Coordenadoria de Planejamento de Saúde Digital:*
 - a) *Gerência de Projetos de Saúde Digital*
- XXV – *Coordenadoria de Educação e Treinamento em Saúde”*

2.1 Responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde (SES)

A saúde é um direito de todos e dever do Estado (Constituição Federal de 1988), garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O dever do Estado não exclui as responsabilidades do cidadão e da família em relação à saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde (SES) tem como objetivo desenvolver, aplicar e avaliar políticas públicas a fim de melhorar os níveis de saúde e a qualidade de vida da população de Sorocaba. Essas políticas envolvem ações de promoção e proteção da saúde, assistência e reabilitação. Podemos afirmar que essas ações acontecem a partir de uma série de atividades desenvolvidas, para cumprir com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O tema saúde é amplo, pois envolve o bem-estar físico e mental, não apenas ausência de doenças. A saúde física depende de vários fatores determinantes e condicionantes que interferem nas condições de vida como: idade; sexo; hereditariedade; estilo de vida (hábitos); condições socioeconômicas; acesso a alimentos saudáveis, água potável e saneamento básico; exposição a agentes físicos, químicos e biológicos que podem comprometer a saúde; meio ambiente; emprego e ambiente de trabalho; opções de lazer; convívio social (na família, comunidade, espiritualidade); educação; acesso aos serviços e ações de saúde; entre outros fatores.

A saúde mental, fortemente influenciada pela personalidade de cada um, depende de como cada indivíduo reage diante das “oportunidades, facilidades e/ou dificuldades” que a vida oferece, os sonhos, as expectativas, as frustrações, o convívio social, ou seja, para ter o pleno bem-estar físico e mental, existem fatores individuais, culturais, ambientais e de acesso a serviços

(públicos ou não).

O papel do Estado na promoção do bem-estar físico e mental da população é fundamental, embora limitado. A Secretaria da Saúde, de forma isolada, não garante plenamente o direito à saúde, mas atua no desenvolvimento de políticas e ações que ampliem o acesso a serviços de promoção, prevenção e assistência. A responsabilidade é compartilhada entre a Prefeitura de Sorocaba, o Governo do Estado de São Paulo e o Governo Federal, todos corresponsáveis, com atribuições específicas no âmbito do SUS.

Convém destacar ainda, a importância da participação de cada cidadão no cuidado com sua própria saúde, o que se conceitua como autonomia do cuidado, sob a responsabilidade compartilhada entre o Estado, a sociedade e o indivíduo, que devem juntos construir um conjunto de estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Essas estratégias se materializam por meio de políticas públicas, ações e intervenções que atuam sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde, de forma intersetorial e com participação popular. O objetivo é favorecer escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades nos territórios onde vivem, estudam, trabalham, entre outros espaços do cotidiano.

As ações em saúde são potencializadas pela articulação entre os diferentes setores da própria área da saúde e também pela integração com outras áreas, como educação, assistência social, meio ambiente, entre outras. Essa articulação intersetorial promove maior efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, contribuindo para a melhoria das condições de vida e saúde das populações e dos territórios.

As ações em Saúde são classificadas em:

a) promoção da saúde: atividades que visam promover o bem-estar e a qualidade de vida, estimulando hábitos saudáveis, como a higiene pessoal, a prática regular de atividade física e a alimentação equilibrada.

b) proteção contra doenças: ações gerais que visam prevenir o surgimento de diversas doenças, e não apenas uma específica. Envolvem principalmente práticas de higiene e mudanças de comportamento, como: distribuição de preservativos; eliminação de criadouros de vetores de doenças no meio ambiente; fiscalização da qualidade da água, dos alimentos e de estabelecimentos de interesse à saúde; além do estímulo ao uso de medidas de proteção individual, como luvas, álcool em gel e máscaras, entre outras.

c) prevenção de doenças específicas: ações voltadas à prevenção de doenças específicas, como aplicação de vacinas, isolamento de doentes infectantes e fluoretação da água de abastecimento público.

d) assistência à saúde: atendimentos realizados para tratar problemas de saúde específicos, como consultas com profissionais de saúde de nível superior e médio, cirurgias e terapias especializadas nas diversas unidades do SUS.

e) reabilitação: conjunto de ações voltadas à consolidação de objetivos terapêuticos, com o propósito de permitir que o paciente alcance e mantenha a melhor funcionalidade possível (física, sensorial, intelectual, psicológica e social) em interação com seu ambiente. Exemplos incluem cirurgias restauradoras com fornecimento de próteses e terapias especializadas realizadas por equipe multiprofissional.

3. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão colegiado, permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da SES. Suas atribuições, composição e funcionamento estão descritos na Lei nº 3.623, de 28 de junho de 1991 e no seu Regimento Interno, publicado no Decreto nº 23.378, de 08 de janeiro de 2018.

Em linhas gerais, ele atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sua estrutura colegiada é composta por representantes do Poder Público, prestadores de serviço da área da saúde, profissionais liberais, trabalhadores da área da saúde e também por representantes dos usuários do sistema de saúde.

4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) se baseia nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) — estruturas compostas por serviços e ações articulados de forma regionalizada e hierarquizada. Seu objetivo é garantir o acesso universal e contínuo, promovendo o cuidado integral e a gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Uma dessas redes é a Rede Regional de Atenção à Saúde 8 (RRAS 8), formada por três Regiões de Saúde: Sorocaba, Itapetininga e Itapeva. Juntas, abrangem 48 municípios com uma população estimada em cerca de 2,24 milhões de pessoas.

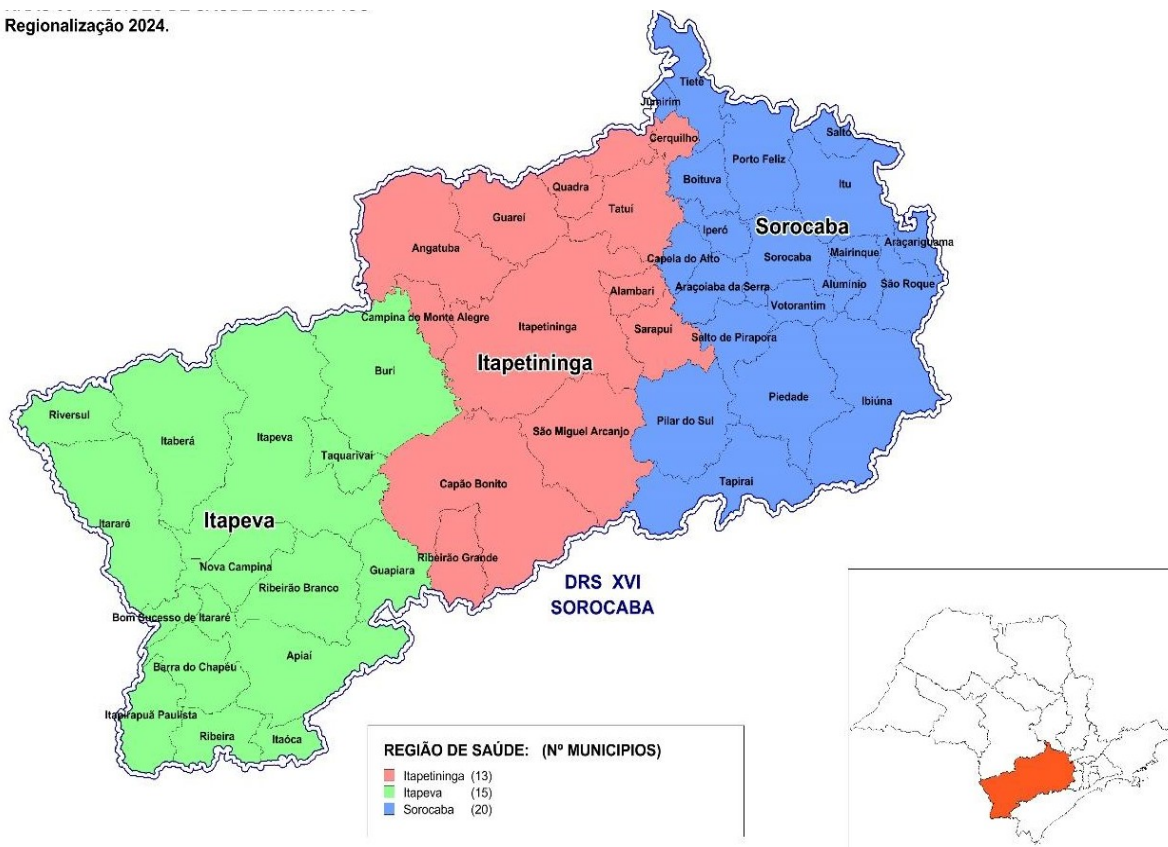
A DRS XVI – Sorocaba, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), é a instância responsável por coordenar a RRAS 8. Além da gestão dos serviços estaduais, cabe à DRS promover a articulação regional entre os municípios.

Sorocaba integra a DRS XVI, ao lado de outros 47 municípios. Esses municípios estão distribuídos nas três Regiões de Saúde citadas, que compartilham dinâmicas sociais, econômicas e logísticas. Essa configuração territorial fortalece o planejamento e a integração dos serviços no SUS.

A Figura 01 mostra o mapa com a distribuição espacial desses municípios que compõe a rede.

Figura 01 – Composição municipal da RRAS 8, evidenciando a distribuição das Regiões de Saúde no território da DRS XVI.

Regionalização 2024.



Fonte: CPS/Grupo de Informações em Saúde – GIS.

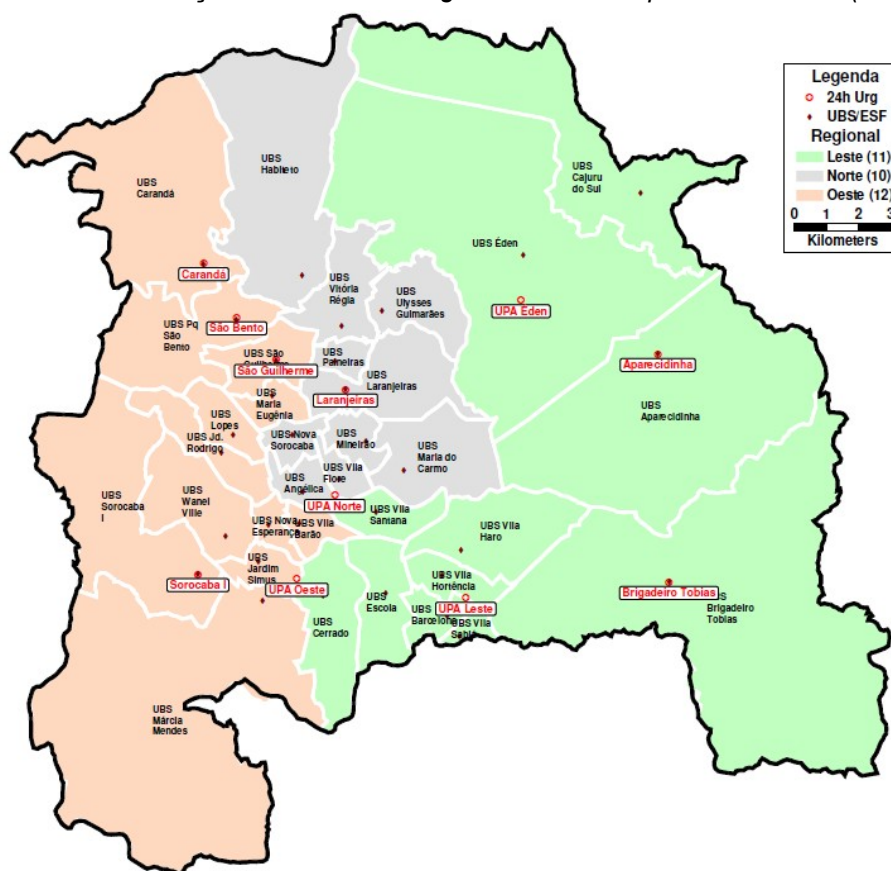
A Região Sorocaba é a maior, em termos de número de habitantes, de acordo com a contagem do censo demográfico de 2022, com 1.779.685 habitantes distribuídos em 20 municípios: Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó,

Itú, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapiraí, Tietê e Votorantim (Seade, 2022; SES-SP, 2023; IBGE, 2023a).

Ainda, de acordo com Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Sorocaba tinha naquele ano 723.682 habitantes. É um município predominantemente urbano, apresentando densidade populacional de 1.608,4 habitantes/km², abaixo da média da cidade de São Paulo (7.527,8 habitantes/km²), porém acima da média do Estado (179,0 habitantes/km²) e da média nacional (23,9 habitantes/km²), contando com 99,0% de população urbana (DATASUS, 2023a; IBGE, 2023a). Segundo o próprio IBGE, em 2024 a população estimada de Sorocaba é de 757.459 habitantes.

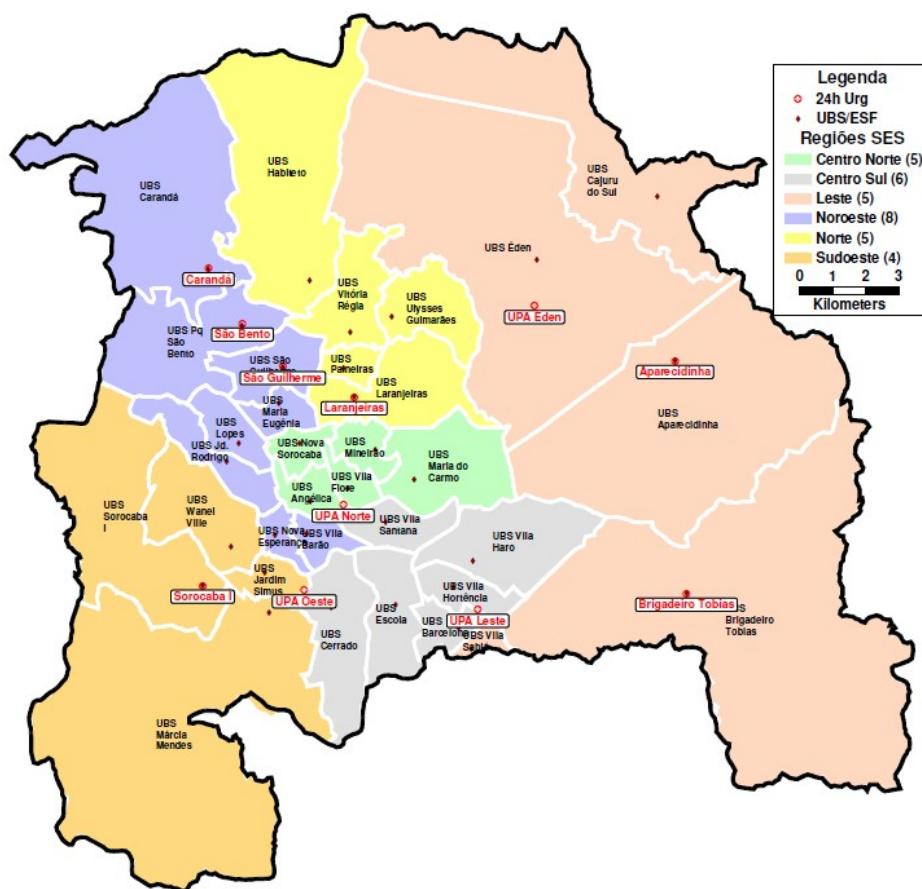
Para fins de ações da Secretaria da Saúde, o município foi dividido em 3 Regionais – Leste, Oeste e Norte, conforme Figura 02. Cada Regional é subdividida em 2 Colegiados – Leste, Centro-Sul, Centro-Norte, Norte, Sudoeste e Noroeste, conforme Figura 03. A maior, é a Regional Oeste, com 38,7% dos habitantes do município, alocados nos Colegiados Noroeste e Sudoeste.

Figura 02 – Distribuição territorial das Regionais do município de Sorocaba (2025).



Fonte: SES/PMS.

Figura 03 – Distribuição territorial dos Colegiados do município de Sorocaba (2025).

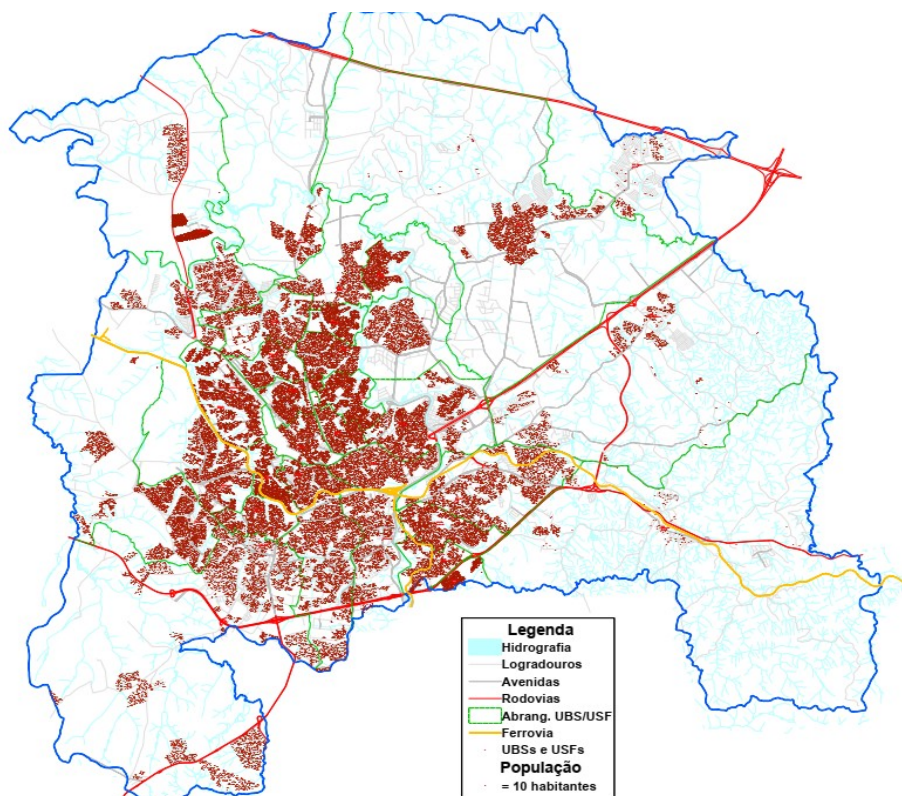


Fonte: SES/PMS.

Apesar da maior concentração de habitantes na Regional Oeste, as maiores densidades populacionais se encontram no Colegiado Centro-Norte, e Colegiado Centro-Sul. São as regiões com ocupação territorial mais antigas do município. Cada região também tem características demográficas particulares que variam na proporção de crianças e idosos, densidade demográfica e vulnerabilidade.

A Figura 04 apresenta o mapa do município de Sorocaba onde cada ponto marrom equivale a 10 habitantes. Nesta representação também estão destacadas as principais barreiras geográficas que interferem na acessibilidade das pessoas até uma unidade de saúde.

Figura 04 – Distribuição da população no território do município de Sorocaba (2022). Cada ponto equivale a 10 habitantes.



Fonte: SES/PMS.

Sorocaba é um importante polo industrial do estado de São Paulo, com mais de 1.800 indústrias e exportações para mais de 120 países. O município também abriga cerca de 14 mil estabelecimentos comerciais e 9 mil prestadores de serviços, totalizando mais de 22 mil empresas.

Em termos de desenvolvimento humano, Sorocaba apresenta um índice (IDH) de 0,798, classificado como alto. O município ocupa a 47ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros. Entre os componentes do índice, destaca-se a longevidade (IDH 0,843), acima da média estadual (0,810). A renda *per capita* também é destaque (IDH-renda 0,792), superior à média do estado (0,771) e nacional (0,747). Em educação, Sorocaba (IDH 0,762) está abaixo da média paulista (0,839), mas acima da nacional (0,742) (Pnud/FJP/Ipea, 2023a).

No aspecto econômico, o município registrou um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$ 64.046,61 em 2021, que equivale a 81ª posição estadual e 559ª nacional. É a 5ª na região imediata. O total do PIB em 2021 foi de R\$ 44,5 bilhões, colocando Sorocaba na 26ª posição entre

os 100 maiores municípios do país (IBGE, 2023c) e 10ª posição no Estado de São Paulo. A composição do PIB municipal foi: 61,8% do setor de serviços, 28,4% da indústria e 9,6% da administração pública (SEADE, 2023).

Apesar dos bons indicadores econômicos, a taxa de desocupação (9,1%) supera a média estadual (7,8%) e nacional (8,0%). O índice flutuou nos últimos anos, com aumento significativo durante a pandemia e posterior queda a partir do segundo semestre de 2021 (IBGE, 2023c).

Em Sorocaba, os indicadores educacionais refletem avanços significativos. Segundo o IBGE (2022), a taxa de pessoas com 25 anos ou mais sem instrução ou com ensino fundamental incompleto é inferior à média nacional, acompanhando a tendência observada no estado de São Paulo (24,8%). Por outro lado, o percentual da população com nível superior completo em Sorocaba segue em crescimento e já se aproxima da média estadual de 25,0%, superando o índice nacional de 19,2%.

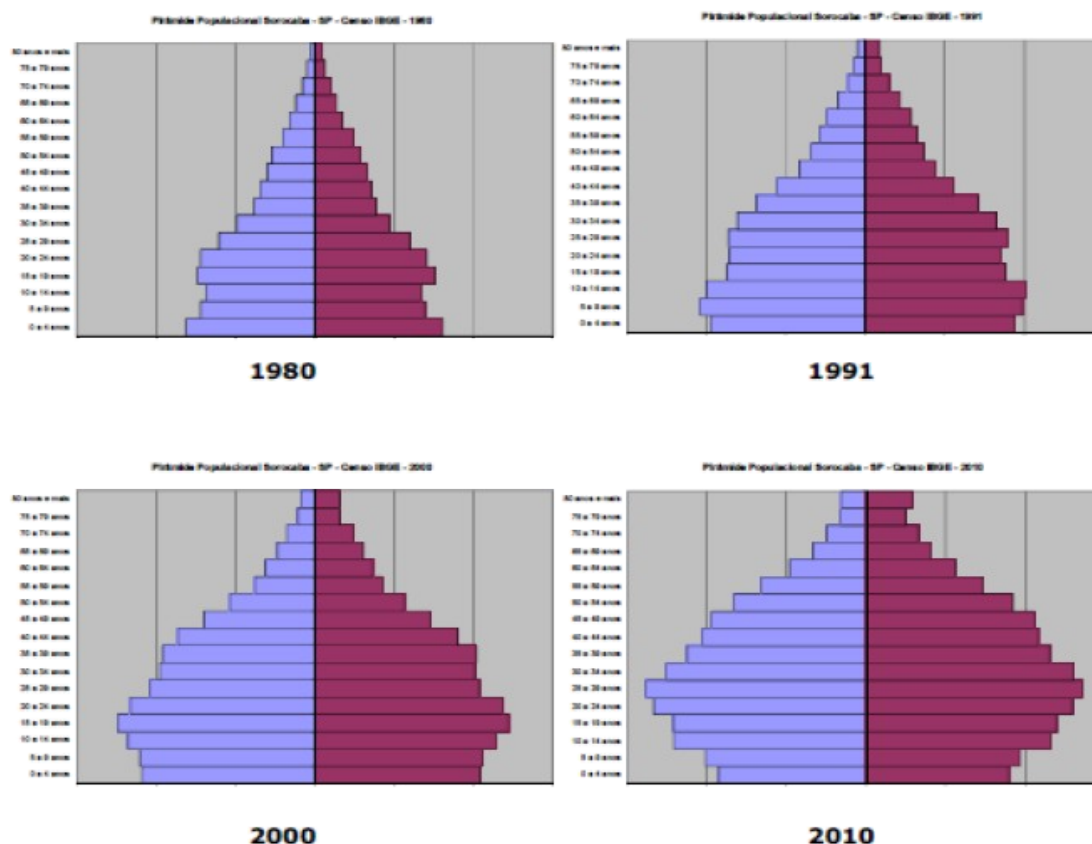
Esses dados reforçam a posição de Sorocaba como um polo regional não apenas econômico, mas também educacional, com destaque para a presença de universidades públicas e privadas, institutos técnicos e centros de formação profissional.

Sorocaba está inserida em um contexto claro de transição demográfica avançada, com reflexos importantes para o planejamento urbano e das políticas públicas. A cidade apresenta:

- a) Redução das taxas de fecundidade, acompanhando a tendência nacional de famílias menores;
- b) Aumento da expectativa de vida, favorecido por melhorias no saneamento, acesso à saúde e urbanização;
- c) Envelhecimento populacional progressivo, com crescimento do número de idosos e redução da proporção de crianças e adolescentes.

Esses fatores indicam que Sorocaba se encontra entre a 3ª e a 4ª fase da transição demográfica. O município já experimenta o chamado bônus demográfico, caracterizado por um alto número de pessoas em idade economicamente ativa, o que representa uma janela de oportunidade para impulsionar o desenvolvimento socioeconômico da região. Com o avanço do envelhecimento populacional, espera-se que Sorocaba entre nos próximos anos na fase de estabilização populacional, com crescimento vegetativo baixo ou negativo, exigindo políticas voltadas ao cuidado com a população idosa, à previdência social, à saúde e à reestruturação do mercado de trabalho. A Figura 05 apresenta a série histórica da distribuição da população por faixa etária.

Figura 05 – Série histórica da distribuição da população por faixa etária (pirâmides etárias) – 1980, 1991, 2000 e 2010.



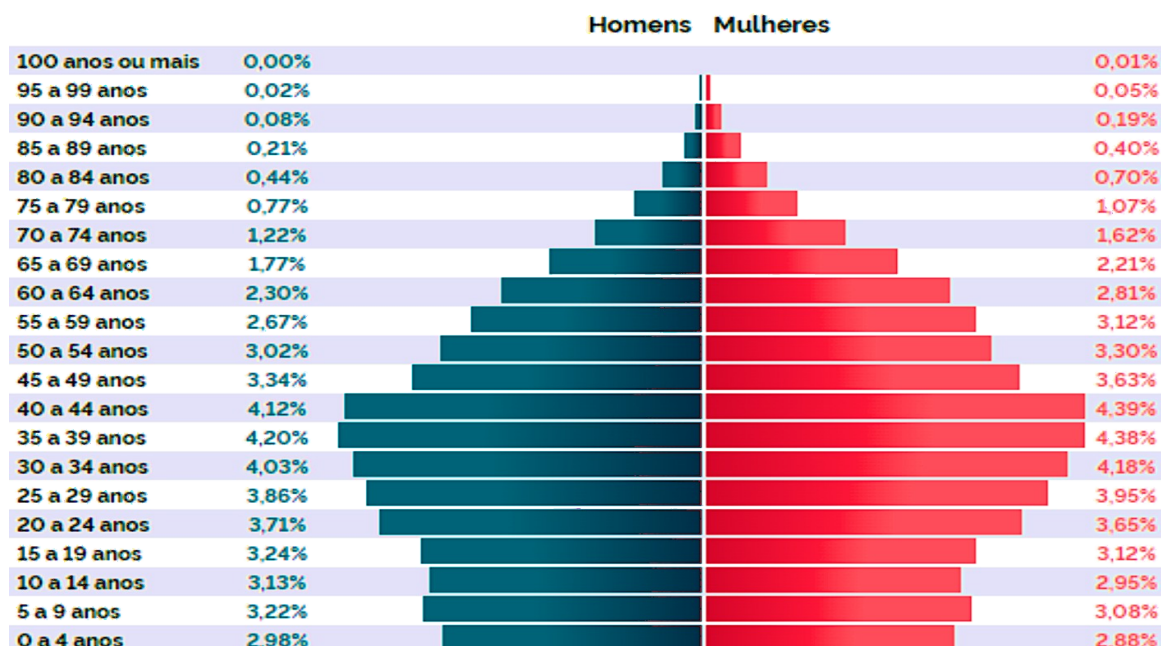
Fonte: IBGE.

A população de Sorocaba apresenta uma leve predominância de mulheres, que representam 51,5% dos habitantes, frente a 48,5% de homens, conforme se observa na Figura 06. Essa diferença é ainda mais acentuada em determinadas regiões do município, como no Colegiado Noroeste, onde as mulheres correspondem a 54,3% da população.

A estrutura etária do município revela uma população majoritariamente em idade economicamente ativa (15 a 64 anos), que corresponde a 71% do total. A população com até 14 anos representa 18,2%, enquanto os idosos com 65 anos ou mais somam 10,8%, evidenciando o avanço do envelhecimento populacional.

Ao analisar a distribuição por sexo nas diferentes faixas etárias, observa-se que as mulheres têm participação ligeiramente menor até os 39 anos, com inversão a partir dos 40 anos, refletindo a maior longevidade feminina.

Figura 06 – Pirâmide etária de Sorocaba, conforme censo de 2022.



Fonte: IBGE.

Outro dado relevante é o número estimado de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos): são aproximadamente 197.525, o que representa 52,8% da população feminina e 27,3% da população total de Sorocaba. Esse dado tem implicações diretas para o planejamento de ações em saúde materno-infantil, programas de planejamento familiar e políticas de prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Além disso, o crescimento da população idosa reforça a necessidade de estratégias voltadas à saúde do homem e da mulher no envelhecimento, considerando tanto os agravos mais prevalentes quanto a promoção do envelhecimento saudável.

A composição populacional segundo raça/cor de Sorocaba apresenta percentual mais elevado de população branca (66,6%) do que a média estadual (57,8%) e nacional (43,5%). O percentual de pessoas que se declaram pardas e pretas (32,2%) é menor do que a média nacional (55,5%). No total, segundo o IBGE, 2022, são raça/cor: Branca: 481.744 pessoas (66,57%); Preta: 43.713 pessoas (6,04%); Amarela: 7.887 pessoas (1,09%); Parda: 189.652 pessoas (26,21); e Indígena: 635 pessoas (0,09%).

Sorocaba apresenta um perfil epidemiológico marcado por doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, além de registros relevantes de doenças infecciosas,

como dengue, sífilis e tuberculose. Nos últimos anos, o município também tem enfrentado desafios relacionados ao aumento de casos de arboviroses e infecções sexualmente transmissíveis, principalmente a sífilis. A análise desses dados permite compreender os principais agravos à saúde que afetam a população local e direcionar ações estratégicas de enfrentamento e prevenção. Na Tabela 01, os dados dos principais agravos e doenças infectocontagiosas no município de Sorocaba, no ano de 2024.

Tabela 01 – Agravos e doenças infectocontagiosas, Sorocaba (2024).

Agravo	Quantidade
Casos de Dengue	46.617
Acidentes por animal peçonhento	756
Casos de Sífilis adquirida	473
Casos de Tuberculose	260
Casos de AIDS	146
Casos de Hepatites Virais	57
Casos de Leptospirose	46
Casos de Hanseníase	27
Casos de Sífilis congênita	25 (parcial)

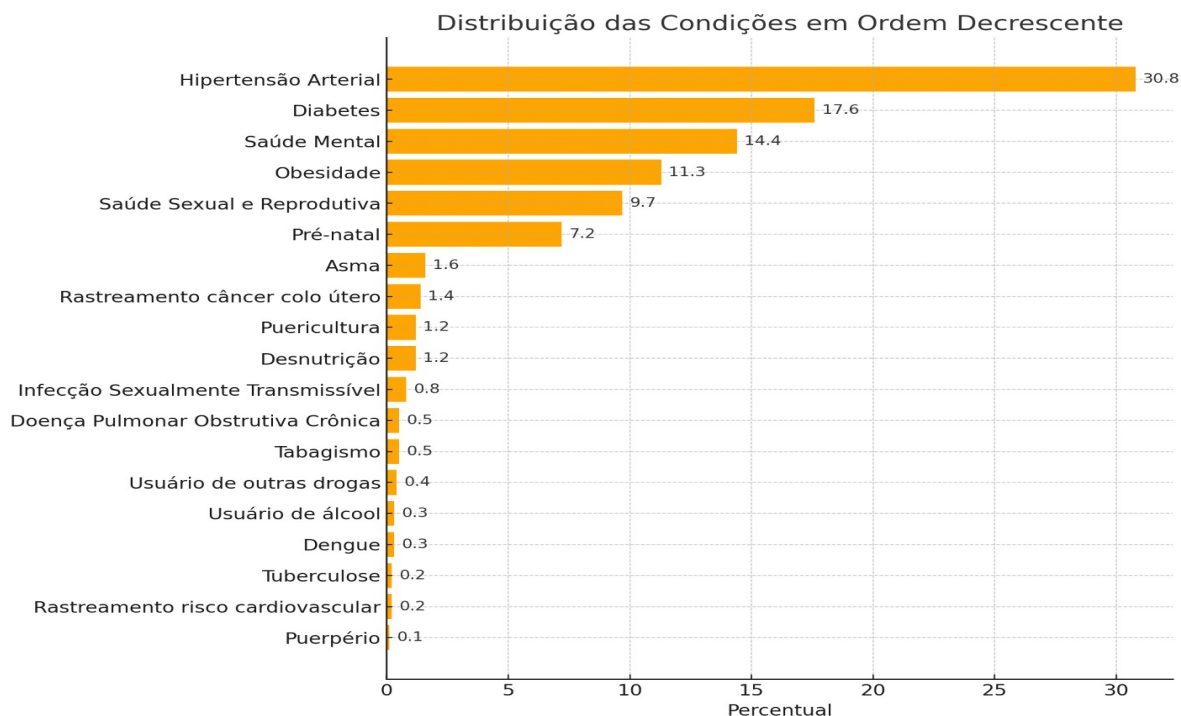
Fonte: SINAN.

A Figura 07 apresenta dados sobre algumas condições de saúde identificadas durante atendimentos realizados na Atenção Básica. Embora esses dados não representem uma amostra estatisticamente representativa da população de Sorocaba, devido a limitações inerentes ao sistema de registro e à cobertura restrita da Atenção Primária à Saúde (33,03% em fevereiro de 2025 – EGESTOR AB), eles fornecem indicativos importantes sobre o perfil de agravos mais recorrentes no município.

Os registros refletem aspectos do atual processo de transição epidemiológica, caracterizado pela predominância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). As condições mais frequentes nos atendimentos foram hipertensão arterial (30,8%), diabetes mellitus (17,6%), agravos relacionados à saúde mental (14,4%) e puericultura (11,3%) (MS – SAPS, 2023b).

Esse panorama é relevante por abranger, além das DCNTs, questões ligadas à saúde mental, à saúde da mulher e da criança, e à saúde sexual e reprodutiva — componentes centrais da carga de morbimortalidade atual. Entre as DCNTs, destacam-se as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, doenças cerebrovasculares, neuropsiquiátricas e musculoesqueléticas (Duncan *et al.*, 2012; WHO, 2021).

Figura 07 – Distribuição em percentagem de agravos atendidos na Atenção Primário, no ano de 2023.



Fonte: MS-SAPS, 2023b.

A análise das internações hospitalares é uma ferramenta essencial para a compreensão do perfil epidemiológico de um território. No caso de Sorocaba, destaca-se a relevância de se considerar prioritariamente as internações de residentes do município — que somaram 29.197 eventos — em detrimento das internações realizadas nos serviços de saúde locais, que totalizaram 51.198, mas incluem pacientes de outras localidades.

A observação das principais causas de internação entre os residentes, organizadas segundo os capítulos da CID-10, no período de 2008 a 2022, permite identificar tendências e mudanças no padrão de morbidade, especialmente no contexto da pandemia de Covid-19 (Tabela 02). A partir de 2020, verifica-se um aumento expressivo das internações por doenças infecciosas e parasitárias, com pico em 2021, seguido de uma queda acentuada nas internações por outras causas, reflexo das mudanças no comportamento da população e da reorganização dos serviços de saúde durante o período pandêmico.

Tabela 02 – Morbidade Hospitalar de residentes do município de Sorocaba, segundo capítulo da CID-10, 2021 a 2024.

Capítulo CID-10	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.504	437	201	298
II. Neoplasias (tumores)	495	657	769	965
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	102	137	123	115
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	79	101	84	120
V. Transtornos mentais e comportamentais	111	98	107	118
VI. Doenças do sistema nervoso	97	123	139	202
VII. Doenças do olho e anexos	91	91	111	111
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	10	26	29	34
IX. Doenças do aparelho circulatório	902	1.016	1.162	1.102
X. Doenças do aparelho respiratório	766	906	1.016	877
XI. Doenças do aparelho digestivo	878	964	1.009	1.268
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	112	112	170	232
XIII. Doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	101	197	207	200
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	758	891	942	931
XV. Gravidez parto e puerpério	2.052	2.269	2.177	2.237
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	406	432	384	383
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	81	91	99	104
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	81	83	84	161
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	904	976	1.049	1.154
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	63	130	102	203
Total	9.593	9.737	9.964	10.815

Fonte: SIH/SUS.

Em relação aos dados de mortalidade, contidos na Tabela 03, podemos observar que 2022 mostrou aumento nas mortes por causas infecciosas, sugerindo haver um resquício ainda da pandemia. As doenças crônicas continuam liderando a mortalidade, com destaque para as cardiovasculares e neoplasias. Tais indicadores reforçam a importância do cuidado contínuo nas condições crônicas, vigilância epidemiológica, e reorganização da APS em contextos de crise sanitária.

Tabela 03 – Causa de mortalidade de residentes do município de Sorocaba, segundo Capítulo CID-10, de 2022 a 2024.

Causa (Capítulo CID-10)	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	515	221	262
II. Neoplasias (tumores)	995	1.057	1.054
III. Doenças sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	34	26	30
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	392	365	336
V. Transtornos mentais e comportamentais	79	82	41
VI. Doenças do sistema nervoso	259	266	233
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	4	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.373	1.384	1.444
X. Doenças do aparelho respiratório	522	468	733
XI. Doenças do aparelho digestivo	307	294	362
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	32	42	36
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	25	30	33
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	265	292	287
XV. Gravidez parto e puerpério	4	5	9
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	102	116	111
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	37	47	36
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratoriais, não classificados em outra parte	197	181	190
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0	0	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	381	429	472
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	0
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0	1
Total	5.519	5.309	5.671

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET).

5. ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL

Ao final de 2010, em decorrência de decisão dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Essa portaria estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, nas quais se conceituam as RAS da seguinte forma, em seu item 2:

“2. CONCEITOS

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa o papel central de coordenação e comunicação dentro das RAS, sendo considerada a ordenadora do cuidado. As Redes se estruturam por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde os serviços são ofertados, e que orientam a organização da atenção secundária e terciária.

O objetivo das RAS é promover a integração das ações e serviços de saúde, assegurando um cuidado contínuo, integral, de qualidade, responsável e humanizado, contribuindo para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Para cumprir esse papel, a APS deve ser reconhecida como o nível fundamental do sistema de atenção à saúde, por ser o primeiro ponto de contato entre os indivíduos, as famílias e a comunidade com o sistema de saúde. Ela tem a capacidade de resolver a maioria das necessidades de saúde da população e, quando necessário, encaminhar os usuários de forma adequada para os demais níveis de atenção.

5.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

MISSÃO:

“Melhorar a qualidade de vida da população de Sorocaba através do fortalecimento das políticas de atenção primária em saúde.”

OBJETIVOS:

“Definir, viabilizar e executar políticas e ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida da população de Sorocaba.”

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como atenção básica, “não no sentido de ser simples ou menos complexa, muito pelo contrário, e sim, no sentido de ser essencial”, tem como principal objetivo aumentar os níveis de saúde e resolver perto de 85% dos problemas de saúde das pessoas que moram no território sob sua responsabilidade, com ações de promoção da saúde, proteção contra doenças, prevenção de doenças e assistência aos doentes. A atuação vai muito além da prevenção.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É a principal porta de entrada e centro de comunicação de toda a rede de atenção à saúde (RAS).

O SUS oferta integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Envolve o atendimento das pessoas de todas as idades, gêneros, raças/cor, etnias, crenças, nacionalidades, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. Deve adotar estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Uma das principais características da atenção básica é o acompanhamento ao longo do tempo (longitudinal) das pessoas a fim de prevenir e tratar as doenças, melhorando as condições de vida, apoiando o desenvolvimento das pessoas nos ciclos da vida, tornando os indivíduos mais saudáveis (saúde reprodutiva, planejamento familiar, pré-natal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, do câncer, acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças, prevenir as doenças através da imunização e cultivo de hábitos saudáveis, diagnosticar precocemente e tratar as doenças agudas, principalmente as transmissíveis, e as crônicas não

transmissíveis como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial e as complicações dessas doenças, trabalhar junto com a comunidade as condições do meio ambiente, saúde mental etc.).

O equipamento principal da APS são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua forma prioritária de organizar o processo de trabalho. Nas UBS/ESFs devem existir, no mínimo, equipes médicas, de enfermagem e odontológica, que realizam ações em saúde de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos. Na APS não faz apenas atenção individual, esse cuidado pode se dar também em atividades em grupo na UBS/ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas. O acesso se dá por demanda espontânea e demanda programada.

Em Sorocaba, há UBSs aderidas ao modelo a ESF e outras num formato “tradicional”, entretanto, a responsabilidade e os objetivos são os mesmos, porém com processos de trabalho diferentes. Neste documento usaremos a sigla “UBS/ESFs” quando se tratar deste tipo de unidade de atenção básica ou primária. Atualmente existe total em Sorocaba 33 UBS/ESFs.

Na unidade tipo ESF essa área de abrangência deve ser subdividida em pequenas regiões com até 4.000 habitantes e cada uma delas fica sob responsabilidade de uma parte dos funcionários que compõe, junto com outros, o quadro total de funcionários da unidade. Este grupo de funcionários responsável por até 4.000 habitantes é denominado de “equipe de ESF”, todos com jornada de 40h semanais, composta por médico generalista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e equipe de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal). Isso facilita o planejamento da atenção, pois esta equipe realiza reunião semanal, voltada ao planejamento de trabalho no território e grupos de risco.

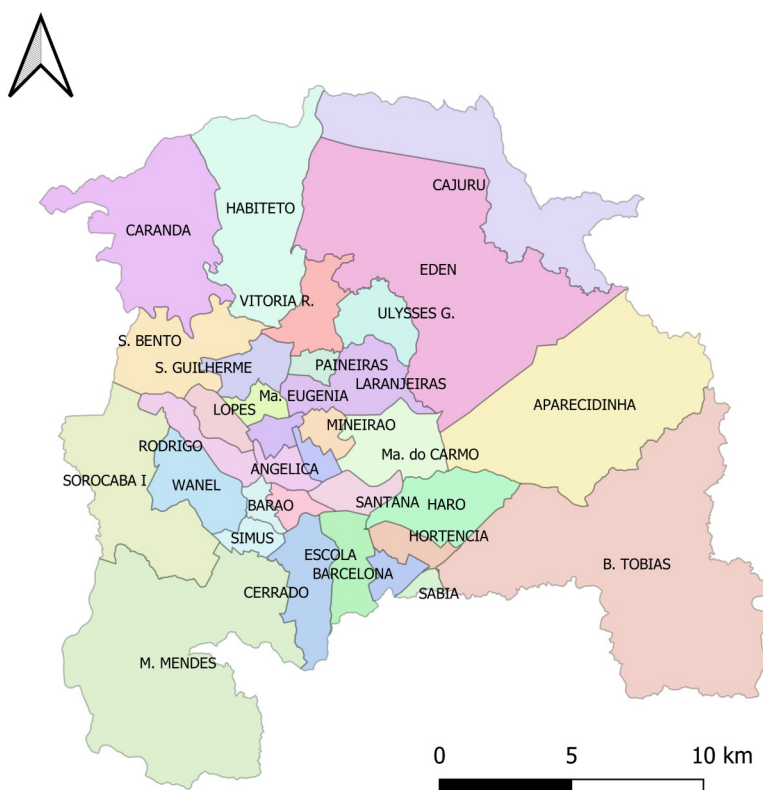
Um diferencial da ESF, além da subdivisão do território, é a presença, em cada equipe, do Agente Comunitário de Saúde (ACS), cuja função é atuar na promoção, proteção e prevenção da saúde, acompanhando as famílias da comunidade em seus domicílios. O ACS traz para a equipe os problemas identificados no território, orienta os usuários sobre as formas de acesso ao SUS e realiza o mapeamento e cadastramento dos dados demográficos e sociais da região. Ele atua como a extensão da equipe de saúde nas situações de interesse à saúde que acontecem fora dos muros da unidade básica. Isso aumenta a e a responsabilização daquela equipe com as pessoas

do território, e exige que o número de trabalhadores seja proporcional à população, o que pode dificultar o provimento de pessoal, apesar de garantir maior acesso. Uma equipe de ESF deve trabalhar com profissionais de formação na área de Medicina de Família e Comunidade.

No âmbito municipal, a consolidação da APS como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde tem representado um grande desafio.

Para enfrentar essas complexidades, torna-se fundamental superar as dificuldades de *acesso, de ampliar a resolutividade, de consolidar o modelo de vigilância em saúde desarticulação entre os serviços e ações de saúde*. Nesse sentido, o município tem buscado ampliar o modelo de Atenção à Saúde da Família, adotando-o como estratégia prioritária para a organização e ordenação do sistema de saúde local. Essa proposta requer uma leitura atenta da realidade social, política e administrativa do território, marcado por uma extensa área geográfica e expressivas diferenças loco regionais, que impõem desafios singulares à gestão. Atualmente Sorocaba conta com 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 14 com Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídas conforme Figura 08.

Figura 08 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde do município de Sorocaba.



Fonte: SES/PMS.

A divisão das UBSs em regionais e colegiados, bem como a população total e a população SUS dependente de cada uma, estão apresentadas na Tabela 04. Nas Tabelas 05 e 06, encontram-se as quantidades de equipes de Atenção Primária (APS) e de Estratégia Saúde da Família (ESF) cadastradas, as capacidades das equipes e as coberturas.

Tabela 04 – Distribuição das UBSs conforme Regional e Colegiado de Saúde; População Total e População SUS Dependente por UBS, Regional e Município, 2022.

Regional/ Colegiado		UBS	População Total			População SUS Dependente		
			Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
LESTE	CENTRO SUL	Barcelona	14.455	6.906	7.549	8.014	3.829	4.185
		Cerrado	37.910	19.038	18.872	12.333	6.193	6.140
		Escola	20.351	10.207	10.144	10.558	5.295	5.263
		Haro	33.635	17.080	16.555	10.167	5.162	5.005
		Hortência	21.777	10.404	11.373	9.774	4.669	5.105
		Santana	23.156	11.561	11.595	14.810	7.394	7.416
	LESTE	Aparecidinha	17.582	8.509	9.073	7.007	3.391	3.616
		Brigadeiro	15.615	7.012	8.603	10.467	4.700	5.767
		Cajuru	10.822	5.110	5.712	6.490	3.064	3.426
		Éden	29.298	14.581	14.717	14.933	7.432	7.501
		Sabiá	8.320	4.150	4.170	6.433	3.208	3.225
TOTAL DA REGIONAL LESTE			232.921	114.558	118.363	110.986	54.337	56.649
NORTE	CENTRO NORTE	Angélica	15.034	7.463	7.571	7.611	3.778	3.833
		Fiore	14.669	7.166	7.503	8.228	4.019	4.209
		Mª do Carmo	31.873	15.526	16.347	8.937	4.353	4.584
		Mineirão	25.264	12.288	12.976	13.556	6.593	6.963
		Nova Sorocaba	18.947	9.511	9.436	11.382	5.713	5.669
	NORTE	Habiteto	11.846	5.887	5.959	8.301	4.125	4.176
		Laranjeiras	44.563	21.653	22.910	26.044	12.654	13.390
		Paineiras	15.499	7.552	7.947	10.917	5.319	5.598
		Ulisses G.	17.204	9.336	7.868	11.024	5.982	5.042
		Vitória Régia	15.998	8.025	7.973	8.755	4.392	4.363
TOTAL DA REGIONAL NORTE			210.897	104.407	106.490	114.755	56.928	57.827

Regional/ Colegiado		UBS	População Total			População SUS Dependente		
			Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
OESTE	NOROESTE	Barão	16.913	7.758	9.155	11.744	5.387	6.357
		Carandá	10.457	1.265	9.192	8.560	1.036	7.524
		Lopes	18.768	9.012	9.756	12.165	5.841	6.324
		Maria Eugênia	16.914	8.310	8.604	9.551	4.692	4.859
		N. Esperança	20.352	9.815	10.537	12.486	6.022	6.464
		Rodrigo	17.540	8.422	9.118	11.369	5.458	5.911
		São Bento	23.125	11.265	11.860	15.324	7.465	7.859
		São Guilherme	19.789	9.919	9.870	8.862	4.442	4.420
	SUDOESTE	Márcia Mendes	49.068	22.862	26.206	21.748	10.133	11.615
		Simus	17.484	8.696	8.788	9.990	4.968	5.022
		Sorocaba I	40.434	20.391	20.043	22.575	11.384	11.191
		Wanel	28.912	14.416	14.496	16.103	8.029	8.074
TOTAL DA REGIONAL OESTE			279.756	132.131	147.625	160.477	74.857	85.620
TOTAL DE SOROCABA			723.574	351.096	372.478	386.218	186.122	200.096

Fonte: Planilha de estimativa populacional IBGE 2022.

Tabela 05 – Cobertura da Atenção Primária em Saúde e equipes financiadas pelo Ministério da Saúde (2024).

MÊS	Nº EQUIPES FINANCIADAS			TOTAL DE CADASTROS	COBERTURA %
	eAP 20h	eAP 30h	eSF		
JAN	7	18	42	206.507	28,53%
FEV	5	22	42	213.513	29,50%
MAR	8	21	42	216.181	29,87%
ABR	21	19	42	233.682	32,29%
MAI	24	19	42	238.929	33,01%
JUN	27	19	42	244.177	33,74%
JUL	25	20	43	246.801	34,10%
AGO	27	18	43	245.049	33,86%
SET	27	17	44	245.925	33,98%
OUT	27	17	44	245.922	33,98%
NOV	27	17	44	245.921	33,98%
DEZ	26	18	45	250.294	34,58%

Fonte: E-gestor AB/ Relatório Cobertura APS.

Tabela 06 – Estrutura das equipes de Saúde Bucal e multiprofissionais custeadas ou não pelo Ministério da Saúde, na Atenção Primária em Saúde (abril de 2025).

Equipe	eSB custeadas	eSB não custeadas	eMulti Ampliadas custeadas	Centro Odontológico Especializado
Quantidade	1	17	2	1

Fonte: E-gestor AB/Credenciamento.

5.2 Urgência e Emergência (UE)

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) se organiza a partir de equipamentos de saúde atendendo urgências e emergências em complementaridade aos demais serviços assistenciais. A RUE é composta por uma tipologia de serviços que incorpora Pronto Atendimentos (PA) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), contando com apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), Hospitais e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

As UPAs e os PAs oferecem consultas de urgência e emergência nas especialidades clínica médica adulto e pediátrica e odontologia, observação de até 24 h, procedimentos, exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiograma de urgência e emergência, conforme conduta médica.

Quando o caso requer atenção especializada ou de maior complexidade, o paciente é transferido da UPA ou para os hospitais municipais, ou estaduais, de acordo com o direcionamento da Central de Regulação de Leitos.

5.2.1. Núcleo de Gestão de Urgência e Emergência (NUGUE)

MISSÃO:

“Melhorar a qualidade de vida da população de Sorocaba por meio de Políticas Públicas de Urgência e Emergência pré-hospitalar fixa sob gestão municipal.”

OBJETIVOS:

- *Coordenar e monitorar os serviços de urgência e emergência sob gestão municipal com foco na segurança do paciente, a eficiência operacional e alinhado com as propostas das Linhas de Cuidado;*

- *Normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de UE em saúde, observado os princípios e diretrizes do SUS;*
- *Desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações de UE em saúde;*
- *Acompanhar e propor instrumentos para organização gerencial e operacional da UE em saúde;*
- *Organizar fluxos assistenciais percorridos pelos usuários na Rede de Urgência e Emergência (RUE), responsabilizando cada ponto de atenção pela gestão do cuidado, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução;*
- *Estruturar as informações de saúde para subsidiar as tomadas de decisões no âmbito da gestão;*
- *Elaborar, monitorar e avaliar os indicadores de U/E no Município.*

O NUGUE é responsável por coordenar, supervisionar os PAs próprios e as UPAs segundo a política e diretrizes do Ministério da Saúde e da Administração Pública Municipal. A Rede de Urgência e Emergência de Sorocaba engloba 08 (oito) Pronto Atendimento (Habiteto, Sorocaba 1, Carandá, São Bento, Laranjeiras, São Guilherme, Aparecidinha, Brigadeiro Tobias), quatro UPAs (Norte, Leste, Oeste e Éden), cinco hospitais (GPACI, Santa Casa, Santa Lucinda, AmheMed e CHS), uma Central de Regulação de Leitos, o SAMU (Regional e Municipal) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Os principais desafios identificados pela **Gestão da Urgência e Emergência** são: desarticulação dos serviços de saúde, dificuldade no seguimento de fluxos e protocolos, dificuldade de levantamento e monitoramento dos indicadores gerados pelos serviços assistenciais, processos de trabalhos desarticulados nas unidades mistas (PA e UBS).

5.2.2 Pronto Atendimento e UPAs

Os PAs (Habiteto, Sorocaba 1, Carandá, São Bento, Laranjeiras, São Guilherme, Aparecidinha, Brigadeiro Tobias) e as UPAs (Norte, Leste, Oeste e Éden) e o conjunto de demais serviços de urgência não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e

realizando a investigação diagnóstica inicial, e definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Um recurso relevante na RUE de Sorocaba é o PA. Esses serviços são UBS que inicialmente foram criados para suprir dificuldades de acesso dos residentes à APS/AB, tendo como características atender demanda não agendada, oferecer atendimento em horários estendidos, e atender preferencialmente casos agudos. Os PAs foram equipados para atender urgência e emergência, inclusive para estabilização de pacientes adultos e infantis de maior risco até sua transferência para serviços de maior complexidade, além de permitir a permanência de pacientes internados por até 6 horas, e com profissional médico plantonista.

Na Tabela 07, a suficiência da rede de pronto atendimento por colegiado, e a quantidade e porte de UPAs necessárias estimadas para cada.

Tabela 07 – Suficiência da rede de Pronto Atendimento segundo Colegiado, conforme população do Território, 2025.

Colegiado	Habitantes	UPA s	PAs	Nº UPA estimado	
				nº	Tipo
Centro Sul	151.284	UPA Leste	0	1	Porte II
Leste	81.637	UPA ÉDEN	Aparecidinha Brigadeiro Tobias	1	Porte I
Centro Norte	105.787	UPA Norte	0	1	Porte I
Norte	105.110	-	Habiteto Laranjeiras	1	Porte I
Noroeste	143.858	-	Carandá São Bento São Guilherme	1	Porte I
Sudoeste	135.898	UPA Oeste	Sorocaba I	1	Porte I
Total	723.574	4	8	6	5 Porte I + 1 Porte II

Fonte: Portaria de Consolidação nº 03, de 28/09/17; SES/PMS.

5.2.3 SAMU Municipal e Regional

A Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, instituiu o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o

território brasileiro, como a primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências. O Sistema SAMU 192 é compreendido por dois módulos:

- **Regulação Médica de Urgência Pré-hospitalar:** componente fixo;
- **Unidades Pré-hospitalar móvel:** componente móvel, que engloba a Unidade de Suporte Avançado (USA) e a Unidade de Suporte Básico (USB).

O SAMU de Sorocaba atualmente conta com as seguintes unidades móveis: duas USA; cinco USB; e duas motolâncias.

A gestão do SAMU Regional tem como **MISSÃO**:

“Regular o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel em tempo resposta adequado de acordo com a classificação de risco aos municípios que compõem esse serviço.”

OBJETIVOS:

- *Regular transporte;*
- *Capacitar as equipes;*
- *Articular com outros setores e outros municípios do SAMU Regional;*
- *Subsidiar as tomadas de decisões da gestão com dados dos atendimentos realizados pelo SAMU.*

A gestão do SAMU Municipal tem como **MISSÃO**:

“Assegurar à população de Sorocaba o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel com recurso e tempo adequado para cada caso.”

OBJETIVOS:

- *Realizar o adequado atendimentos às vítimas;*
- *Subsidiar as tomadas de decisões da gestão com dados dos atendimentos realizados pelo SAMU;*
- *Realizar Educação em saúde para os escolares a fim de reduzir chamadas indevidas;*
- *Manter as viaturas adequadamente equipadas e equipes capacitadas;*
- *Articular com os demais serviços da RUE.*

O SAMU Regional é responsável por integrar o atendimento pré-hospitalar móvel entre os municípios da região de saúde, garantindo resposta rápida e eficaz a situações de urgência e emergência. A atuação regional é coordenada pela Central de Regulação Médica, que organiza e despacha os recursos conforme a gravidade do caso e a localização do paciente, promovendo o uso racional das ambulâncias e otimizando o tempo de resposta. A integração entre o SAMU Municipal e o SAMU Regional permite uma atuação articulada e mais eficiente, especialmente em situações de múltiplas vítimas, desastres ou deslocamentos de longa distância, ampliando a capacidade de resposta e a cobertura do serviço.

5.2.4 Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar se refere aos serviços de saúde prestados dentro do sistema hospitalar. A atenção hospitalar envolve uma variedade de serviços, incluindo internação, emergência, cirurgia, cuidados intensivos, consultas e exames. Na figura 09, a distribuição dos leitos hospitalares de acordo com o tipo de gestão (municipal, estadual, privado). Na figura 10, a distribuição dos leitos hospitalares do SUS, segundo o hospital. Na figura 11, a distribuição dos leitos hospitalares de acordo com a tipologia.

Figura 09 – Distribuição dos leitos hospitalares segundo tipo de gestão, 2024.

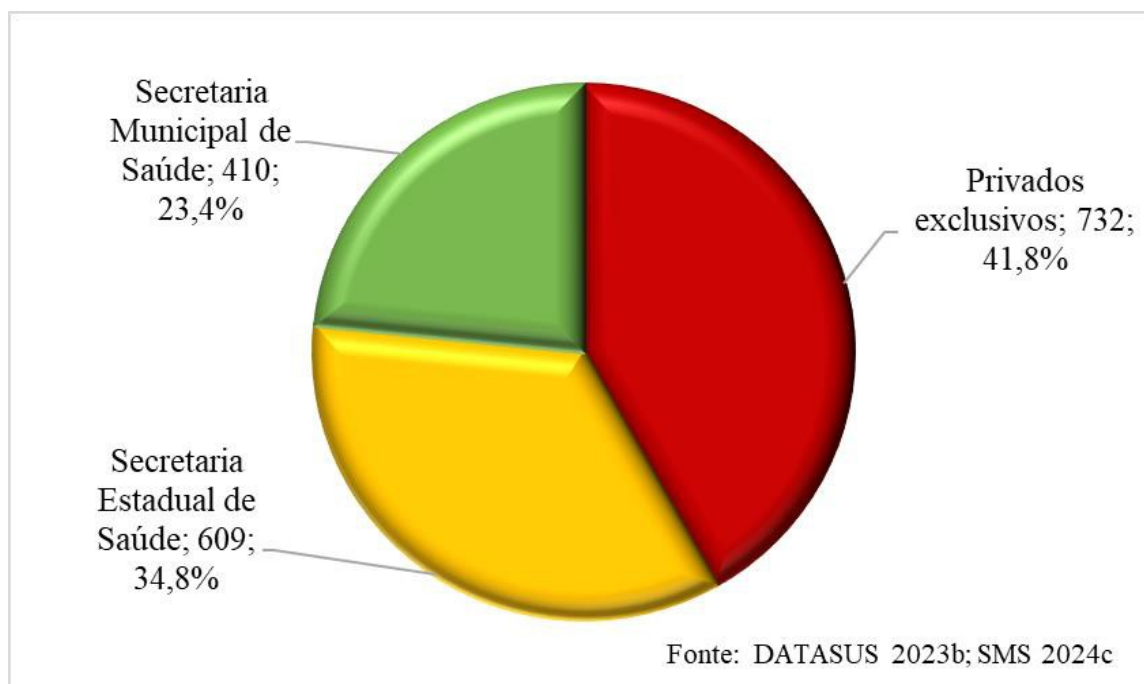


Figura 10 – Distribuição dos leitos hospitalares SUS, segundo hospital, 2024.

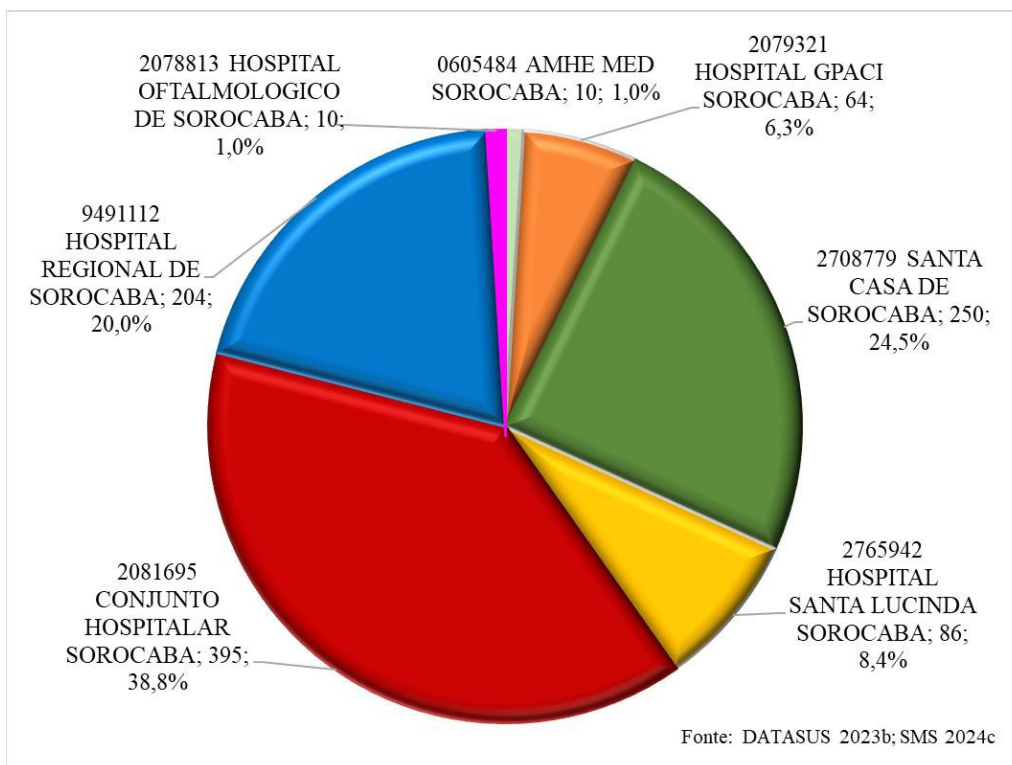
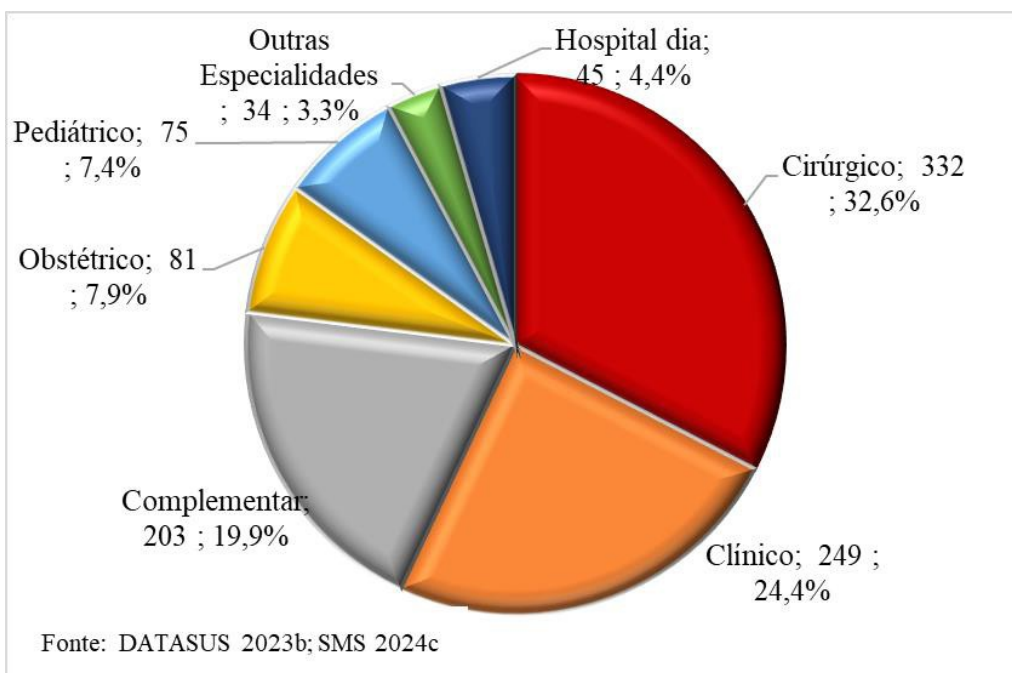


Figura 11 – Distribuição dos leitos hospitalares SUS, segundo tipologia, 2024.



Existem 12 hospitais no município de Sorocaba, sendo:

- Quatro sob contratualização/gestão municipal: AmheMed, GPACI, Santa Casa e Santa Lucinda;
- Quatro sob gestão estadual: Hospital Leonor Mendes de Barros; Hospital Regional Linneu Matos Silveira; Hospital Regional Adib Domingos Jatene; e Hospital Oftalmológico; e
- Quatro hospitais privados: Hospital NotreCare Sorocaba (antigo Hospital Samaritano), Hospital e Maternidade Modelo, Hospital Evangélico de Sorocaba e Unimed – Hospital Miguel Soeiro.

5.2.5 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Regulamentado pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, oferece cuidados de saúde no domicílio, promovendo a autonomia do paciente e evitando internações prolongadas ou evitáveis. Organizado em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), o SAD atende desde casos estáveis até situações de alta complexidade, com responsabilidades distribuídas entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e equipes multiprofissionais. A assistência é realizada por meio da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que atuam de forma integrada conforme as necessidades dos usuários. É indicado para pessoas em estabilidade clínica, com restrição ao leito ou em situação de vulnerabilidade, em que a atenção domiciliar representa a forma mais apropriada e resolutiva de cuidado no âmbito do SUS.

Em Sorocaba, existem as seguintes equipes:

- 06 EMADs Tipo 1 (Norte 1 e 2, Leste 1 e 2, Oeste 1 e 2)
- 01 EMAP

A **MISSÃO** do SAD é:

“Melhorar a qualidade de vida da população por meio de Políticas Públicas voltadas à Atenção Domiciliar no âmbito do município de Sorocaba.”

Tem por **OBJETIVOS**:

- *Assistir integralmente os pacientes elegíveis, acolher e capacitar os cuidadores;*

- *Fortalecer captações hospitalares e os vínculos com a APS ;*
- *Instrumentalizar a gestão central com dados assistenciais dos pacientes acompanhados pelo SAD.*

Os principais desafios identificados pela gestão do SAD incluem o elevado número de pacientes na modalidade AD1, a limitada disponibilidade de rede de apoio familiar e as dificuldades para ampliar a captação hospitalar.

5.3. Saúde Mental

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é a rede de saúde que envolve o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, garantindo a estas o acesso a um atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo e vinculação à rede.

Esse modo de organização e cuidado em saúde mental é fruto da atuação de movimentos sociais, como o Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, que se organizaram no processo de redemocratização brasileiro. Ao romper com a lógica do isolamento desses sujeitos em sofrimento, a RAPS se aproxima desses mesmos sujeitos dentro de um território, levando em conta toda a singularidade do contexto e do indivíduo. Essa lógica considera que a comunidade é parte integrante do processo de atenção à saúde mental.

A oferta do cuidado integral e de assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, é uma das diretrizes da RAPS, somadas ao respeito aos direitos humanos, à garantia da autonomia, à liberdade e ao exercício da cidadania.

Também é importante entender quais são os componentes da RAPS, que é formada por uma rede de serviços e ações que se organizam de maneira ordenada dentro do SUS, criando possíveis caminhos para o usuário.

Desta forma, a RAPS atua desde a Atenção Primária, por meio de ações de promoção e prevenção no campo da Saúde Mental, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, junto às equipes multiprofissionais, e as eMultis.

Na Atenção Especializada, existem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimentos às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Trabalham em regime de porta aberta, isto é, sem necessidade de agendamento prévio ou encaminhamento. O usuário que procura o CAPS é acolhido e participa da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) específico para as suas necessidades e demandas.

A RAPS também é composta pela Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, considerando as internações em leitos inseridos em Hospitais Gerais, como na Santa Casa de Sorocaba e a Unidade de Acolhimento Infantil.

Além disso, na estratégia de Desinstitucionalização são propostos os Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Em Sorocaba a Coordenação de Saúde mental tem como **MISSÃO**:

“Melhorar a qualidade de vida da população de Sorocaba através das políticas pública com foco na promoção, prevenção e reabilitação da Saúde mental.”

Tem como **OBJETIVOS**:

“Planejar, implementar, organizar, coordenar e monitorar as ações e serviços relacionados à saúde mental no município.”

Como pontos de apoio, o município conta com os seguintes serviços:

- eMulti: 2 eMultis ampliadas e 2 eMultis complementares
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): 2 CAPS ADIII, 3 CAPS III, 3 CAPS IJ
- Serviço de Residência Terapêutica (SRT): 32
- Leitos Hospitalares: 10
- Unidade de Acolhimento Infantil (UAI): 10 leitos

5.4 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem por objetivo realizar um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde,

visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população. A área deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição de estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção. Em Sorocaba, a Área de Vigilância em Saúde engloba os seguintes setores: Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Vigilância de Zoonoses; Laboratório Municipal (LABMUN), Centro Municipal de Atenção Especializada (CMAE) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

5.4.1 Vigilância Epidemiológica (VE)

MISSÃO:

“Proteger e promover a saúde coletiva da população de Sorocaba”

OBJETIVOS:

- *Coordenar a resposta às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória, além dos riscos existentes ou potenciais, com ênfase no planejamento, monitoramento, avaliação, investigação, produção e divulgação de conhecimento/informação para a prevenção e controle das condições de saúde da população, no âmbito da saúde coletiva, baseados nos princípios e diretrizes do SUS;*
- *Gerir e apoiar a operacionalização do Programa de Imunizações no Município, contribuindo para o controle, eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis, utilizando estratégias básicas de vacinação de rotina e de campanhas anuais, desenvolvidas de forma hierarquizada e descentralizada;*
- *Alimentar, monitorar e analisar dados de mortalidade e nascimento.*

A Vigilância Epidemiológica tem como grande desafio a integração com a rede assistencial, visando a troca de informações e a execução efetiva das ações propostas, no intuito de ampliar a resolutividade das ações a identificação de fatores de riscos, as ações de prevenção com a vacinação, o foco no diagnóstico precoce, a contenção de surtos e a realização do tratamento adequado.

5.4.1.1 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Sorocaba, que compõe a Rede CIEVS como município estratégico, tem atuação direta na resposta rápida às emergências de saúde pública e tem como objetivo detectar, avaliar, monitorar e dar resposta em tempo oportuno aos eventos que possam se constituir em Emergências de Saúde Pública de Importância Municipal. A missão é realizar a identificação precoce e oportuna das emergências epidemiológicas, com a finalidade de propiciar a adoção de medidas de controle adequadas e diminuir os riscos para a população, tendo como objetivos:

- Identificar emergências epidemiológicas, de modo contínuo e sistemático, por meio de notificações recebidas e mineração de informações nos principais meios de comunicação (“Clipping Semana Epidemiológica”).
- Aperfeiçoar os mecanismos de triagem, verificação e análise das notificações para identificar e responder às emergências epidemiológicas.
- Apoiar as áreas técnicas do Departamento de Vigilância em Saúde na formulação de Planos de Respostas às emergências epidemiológicas, por meio de: informações epidemiológicas oportunas, fomento e estruturação de Unidades de Respostas, dentre outras ações.
- Disponibilizar às áreas técnicas do Departamento de Vigilância em Saúde, estrutura física e de tecnologia da informação, para a análise de situação de saúde.
- Disponibilizar informações oportunas sobre as emergências epidemiológicas.
- Monitorar os eventos que possam se tornar emergências em saúde pública.

5.4.2 Vigilância Sanitária (VISA)

A Divisão de Vigilância Sanitária é responsável por um *“conjunto de ações voltadas à promoção e proteção da saúde pública, por meio do controle e monitoramento de serviços e produtos que possam representar riscos à população”* (**MISSÃO**). Seus **OBJETIVOS** são: eliminar, reduzir ou prevenir agravos à saúde, fiscalizando e regulamentando, a prestação de serviços de saúde — como hospitais, clínicas e laboratórios —, bem como a produção, circulação e comercialização de produtos relacionados à saúde, incluindo alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e produtos para saúde.

Esse monitoramento abrange todas as etapas, desde a fabricação, armazenamento e transporte até a distribuição e venda ao consumidor final. As ações são realizadas com base na legislação sanitária vigente e incluem inspeções sanitárias, orientações técnicas, além do cadastramento e licenciamento de estabelecimentos.

Desde dezembro de 2015, a Divisão de Vigilância Sanitária passou a exercer a gestão plena das ações de vigilância sanitária no município, assumindo integralmente a responsabilidade pela fiscalização e controle sanitário de todas as atividades sujeitas à vigilância no território municipal.

Os principais desafios identificados pela gestão da VISA são: deficit de infraestrutura e recursos humanos, necessidade de atualização e adequação das regulamentações municipais, dificuldades em relação à educação em saúde para a população e setores regulados.

5.4.3 Zoonoses

O Setor de Zoonoses, em cumprimento à Portaria Federal nº 1.138/14, e Manuais específicos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, tem como **MISSÃO**: *“Proteger a saúde pública prevenindo zoonoses e acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos de relevância”*. As ações são dirigidas apenas para animais de relevância para a saúde pública, como vetores, hospedeiros, reservatórios, portadores de alguma zoonose, ou seja, de relevância para a saúde pública quanto à transmissão de agentes etiológicos humanos.

Tendo como principais **OBJETIVOS** realizar:

- Prevenção e Controle de Arboviroses;
- Vigilância e Prevenção de acidentes causados por animais peçonhentos;
- Vigilância e Prevenção da Raiva;
- Vigilância e Prevenção de Leptospirose;
- Vigilância e Prevenção de Leishmaniose Visceral;
- Vigilância e Prevenção à Esporotricose;
- Vigilância e Prevenção da Febre Maculosa;
- Visitas de orientações e prevenções de pombos;
- Visitas de orientações e prevenções de percevejos;
- Visitas de orientações e prevenções de caramujo gigante africano;
- Atividades desenvolvidas no Laboratório de Entomologia da Divisão de Zoonoses;

- Fiscalizações.

5.4.4 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador tem como função (**MISSÃO**) *Desenvolver e fomentar políticas públicas em saúde do trabalhador para os municípios de referência do CEREST regional.*

Enquanto unidade de retaguarda para ações em Saúde do Trabalhador no SUS, compete ao CEREST Sorocaba (**OBJETIVOS**):

- Qualificar a rede em saúde do trabalhador;
- Realizar apoio técnico e científico em saúde do trabalhador
- Identificar, vigiar, prevenir e controlar doenças e agravos relacionados ao trabalho;
- Fomentar adequadas condições de saúde e segurança no ambiente de trabalho;
- Contribuir para a inserção das Pessoas com Deficiência (PcD) no mercado de trabalho.
- Investigar acidentes de trabalho graves e fatais

5.4.5 Programa IST/AIDS e Hepatites Virais

O Programa IST/AIDS e Hepatites Virais tem como **MISSÃO**: *Desenvolver políticas públicas voltadas à prevenção e tratamento de IST/AIDS e hepatites virais em prol da melhoria na qualidade de vida da população sorocabana.*

Tendo como principais **OBJETIVOS**:

- Reduzir a incidência, mortalidade e complicações pelas ISTs;
- Promover qualidade de vida das pessoas vivendo com ISTs, HIV e Hepatites Virais;
- Realizar a vigilância epidemiológica das ISTs e monitoramento clínico dos pacientes expostos e diagnosticados;
- Disseminar informações técnicas para a rede assistencial.

O Programa também busca promover a articulação com outras áreas da saúde, como atenção básica, saúde mental e assistência farmacêutica, fortalecendo a rede de cuidados e assegurando o acolhimento humanizado aos usuários.

Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas particularidades locais, o Programa IST/AIDS desenvolve ações que visam não apenas reduzir a incidência das infecções sexualmente transmissíveis, mas também garantir o respeito aos direitos humanos, a equidade no acesso aos serviços e o enfrentamento do preconceito.

No município de Sorocaba, o Centro Municipal de Atenção Especializada (CMAE), antigamente conhecido como Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) e Serviço de Assistência Municipal Especializada (SAME), é responsável pela realização destas atividades.

5.4.6 Laboratório Municipal (LABMUN)

O Laboratório Municipal desempenha um papel fundamental no apoio às ações de Vigilância em Saúde, tendo com **MISSÃO**: *“Promover a melhoria da saúde pública por meio do diagnóstico laboratorial de exames de interesse à saúde coletiva no município de Sorocaba.”*

Os principais **OBJETIVOS** do laboratório são: *Implementar e fortalecer abordagens diagnósticas eficientes e humanizadas para doenças de notificação compulsória; e promover agilidade na detecção, qualidade nos serviços laboratoriais e integração com as redes de atenção à saúde, garantindo o suporte necessário para ações de prevenção e controle.*

O Laboratório Municipal também mantém estreita colaboração com outros setores da rede de saúde, como Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica e Zoonoses, além de seguir os protocolos e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Com estrutura técnica adequada e equipe qualificada, o laboratório garante a rastreabilidade dos resultados, o controle de qualidade interno, e atua com responsabilidade ética, biossegurança e compromisso com a Saúde Pública.

5.5 Saúde Bucal

MISSÃO:

“Ofertar atenção integral, equânime e de qualidade à saúde bucal da população, promovendo práticas de cuidado humanizado, baseadas em evidências, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e melhoria da qualidade de vida em todos os ciclos de vida, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).”

OBJETIVOS:

- Ampliar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde bucal, com base na integralidade do cuidado.
- Qualificar a atenção odontológica prestada no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com articulação entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Reduzir a prevalência das principais doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e edentulismo), por meio de ações de promoção, vigilância, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.
- Fortalecer a atuação intersetorial em ações educativas, com foco em populações prioritárias e vulnerabilizadas.

Organização da Assistência

A assistência em saúde bucal no município está organizada conforme os princípios do SUS e alicerçada na Política Nacional de Saúde Bucal (Portaria GM/MS nº 960/2023), no Plano Nacional de Saúde 2024–2027 e nas Diretrizes da APS (Portaria GM/MS nº 2.436/2017). O município dispõe de Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuando em todas Unidades Básicas de Saúde (UBS) integradas à APS, com ações que abrangem:

- Promoção de saúde bucal e educação em saúde;
- Acolhimento, acesso avançado e diagnóstico precoce;
- Visitas domiciliares;
- Procedimentos clínicos, cirúrgicos e reabilitadores, incluindo urgências;
- Encaminhamento e contrarreferência para atenção especializada.

A atenção secundária é ofertada por meio de unidade de referência especializada (Centro de Especialidades Odontológicas – CEO), responsável pelos procedimentos de média complexidade, como:

- Endodontia em dentes permanentes;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor;
- Estomatologia e diagnóstico de lesões bucais;
- Atendimento a pessoas com deficiência;

- Dentística;
- Reabilitação Protética e DTM.

As urgências odontológicas são absorvidas na APS e por unidades de pronto atendimento odontológico, vinculadas à rede de urgência e emergência do município, em conformidade com os componentes previstos na RUE/SUS.

Eixos de Atuação Prioritários

- **Promoção e Prevenção:** Ações contínuas de promoção da saúde bucal nos territórios, com enfoque em educação em saúde, autocuidado, alimentação saudável, fluoretação e escovação supervisionada, principalmente em ambientes escolares e comunitários.
- **Reorganização da Atenção Especializada:** Qualificação do CEO com base em protocolos clínicos e estratificação de risco, fortalecimento dos sistemas de regulação e monitoramento de demanda.
- **Educação Permanente e Gestão do Cuidado:** Capacitações sistemáticas das equipes, articulação com núcleos de apoio técnico-pedagógico, e desenvolvimento de linhas de cuidado em saúde bucal.
- **Atenção às populações prioritárias:** Desenvolvimento de estratégias específicas para 1ª infâncias, escolares, gestantes, puérperas, idosos, pessoas com deficiência e população em vulnerabilidade, conforme preconiza a equidade em saúde.

Desafios Identificados

- Ampliação da cobertura das ESB em áreas vulneráveis.
- Superação de barreiras de acesso à atenção especializada e redução das filas reprimidas.
- Integração efetiva da saúde bucal à lógica das Redes de Atenção, com fortalecimento da regulação odontológica.
- Necessidade de maior robustez nos dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento local.

Perspectivas para 2026–2029

Para o próximo ciclo de gestão, o município prevê:

- Implantação de novas ESBs com base em análise de vazios assistenciais.
- Reforço estrutural e tecnológico da atenção especializada odontológica.
- Ampliação das ações intersetoriais.
- Atualização constante de protocolos clínicos e de fluxo para garantir a integralidade do cuidado e a segurança do paciente.
- Consolidação de um sistema de vigilância em saúde bucal integrado às demais vigilâncias em saúde do município.

5.6 Saúde Digital

A transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentada pela Portaria nº 3.232 de 04/03/24, refere-se ao processo de integração de tecnologias digitais e inovações em saúde para melhorar a eficiência, a qualidade e o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Público de Saúde do Brasil.

Alguns aspectos da transformação digital no SUS incluem:

- **Prontuário Eletrônico:** Implementação de sistemas de prontuário eletrônico que permitem o armazenamento seguro e acessível das informações de saúde dos pacientes, facilitando o compartilhamento de dados entre diferentes unidades de saúde e profissionais.
- **Telessaúde** é um termo que se refere à utilização de tecnologias de informação e comunicação para fornecer serviços de saúde à distância. Isso inclui consultas médicas realizadas por videochamada, monitoramento remoto de pacientes através de dispositivos móveis ou sensores, educação à distância para profissionais de saúde, entre outras aplicações.
- **Sistemas de Informação em Saúde:** Desenvolvimento e implementação de sistemas integrados que coletam, processam e analisam dados de saúde para melhorar o planejamento, a gestão e a tomada de decisão no SUS e que garantam a interoperabilidade com a RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde)
- **Educação à Distância:** Utilização de plataformas digitais para capacitar profissionais de saúde, disseminar conhecimento e promover a educação permanente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados.

- **Gestão de Filas e Agendamentos:** Implementação de sistemas digitais para gerenciar filas de espera por consultas, exames e cirurgias, otimizando o tempo de espera dos pacientes e melhorando a eficiência dos serviços de saúde.

A Saúde Digital, portanto, tem como **MISSÃO**:

“Promover a transformação digital na saúde pública, visando melhorar a qualidade e agilidade dos atendimentos e a contribuir para a qualificação da gestão dos serviços públicos em Sorocaba.”

E tem como **OBJETIVOS** :

- Facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, permitindo que informações e serviços sejam disponibilizados de forma digital.
- Promover a integração e o compartilhamento de informações entre diferentes níveis de atenção à saúde, melhorando a continuidade do cuidado.
- Aumentar a eficiência na gestão dos serviços de saúde, possibilitando uma melhor alocação de recursos e redução de custos operacionais.
- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, através da implementação de telessaúde, prontuários eletrônicos e outras ferramentas digitais que permitem um acompanhamento mais eficaz.
- Promover a educação em saúde e a conscientização da população sobre o uso de serviços digitais, incentivando a autogestão da saúde.
- Promover a cultura da saúde digital, formação e educação permanente em saúde digital contribuindo para a melhoria da qualidade de serviços prestados.
- Fomentar a inovação no setor de saúde, apoiando o desenvolvimento e a implementação de novas tecnologias que possam beneficiar a população.

5.7 Auditoria do SUS

O setor de Auditoria do SUS tem como **MISSÃO**:

“Contribuir para a qualidade, eficiência e transparência na aplicação dos recursos públicos destinados a saúde, assegurando que os serviços prestados estejam de acordo com normas e regulamentações estabelecidas.”

E tem como principal **OBJETIVO**: *“Apoiar os gestores do SUS para manter uma conduta de permanente vigilância quanto à conformidade dos procedimentos administrativos e/ou normas aplicáveis já implementadas na administração por meio dos princípios da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e eficácia, bem como, recomendar ações corretivas para os problemas detectados”.*

6. CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE:

A Conferência Municipal de Saúde é um espaço democrático e participativo instituído pela Lei nº 8.142/1990, que reúne representantes da gestão, dos trabalhadores da saúde, dos usuários do SUS e de prestadores de serviços para avaliar a situação de saúde do município e propor diretrizes para as políticas públicas do setor. Realizada a cada quatro anos, a conferência tem caráter deliberativo e constitui uma etapa fundamental no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, assegurando o controle social e a participação popular no SUS.

Durante a conferência, são debatidos os principais problemas enfrentados na rede de atenção à saúde, analisadas as condições de acesso, qualidade e equidade, e elaboradas propostas que orientam as metas e estratégias da gestão municipal. Os eixos temáticos discutidos geralmente se alinham às diretrizes nacionais e estaduais de saúde, garantindo coerência federativa ao planejamento local.

A primeira Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 1991; a segunda foi em 1993; e a terceira foi em 1998. Estas conferências tinham o registro somente em papel e se perderam maiores detalhes. A partir de 2002 já existia registro digital e, por esse motivo, apresentamos os detalhes:

- **4ª Conferência Municipal** aconteceu de 02 a 04 de agosto de 2002. Decreto nº 13.488, de 06 de junho de 2002.
- **5ª Conferência Municipal** foi realizada nos dias 22, 23 e 24 de junho de 2007, tendo como tema central: *“Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento”*. Decreto nº 15.653, de 30 de maio de 2007.

- **6ª Conferência Municipal** aconteceu de 03 a 06 de junho de 2011, com tema Central: *“Todos usam o SUS, SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do povo brasileiro”*.
- **7ª Conferência Municipal** aconteceu entre os dias 29 de novembro e 1º de dezembro de 2013, no Lar São Vicente de Paulo, no Jardim Betânia, como tema: *“Gestão da Saúde Universal e Integral com Equidade em Sorocaba”*. Decreto nº 20.764, de 12 de setembro de 2013
- **8ª Conferência Municipal** foi realizada no dia 16 de junho de 2017, das 8h às 15h, na Universidade Paulista (UNIP), o tema central desta edição foi *“Saúde como direito e compromisso de todos; consolidação e financiamento do SUS”*.
- **9ª Conferência Municipal** foi realizada dia 26 de junho de 2021, das 8h às 15h, em formato virtual. O tema central desta edição foi *“A defesa do Sistema Único de Saúde para além da pandemia – SUS para todos”*.
- **10ª Conferência Municipal** com tema central: *“O SUS que queremos: saúde como direito à vida”*, foi realizada no dia 28 de junho de 2025, das 8h às 17h, na UNIP. Decreto nº 29.835, de 24 de abril de 2025.

7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A elaboração do Plano Municipal de Saúde deve seguir os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, com base nas diretrizes do **Sistema DigiSUS Planejamento – PlanejaSUS**, que organiza e padroniza as informações relativas ao planejamento em saúde no âmbito do SUS.

◆ Diretrizes

As diretrizes são proposições amplas que expressam **valores, prioridades e compromissos da gestão** com a melhoria das condições de saúde da população. Devem estar alinhadas com os princípios do SUS, com as deliberações das conferências de saúde e com os planos de saúde estaduais e nacional. São formuladas a partir da **análise situacional** e do diagnóstico dos principais problemas sanitários e organizacionais identificados. Segue a seguir as diretrizes alinhadas ao Plano Plurianual (PPA) e à 10ª Conferência Municipal de Saúde:

Diretriz nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População

Diretriz nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde

Diretriz nº 3: Promoção de Vigilância em Saúde

Diretriz nº 4: Assegurar a gestão eficiente dos recursos físicos financeiros

Diretriz Nº 5: Assegurar o acesso qualificado à Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS

♦ **Objetivos**

Os objetivos desdobram as diretrizes e indicam resultados esperados de forma mais específica, expressando o que se pretende alcançar durante a vigência do plano. Cada diretriz pode conter um ou mais objetivos, que devem ser mensuráveis, exequíveis e orientados à transformação das condições de saúde.

Diretriz nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População

- *Objetivo nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede.*

Diretriz nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde

- *Objetivo nº 1: Garantir o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde*
- *Objetivo nº 2: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade na Média e Alta Complexidade*
- *Objetivo nº 3: Implantar novos serviços*

Diretriz nº 3: Fortalecer a Vigilância em Saúde

- *Objetivo nº 1: Fortalecer a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica*
- *Objetivo nº 2: Realizar monitoramento de agravos e fatores de risco*

Diretriz nº 4: Assegurar a gestão eficiente dos recursos físicos financeiros

- *Objetivo nº 1: Controlar e otimizar os recursos físicos e financeiros do SUS*

Diretriz nº 5: Assegurar o acesso qualificado à Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS

- *Objetivo: nº 1: Assegurar gestão da Assistência Farmacêutica no SUS por meio do acesso a medicamentos essenciais seguros, eficazes e de qualidade.*

♦ Metas

As metas são os **compromissos quantitativos ou qualitativos** assumidos pela gestão para atingir os objetivos. Representam o **nível de resultado esperado** ao final do período do plano, com prazos definidos (geralmente por ano), permitindo o monitoramento do desempenho. As metas estão definidas nas fichas técnicas de cada indicador.

♦ Indicadores

Os indicadores são ferramentas técnicas que permitem **medir, acompanhar e avaliar** a execução das metas e a efetividade das ações. Devem ser escolhidos com base em sua **relevância, disponibilidade de dados e comparabilidade histórica**, permitindo o monitoramento contínuo e a prestação de contas à sociedade. A seguir estão as fichas técnicas de cada indicador:

8. FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES

A seguir, as fichas técnicas dos indicadores para os anos de 2026 a 2029.

Indicador 1. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (SUS).

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Assegurar a oferta de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos			
Indicador	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (SUS)			
Fórmula	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (SUS), sobre 1/3 da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos (SUS) no mesmo período e local			
Numerador	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (SUS)			
Denominador	1/3 da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos (SUS) no mesmo período e local			
Unidade de medida	Razão			
Ano base	2024			
Resultado	0,57			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	0,57	0,57	0,58	0,58
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) / Planilha de estimativa populacional IBGE			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM/ Componente Qualidade APS			
Áreas Responsáveis	Faturamento + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos(SUS)

Ação nº 1: Realizar busca ativa de mulheres em faixa etária de risco que: não realizaram exame de Papanicolau há mais de 3 anos e/ou nunca realizaram o exame.

Ação nº 2: Identificação no prontuário eletrônico das mulheres de 25 a 64 anos sem exame nos últimos 3 anos

Ação nº 3: Uso de ACS (Agentes Comunitários de Saúde) para identificar e sensibilizar mulheres não aderentes.

Ação nº 4: Realizar coleta em horário estendido (noturno ou sábado)

Ação nº 5: Ampliar as Campanhas de orientação sobre Saúde da mulher. (PCM43 – eixo 1)

Indicador 2. Proporção de atendimentos médicos programados na Atenção Básica.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Assegurar atendimentos médicos programados na Atenção Básica			
Indicador	Proporção de atendimentos médicos programados na Atenção Básica			
Fórmula	Número de atendimentos médicos agendados realizados / número de atendimentos médicos realizados (agendados + demanda espontânea) x100			
Numerador	Atendimento médico programado: consulta ou visita agendada			
Denominador	Atendimento médico total: inclui agendados + demanda espontânea.			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	80,94%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	80%	80%	80%	80%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISWEB (relatório de quantidade de absenteísmo) / SIA			
Vinculação com demais Pactuações	Componente qualidade da APS			
Áreas Responsáveis	Faturamento + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de atendimentos médicos programados na Atenção Básica
Ação nº 1: Rever os processos de recepção dos usuários nas UBS, com o objetivo de padronizar e qualificar os atendimentos.
Ação nº 2: Atualizar o protocolo de acolhimento e promover capacitação das equipes para sua correta aplicação. (PCM 65 – eixo 2)
Ação nº 3: Ampliar as ações extramuro, fortalecendo o vínculo com o território.
Ação nº 4: Estender o horário de funcionamento das UBS até as 19 h. (PCM 1 – eixo 2)
Ação nº 5: Solicitar chamamento de profissionais pelo concurso público e processo seletivo.
Ação nº 6: Atualizar as áreas de abrangência das UBS: Wanel, Simus, Márcia Mendes, Paineiras, Sorocaba 1, Laranjeiras e S. Guilherme.
Ação nº 7: Aproveitar os estagiários e residentes para potencializar ações que ampliem o acesso
Ação nº 8: Verificar mensalmente se há vagas disponibilizadas para grupos programáticos (crianças, hipertensos, diabéticos, gestantes, puerpério). Em caso de indisponibilidade, orientar para organização de agendas específicas para esses grupos

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de atendimentos médicos programados na Atenção Básica
Ação nº 9: Assegurar que todos os atendimentos individuais e coletivos estejam registrados no PEC (SOAP e Ficha de Atividade Coletiva)
Ação nº 10: Estudar novas formas de organizar as agendas médicas, bem como a distribuição dos horários desses profissionais, otimizando acesso e resolutividade
Ação nº 11: Retomar ferramentas para diagnóstico territorial, como: Mapa vivo, mapeamento e análise de agravos e mortalidade da área (com dados da VE)
Ação nº 12: Ampliar o investimento em infraestrutura de saúde digital, garantindo recursos para aquisição de equipamentos atualizados, melhorias no prontuário eletrônico e rede de internet para toda a rede de saúde municipal. (PCM 76,77,78,79,80,81 – eixo 2)
Ação nº 13: Ampliar, requalificar e adequar a infraestrutura das UBSs para assegurar a acessibilidade, seguranças e condições adequadas de atendimento à população. (PCM 5,8,9,22,16-eixo 2/15 – eixo 3)
Ação nº 14: Fortalecer a APS para Assegurar a realização de vistas domiciliares aos pacientes mais vulneráveis. (PCM 10 – eixo 2)
Ação nº 15: Qualificar as equipes assistenciais para atendimento humanizado a todos os grupos sociais, em especial aqueles com maiores vulnerabilidades, como População LGBT, PCD, negra, idoso, entre outros. (PCM 22,23,24,33 – eixo 3)
Ação nº 16: Implantar fluxo de lavagem de ouvido nas UBS (PCM 58 – eixo 1)
Ação nº 17: Planejar e viabilizar a modernização da rede municipal com foco na aquisição de equipamentos, materiais permanentes, soluções digitais e bens móveis que qualifiquem o acesso e promovam maior resolutividade das unidades de saúde.

Indicador 3. Percentual de atendimentos médicos em saúde mental, realizados na APS.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Assegurar o acesso de pacientes com transtorno mentais e comportamentais na APS			
Indicador	Percentual de atendimentos médicos em saúde mental, realizados na APS			
Fórmula	Número de atendimentos médicos com CID de saúde mental na APS/ nº total de atendimentos individuais x100			
Numerador	Número de atendimentos médicos com CID do Capítulo V – Transtornos mentais e Comportamentais			
Denominador	Número total de atendimentos médicos na APS			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	7,97%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	7%	7%	7%	7%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISWEB – Relatório – Atendimento classe CID			
Vinculação com demais Pactuações	-----			
Áreas Responsáveis	Saúde Mental + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de atendimentos médicos em saúde mental, realizados na APS
Ação nº 1: Qualificar tecnicamente as equipes de APS por meio de Educação Permanente e Educação Continuada em saúde mental, visando um acolhimento integral e escuta qualificada. (PCM 19 – eixo 1)
Ação nº 2: Fortalecer a articulação com a RAPS e equipamento intersetoriais, reforço de fluxos e protocolos
Ação nº 3: Reforçar e instrumentalizar por meio de matriciamentos a atuação das equipes multiprofissionais e equipes básicas no manejo em saúde mental
Ação nº 4: Implantar teleatendimento para as equipes multi, revisar os processos de trabalho das equipes multiprofissionais e finalizar o protocolo.
Ação nº 5: Fortalecer as PICS nas questões de saúde mental, PcD, neurodivergentes, idosos. (PCM 3 – eixo 3)

Indicador 4. Taxa de absenteísmo em consultas médicas na APS.

Diretriz	nº 4: Assegurar a gestão eficiente dos recursos físicos e financeiros do SUS			
Objetivo	nº 1: Controle e otimização dos recursos financeiros do SUS			
Meta	Reduzir a taxa de absenteísmo em consultas médicas na APS			
Indicador	Taxa de absenteísmo em consultas médicas na APS			
Fórmula	Número de faltosos em consultas médicas /Número de agendamentos em consultas médicas realizados x100			
Numerador	Número de faltosos em consultas médicas			
Denominador	Número de agendamentos em consultas médicas			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	25,86%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	24%	24%	24%	24%
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SISWEB – Relatório de quantidade de absenteísmo			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de absenteísmo em consultas médicas na APS

Ação nº 1: Incluir novas tecnologias digitais como: Totem na recepção com serviço de *check-in*, melhorias no PEC mais intuitivo de acordo com a necessidade da Secretária, e funcionar offline; Ampliar as vagas ofertadas no APP, como coleta de PAP, consulta com enfermeiro; Implementar pesquisa de satisfação do usuário (APP). (PCM 76, 77,79,80,81 – eixo 2)

Ação nº 2: Melhorar a divulgação de ações para a população, através de mídias digitais, TV nas UBS, nas escolas, e ter um local fixo na UBS com as informações acessíveis à população

Ação nº 3: Ampliar a visibilidade das faltas às consultas, conscientizando a população com ferramentas como: “*Faltômetro*”, Aplicativo da saúde e Conselhos locais.

Ação nº 4: Educação em saúde para a população para o uso adequado dos serviços

Ação nº5: Ampliação do quadro de servidores

Ação nº6: Revisão da modalidade de agendamentos

Indicador 5. Proporção de nascidos vivos (NV) SUS de mães com no mínimo 07 consultas de Pré Natal (PN)

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Assegurar no mínimo de 7 consultas de Pré Natal por gestante			
Indicador	Proporção de nascidos vivos (NV) SUS de mães com no mínimo 07 consultas de Pré Natal (PN)			
Fórmula	Número de nascidos vivos SUS com no mínimo 07 consultas de PN/ Número total de nascidos vivos SUS x100			
Numerador	Número de nascidos vivos SUS com no mínimo 07 consultas de PN			
Denominador	Número total de nascidos vivos SUS			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	87,36%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	87%	88%	88%	88%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos			
Vinculação com demais Pactuações	PPA/IEGM/ Componente Qualidade			
Áreas Responsáveis	Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de nascidos vivos (NV) SUS de mães com no mínimo 07 consultas de Pré Natal (PN)

Ação nº 1: Implementar / Fortalecer consulta para enfermeiro e generalista no cronograma de pré natal

Ação nº 2: Solicitar chamamento de profissionais pelo concurso público e processo seletivo (PCM 41 – eixo 1)

Ação nº 3: Fortalecer educação permanente por meio da problematização das práticas diárias das equipes e gestores locais (PCM 65 – eixo 2)

Indicador 6. Proporção de nascidos vivos (SUS) que realizaram a primeira consulta na APS até 30 dias de vida.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Assegurar o Primeiro atendimento ao RN até 30 dias de vida			
Indicador	Proporção de nascidos vivos (SUS) que realizaram a primeira consulta na APS até 30 dias de vida			
Fórmula	Número de RN (até 30 dias de vida) que passaram por atendimento na APS/Número de nascido vivos (SUS) x100			
Numerador	Número de RN (até 30 dias de vida) que passaram por atendimento na APS			
Denominador	Número de nascido vivos (SUS)			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	65%	70%	75%	75%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISWEB – Relatório Acompanhamento de vagas; SINASC; e RN de risco			
Vinculação com demais Pactuações	Componente qualidade APS			
Áreas Responsáveis	Faturamento + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de nascidos vivos (SUS) que realizaram a primeira consulta na APS até 30 dias de vida

Ação nº 1: Ampliar a assistência do enfermeiro ao recém-nascido (RN), lactentes e crianças na primeira infância, por meio da realização de visitas domiciliares pelas ESFs

Ação nº 2: Fortalecer educação permanente por meio da problematização das práticas diárias das equipes e gestores locais

Ação nº 3: Rever a organização das agendas médicas (1ª consulta e retorno)

Ação nº 4: Monitorar e supervisionar o quantitativo e qualitativo das VDs do ACS

Ação nº 5: Assegurar avaliação odontológica aos RNs

Indicador 7. Proporção de óbitos por Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na população de 30-69 anos.

Diretriz	nº 1:Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNT			
Indicador	Proporção de óbitos por DCNT pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na população de 30-69 anos			
Fórmula	Proporção de óbitos por DCNT pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) / na população de 30-69 anos /100.000			
Numerador	Número de óbitos por DCNT pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (CID I00 a I99, C00 a C97, J30 a J98, E10 a E14)			
Denominador	População de 30-69 anos			
Unidade de medida	Por cem mil			
Ano base	2024			
Resultado	373,26			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	369,52	365,83	362,17	358,54
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / Planilha de estimativa populacional IBGE			
Vinculação com demais Pactuações	ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável			
Áreas Responsáveis	Vigilância Epidemiológica + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de óbitos por DCNT pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na população de 30-69 anos.

Ação nº 1: Integrar a Atenção Especializada nos fluxos de cada LC e programas da policlínica, mantendo a capacitação dos envolvidos. (PCM 65 – eixo 2)

Ação nº 2: Realizar busca ativa de mulheres com exames alterados de Papanicolau e Mamografia (SISCAN), garantindo tratamento oportuno.

Ação nº 3: Melhorar a integração U/E e APS por meio de capacitações, reuniões e discussões de casos

Ação nº 4: Monitorar e divulgar os grupos de atividades físicas na APS.

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de óbitos por DCNT pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na população de 30-69 anos.

Ação nº 5: Ampliar e fortalecer os Grupos Antitabaco e outros de Saúde do Adulto

Ação nº 6: Manter a Vigilância compartilhada na linha de cuidado de pacientes com doença crônica não transmissível nas Unidades de Urgência e Emergência (onco, HAS, DM e AVE).

Ação nº 7: Monitorar o cuidado continuado do paciente HAS e DM (Unidades com sala do Programa de Saúde do Adulto ativa; Busca ativa de pacientes faltosos das consultas médica e de enfermagem; Uso da filipeta de retorno; ampliar o acesso às agendas de consulta médica e de enfermagem com serviço de Saúde do Adulto).

Ação nº8: Fortalecer o Programa de Cuidado Compartilhado

Indicador 8. Razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos (SUS).

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Assegurar o acesso ao exame de mamografia para mulheres na faixa etária de risco			
Indicador	Razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos (SUS)			
Fórmula	Nº de mamografias para rastreamento na faixa etária de 50 a 69 anos (SUS), sobre ½ da população feminina nesta faixa etária no respectivo local e período			
Numerador	Nº de mamografias para rastreamento na faixa etária de 50 a 69 anos (SUS)			
Denominador	½ da população feminina de 50 a 69 anos (SUS)			
Unidade de medida	Razão			
Ano base	2024			
Resultado	0,84			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	0,84	0,84	0,84	0,84
Tendência	Quanto maior melhor			
Fonte de dados	SIA/ Planilha de estimativa populacional			
Vinculação com demais Pactuações	Componente Qualidade APS			
Áreas Responsáveis	Faturamento + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos(SUS)
Ação nº 1: Realizar busca ativa de mulheres em faixa etária de risco que: não realizaram exame de mamografia há mais de 2 anos e/ou nunca realizaram o exame.
Ação nº 2: Fortalecer as consultas de enfermagem
Ação nº 3: Assegurar recurso orçamentário e contratos para realização de mamografias

Indicador 9. Proporção de equipes ESF e EAP completas.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Manter equipes de ESF e EAP completas			
Indicador	Proporção de equipes ESF e EAP completas			
Fórmula	Número de equipes de ESF e EAP completas /Número total de equipes ESF e EAP x100			
Numerador	Número de equipes de ESF e EAP completas			
Denominador	Número total de equipes ESF e EAP			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	94%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	100%	100%	100%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	CNES/E-gestor AB			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	Faturamento + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de equipes ESF e EAP completas

Ação nº 1: Enviar a solicitação de credenciamento de novas equipes/ Ampliar o nº de ESF

Ação nº 2: Assegurar a composição completa das equipes de ESF e EAP. (PCM 24, 38,39 – eixo 2)

Ação nº 3: Monitorar e atualizar o cadastro das equipes de ESF e EAP no CNES

Indicador 10. Percentual de itens de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais com desabastecimento (falta do medicamento) superior a um mês.

Diretriz	nº 5: Assegurar o acesso qualificado à Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS			
Objetivo	nº 1: Assegurar gestão da Assistência Farmacêutica no SUS por meio do acesso a medicamentos essenciais seguros, eficazes e de qualidade			
Meta	Assegurar o abastecimento mínimo de Componentes da Assistência Farmacêutica Básica			
Indicador	Percentual de itens de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais com desabastecimento (falta do medicamento) superior a um mês			
Fórmula	Total de itens do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com desabastecimento superior a um mês / Total de itens do Componente Básico da Assistência Farmacêutica x100			
Numerador	Total de itens do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com desabastecimento superior a um mês			
Denominador	Total de itens do Componente Básico da Assistência Farmacêutica			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	20%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	20%	19%	18%	17%
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	Sistema de Controle da assistência farmacêutica			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	Material Médico-Hospitalar e Farmacêutico			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de itens de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais com desabastecimento

Ação nº 1: Revisar e atualizar periodicamente a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais)

Ação nº 2: Fortalecer o planejamento de compras e controle de estoque por consumo médio mensal (PCM 104,105,107,108,109,111 – eixo 2)

Ação nº 3: Otimizar um sistema informatizado de controle de estoque interligado entre farmácias da rede

Ação nº 4: Monitorar semanalmente medicamentos com risco de ruptura e criar plano de contingência

Ação nº 5: Solicitar agilidade nos processos de licitação e adesão a atas de registro de preços

Indicador 11. Taxa de mortalidade Infantil.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Reduzir a taxa de Mortalidade Infantil			
Indicador	Taxa de mortalidade Infantil			
Fórmula	Número de óbitos de crianças menores de 1 ano/ número de nascidos vivos x 1.000			
Numerador	Número de óbitos de crianças menores de 1 ano			
Denominador	Número de nascidos vivos			
Unidade de medida	Por mil			
Ano base	2024			
Resultado	10,99			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	Abaixo de 9,99	Abaixo de 9,99	Abaixo de 9,99	Abaixo de 9,99
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SIM/ SINASC			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	Comitê Municipal de Vigilância à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal + Vigilância Epidemiológica			

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de mortalidade Infantil
Ação nº 1: Fomentar com as equipes assistenciais a importância do Planejamento Familiar, métodos disponíveis, implementação de medidas efetivas propiciando o desenvolvimento saudável desde na concepção. (PCM 36,37 – eixo 1)
Ação nº 2: Discutir e fortalecer as equipes na promoção de meios saudáveis de reprodução e potencializando habilidades das mães no cuidado com os filhos, com a atenção multidisciplinar a vulnerabilidade social e possibilitando a identificação precoce de fatores de risco e fortalece o trabalho intersetorial com as secretarias afins.
Ação nº 3: Reforçar com as equipes a importância da busca ativa de gestantes e RNs faltosos das consultas, fortalecer o protocolo de notificação para o Conselho Tutelar dos casos elegíveis e dar suporte às unidades sempre que necessário.
Ação nº 4: Manter e reforçar a vigilância de gestantes e bebês atendidos em serviços de Urgência/Emergência, com monitoramento sistematizado da planilha compartilhada.

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de mortalidade Infantil
Ação nº 5: Incentivar a realização de grupos de gestantes nas UBSs de forma padronizada.
Ação nº 6: Incentivar e promover o Aleitamento Materno (AM) com: Campanhas educativas (ex: Agosto Dourado, 3º Mamaço), orientações coletivas e incentivo pelas equipes, divulgação em plataformas digitais da prefeitura e da SES, realizar capacitação em manejo do AM e realizar reuniões com comitês de AM e Hospitais.
Ação nº 7: Fomentar e fortalecer a realização da Puericultura pela equipe de enfermagem implementar capacitações periódicas com temas relacionados.
Ação nº 8: Atualizar o Protocolo Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e reforçar a importância do seguimento por todos da equipe.
Ação nº 9: Realizar educação permanente dos profissionais da assistência materno infantil com foco nas principais causas relacionadas a morbimortalidade infantil. (PCM 39 – eixo 1)
Ação nº 10: Manter a participação ativa nas discussões dos casos de óbitos infantis no Grupo Técnico com os Hospitais, identificar fragilidades e planejar ações e intervenções necessárias nos pontos de atenção. A APS implementará ações (macro e micro) e encaminhando para as UBSs dos casos infantis que necessitem de revisão de processos de trabalho interno e implementação de novas ferramentas para acompanhar as ações propostas e seu andamento sistematizado.
Ação nº 11: Implementar processos de trabalho visando a melhoria sistematizada das discussões de óbito no tempo oportuno, conforme Ministério da Saúde.
Ação nº 12: Implementar e fomentar a utilização dos protocolos assistenciais na área materno-infantil, como: Protocolo Municipal de Prevenção de Pré-eclâmpsia, Protocolo/fluxo para utilização do Sulfato de Magnésio tratamento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia na UBS, Policlínica Municipal, CMAE, SAMU e UPA/PA e organização para capacitação de todos pontos de atenção envolvidos nesta linha de cuidado.
Ação nº 13: Capacitação anual para as equipes da rede assistencial de todos os pontos de atenção que prestam assistência materno-infantil (rede própria, conveniada SUS e rede privada), com temas relacionados aos principais desafios na assistência materna e seus reflexos na redução da mortalidade materna, infantil e fetal, como: Doenças Hipertensivas, Sepses e Síndromes Hemorrágicas.
Ação nº 14: Manutenção de UTIs Neonatais em todas as maternidades SUS, garantia de cumprimento das políticas nacionais de atenção obstétrica e neonatal, e o aprimoramento do processo de alta hospitalar qualificada.
Ação nº 15: Capacitação da rede assistencial das principais patologias para redução da morbimortalidade infantil como: sepses, uso racional de antibióticos em pediatria, asma, bronquiolite, uso de corticoide em doença respiratória na pediatria e dor abdominal.
Ação nº 16: Intensificar e fomentar o Planejamento Reprodutivo (preconcepção e anticoncepção) e vigilância as mulheres em idade fértil com: óbito infantil anterior, óbito fetal anterior, Hipertensão Arterial, Diabetes e Mau Passado Obstétrico, para todas as UBS/ESFs com fluxos estabelecidos. (PCM 61 – eixo 1)
Ação nº 17: Fomentar e acompanhar a planilha e cuidado compartilhado: CMAE e a APS das gestantes e crianças com sífilis.
Ação nº 18: Articular ações com a equipe do CMAE e implementar a discussão de caso de transmissão vertical sífilis com as equipes da APS e com hospitais nos casos necessários.

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de mortalidade Infantil

Ação nº 19: Articular ações com a equipe do CMAE na Capacitação para os enfermeiros e técnicos de enfermagem para o teste rápido (HIV, Sífilis e Hepatites)

Ação nº 20: Capacitação periódica para os Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Odontólogos, nas atualizações do protocolo de atendimento Pré-natal Baixo Médio Risco e Protocolo Pré-natal de Alto Risco e critérios de risco para encaminhamento. Reforçar e implementar o monitoramento destas gestantes de cuidado compartilhado entre os pontos de atenção.

Ação nº 21: Planejar e fortalecer as ações dos Programas Municipais: Pré-natal de Alto Risco, Programa RN de Risco e Programa Bebê Saudável e Programa Municipal de Controle da Asma Infantil

Ação nº 22: Planejar e fortalecer o Projeto Municipal de Alta com Continuidade do Cuidado, com seus respectivos agendamentos na UBS.

Ação nº 23: Fomentar as ações relacionadas a redução da gravidez na adolescência e as parcerias intersetoriais.

Ação nº 24: Planejar e implementar as ações com a Educação em Saúde (Educação Permanente).

Ação nº 25: Planejar e fomentar trabalhos intersetoriais, visando intensificar ações que permeiam famílias de vulnerabilidade social, pois os condicionantes deste indicador fazem interface com: condição dos serviços de saúde, moradia, nutrição, educação, fatores socioeconômicos e demais fatores.

Indicador 12. Proporção de óbitos maternos.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Reduzir a taxa de mortalidade materna			
Indicador	Proporção de óbitos maternos			
Fórmula	Número de óbitos maternos por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto) / Número de nascidos vivos x 100.000 * excluídas as causas externas			
Numerador	Número de óbitos maternos por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto)			
Denominador	Número de nascidos vivos			
Unidade de medida	Por cem mil			
Ano base	2024			
Resultado	84,56/100.000 (parciais)			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	Abaixo de 30/100.000	Abaixo de 30/100.000	Abaixo de 30/100.000	Abaixo de 30/100.000
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SIM, SINASC			
Vinculação com demais Pactuações	ODS/ OMS			
Áreas Responsáveis	Comitê Municipal de Vigilância à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal + Vigilância Epidemiológica + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de óbitos maternos.

Ação nº 1: Fortalecer a rede assistencial para gestação, parto, puerpério e puericultura por meio de: atualização e monitoramento de protocolos; capacitação contínua das equipes e educação permanente. (PCM 65 - eixo 2)

Ação nº 2: Fomentar com as equipes assistenciais a importância do Planejamento Familiar, métodos disponíveis, implementação de medidas efetivas propiciando o desenvolvimento saudável desde na concepção.

Ação nº 3: Discutir e fortalecer as equipes na promoção de meios saudáveis de reprodução e potencializando habilidades das mães no cuidado com os filhos, com a atenção multidisciplinar a vulnerabilidade social e possibilitando a identificação precoce de fatores de risco biológico e sociais e fortalece o trabalho intersetorial com as secretarias afins.

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de óbitos maternos.
Ação nº 4: Reforçar com as equipes a importância da busca ativa de gestantes, fortalecer e revisar, sempre que necessário, o protocolo de notificação para o Conselho Tutelar dos casos elegíveis e dar suporte às unidades sempre que necessário.
Ação nº 5: Manter e reforçar a vigilância de gestantes e puérperas atendidas em serviços de Urgência/Emergência, com monitoramento sistematizado da planilha compartilhada.
Ação nº 6: Incentivar a realização de grupos de gestantes nas UBSs de forma padronizada.
Ação nº 7: Manter a Atualização o Protocolo Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher e reforçar a importância do seguimento por todos da equipe.
Ação nº 8: Realizar educação permanente dos profissionais da assistência materna com foco nas principais causas relacionadas a morbimortalidade materna.
Ação nº 9: Manter a participação nas discussões dos casos de óbitos maternos no Grupo Técnico com hospitais, identificando intervenções necessárias nos pontos de atenção; a APS implementará ações (macro e micro), encaminhando para as UBSs os casos maternos que necessitem de revisão de processos de trabalho. Implementação de novas ferramentas para acompanhar as ações propostas e seu andamento.
Ação nº 10: Implementar processos de trabalho visando a melhoria sistematizada das discussões de óbito materno no tempo oportuno, conforme Ministério da Saúde.
Ação nº 11: Implementar e fomentar a utilização dos protocolos assistenciais na área materno-infantil, como: Protocolo Municipal de Prevenção de Pré-eclâmpsia, Protocolo/fluxo para utilização do Sulfato de Magnésio tratamento de Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia na UBS, Policlínica Municipal, CMAE, SAMU e UPA/PA e organização para capacitação para todos pontos de atenção envolvidos nesta linha de cuidado.
Ação nº 12: Capacitação anual para as equipes da rede assistencial de todos os pontos de atenção que prestam assistência materno-infantil (rede própria, conveniada SUS e rede privada), com temas relacionados aos principais desafios na assistência materna e seus reflexos na redução da mortalidade materna, infantil e fetal, como: Doenças Hipertensivas, Sepses e Síndromes Hemorrágicas.
Ação nº 13: Intensificar e fomentar o Planejamento Reprodutivo (preconcepção e anticoncepção) e vigilância as mulheres em idade fértil com: óbito infantil anterior, óbito fetal anterior, Hipertensão Arterial, Diabetes e Mau Passado Obstétrico, para todas as UBS/ESFs com fluxos estabelecidos.
Ação nº 14: Capacitação periódica para os Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Odontólogos, nas atualizações do protocolo de atendimento Pré-natal Baixo Médio risco e Protocolo Pré-natal de Alto Risco e critérios de risco para encaminhamento. Reforçar e implementar o monitoramento destas gestantes de cuidado compartilhado entre os pontos de atenção. (PCM 40 – eixo 1)
Ação nº 15: Fomentar e fortalecer as ações do Pré-natal de Alto Risco na Policlínica Municipal
Ação nº 16: Implantar e sistematizar ferramentas para Comissão ou Grupo Técnico Near Miss (piloto) Materno: sistematizar discussões de caso de mulheres que tiveram complicações graves durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o parto, mas não óbito, conforme critérios estabelecidos pela OMS.
Ação nº 17: Fortalecer e fomentar o Projeto Municipal de Alta com Continuidade do Cuidado com seus respectivos agendamentos na UBS.
Ação nº 18: Fomentar e fortalecer ações relacionadas a redução da gravidez na adolescência e as parcerias intersetoriais.
Ação nº 19: Planejar e implementar as ações com a Educação em Saúde(Educação Permanente).

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de óbitos maternos.

Ação nº 20: Planejar e fomentar trabalhos intersetoriais, visando intensificar ações que permeiam famílias de vulnerabilidade social, pois os condicionantes deste indicador fazem interface com: condição dos serviços de saúde, moradia, nutrição, educação, fatores socioeconômicos e demais fatores.

Indicador 13. Percentual de internações por causas sensíveis à atenção básica.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Reduzir o número de internações por causas sensíveis à APS			
Indicador	Percentual de Internações por causas sensíveis à atenção básica			
Fórmula	Número de internações sensíveis a AB (ICSAP) (asma, diabetes mellitus (complicações), hipertensão arterial, infecção urinária, gastroenterite, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Angina, Pneumonias bacterianas/Total de internações clínicas x100			
Numerador	Número de internações sensíveis a AB (ICSAP) (asma, diabetes mellitus (complicações), hipertensão arterial, infecção urinária, gastroenterite, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Angina, Pneumonias bacterianas			
Denominador	Total de internações clínicas			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	19,8			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	19,8	19,7	19,6	19,5
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SIH/SUS			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	Faturamento + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de Internações por causas sensíveis à atenção básica
Ação nº 1: Fortalecer a articulação entre APS/NUGUE/CRL, priorizando casos de internação e promovendo desospitalização segura por meio de reuniões e discussões de casos complexos (Programa Cuidado Compartilhado)
Ação nº 2: Solicitar melhorias no SISWEB para geração de relatórios de vigilância e notificação de eventos sentinelas.
Ação nº 3: Melhorar a Integração entre a APS e o SAD, por meio de oficinas de alinhamento e aprimoramento de fluxos de alta garantindo o adequado acompanhamento dos usuários pela APS
Ação nº 4: Monitorar e divulgar os grupos de atividades físicas na APS
Ação nº 5: Implementar ações de orientação alimentar nas escolas (PSE), com relatórios por UBS e articulação com eMulti e polos de saúde mental. (PCM 63 – eixo 1)

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de Internações por causas sensíveis à atenção básica
Ação nº 6: Monitorar planilha de alta qualificada de crianças com asma, realizar busca ativa para integrá-las no acompanhamento da UBS
Ação nº 7: Manter a Vigilância compartilhada na linha de cuidado de pacientes com doença crônica não transmissível nas Unidades de Urgência e Emergência (onco, HAS, DM e AVE) (PCM 48 – eixo 1)
Ação nº 8: Monitorar cuidado continuado dos pacientes com HAS e/ou DM (Unidades com sala do Programa de Saúde do Adulto ativa. Busca ativa de pacientes faltosos das consultas médica e de enfermagem. Uso da filipeta de retorno. Agendas de consulta médica e de enfermagem com serviço de Saúde do Adulto.) (PCM 62 – eixo 1)
Ação nº 9: Capacitar profissionais da AB na avaliação multidimensional da pessoa idosa e organização dos fluxos de atendimento.(PCM 32 – eixo 3)
Ação nº 10: Executar e monitorar o programa “Emagrecer Certo”
Ação nº 11: Assegurar um fluxo permanente e eficiente de comunicação entre a Policlínica e a APS, com troca sistemática de informações clínicas e gerenciais.
Ação nº 12: Solicitar a criação do cargo de Médico de Família e Comunidade, fortalecendo o modelo da Atenção Primária
Ação nº 13: Utilizar os espaços de reuniões já existentes como ambientes fortalecidos de Educação Permanente e integração das equipes, com apoio do NEP e NEU, utilizando o matriciamento como umas das ferramentas educacionais (PCM 65 – eixo 2)
Ação nº 14: Assegurar o atendimento integral aos pacientes classificados como AD1 pela APS
Ação nº 15: Monitorar os principais médicos solicitantes de encaminhamentos fora de protocolo, com devolutiva e feedback estruturado
Ação nº 16: Ampliar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na rede básica. (PCM 45,46,72 – eixo 1)
Ação nº 17: Implantar interconsulta de especialidade
Ação nº 18: Fomentar as reuniões e ações intersetoriais por território (PCM 54,56 – eixo 1)
Ação nº 19: Interoperar e integrar os sistemas de informação
Ação nº 20: Melhorar e monitorar os fluxos de referência e contra referência, inserir todas as especialidades na demanda no sistema, capacitação referente a protocolos de encaminhamento e matriciamento. (PCM 65 – eixo 2)
Ação nº 21: Fortalecer o papel da coordenação da UBS
Ação nº 22: Ampliar a oferta de exames laboratoriais nas UBS (PCM 116 – eixo 2)
Ação nº 23: Implementar política de saúde do idoso, da população negra , LGBTQIA+ (PCM 24,25,50 – eixo 1)
Ação nº 24: Promover capacitações a respeito do protocolo LGBT visando atendimento humanizado, e o adequado seguimento do fluxo do processo transexualizador (PCM 24,23,26 – eixo 3)
Ação nº 25: Promover capacitações, reorganizar fluxos assistenciais, para atendimento de grupos específicos como: Mulheres vítimas de violência, PcD, população negra, idosa, neurodivergentes entre outras (PCM 1,2,22,28,29,33 – eixo 3/33,57 eixo 1)

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de Internações por causas sensíveis à atenção básica

Ação nº 26: Fortalecer o ambulatório trans com equipe multiprofissional (PCM 30,31 – eixo 3)

Indicador 14. Primeira Consulta Odontológica Programática.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Ampliar a oferta de 1ª Consulta Odontológica Programática			
Indicador	Primeira Consulta Odontológica Programática			
Fórmula	Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas no ano ÷ Nº total da população residente segundo IBGE x 100			
Numerador	São os atendimentos registrados com o código 03.01.01.015-3 (Primeira Consulta Odontológica Programática) na Ficha de Atendimento Odontológico Individual (FAO), realizados por cirurgião-dentista vinculado a equipe com INE válido, conforme as regras do e-SUS APS e Portaria SAPS/MS nº 161/2024.			
Denominador	Número total da população residente no município, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano correspondente.			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	3,9%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	4,09%	4,29%	4,5%	4,72%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAB; SISWEB e Estimativa Populacional IBGE			
Vinculação com demais Pactuações	Componente Qualidade APS – Saúde Bucal			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Primeira Consulta Odontológica Programática
Ação nº 1: Realizar diagnóstico situacional da cobertura odontológica atual, com base nos dados do SISAB/SISWEB, identificando equipes com baixa oferta de primeiras consultas programadas e áreas com maior demanda reprimida.
Ação nº 2: Consolidar o modelo de acesso avançado nas agendas odontológicas da Atenção Primária, garantindo que a organização do processo de trabalho permita o atendimento da demanda espontânea e programada de forma oportuna, com foco na primeira consulta.
Ação nº 3: Capacitar as equipes de Saúde Bucal quanto aos princípios e operacionalização do acesso avançado, integrando a abordagem clínica, o agendamento dinâmico e o acolhimento qualificado.
Ação nº 4: Monitorar mensalmente a produção de Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, por equipe e por território, com base nos dados do SISAB, visando o alcance da meta de crescimento anual de

Ações relacionadas ao indicador: Primeira Consulta Odontológica Programática
5%.
Ação nº 5: Qualificar o registro na Ficha de Atendimento Odontológico Individual (FAO), com foco na correta utilização do procedimento 03.01.01.015-3 e no fortalecimento da vigilância da produção
Ação nº 6: Realizar busca ativa de usuários sem consulta odontológica registrada, com apoio dos ACSs e da equipe da APS, utilizando ferramentas do e-SUS e estratégias territoriais integradas.
Ação nº 7: Incluir a meta de ampliação da Primeira Consulta Odontológica Programática nos contratos de metas das equipes, com avaliação quadrimestral e apoio da gestão para ajustes.
Ação nº 8: Promover ações de educação em saúde e comunicação com a população, incentivando o cuidado preventivo, o agendamento ágil e a adesão à consulta odontológica inicial.
Ação nº 9: Estabelecer parcerias intersetoriais com escolas, CRAS e instituições comunitárias, para ampliação do acesso da população prioritária à primeira consulta odontológica no território.

Indicador 15. Proporção de Procedimentos Odontológicos Preventivos em Relação aos Curativos.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede
Meta	Ampliar a oferta de procedimentos preventivos em relação aos procedimentos curativos
Indicador	Proporção de Procedimentos Odontológicos Preventivos em Relação aos Curativos
Fórmula	Número de procedimentos preventivos divididos pelo número de procedimentos curativos+ preventivos , multiplicado por 100.
Numerador	Considera-se o total de procedimentos com foco em prevenção e promoção da saúde bucal, registrados com os seguintes códigos SIGTAP: • Aplicação de carióstático (01.01.02.005-8) • Aplicação de selante (01.01.02.006-6) • Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) (01.01.02.007-4) • Evidenciação de placa bacteriana (01.01.02.008-2) • Selamento provisório de cavidade dentária (01.01.02.009-0) • Orientação de higiene bucal (01.01.02.010-4) • Orientação de higienização de próteses dentárias (01.01.02.012-0) • Profilaxia / Remoção de placa bacteriana (03.07.03.004-0) • Raspagem, alisamento e polimento supragengivais (por sextante) (03.07.03.005-9) • Ajuste oclusal (03.07.04.015-1)
Denominador	Refere-se ao total de procedimentos clínicos com foco em tratamento restaurador, endodôntico ou cirúrgico conservador, registrados com os seguintes códigos: • Capeamento pulpar (03.07.01.001-5) • Restaurações (anteriores, posteriores, decíduos e permanentes) com resina composta, amálgama ou ionômero (03.07.01.003-1 a 03.07.01.013-9) • Tratamento restaurador atraumático – ART (03.07.01.007-4) • Tratamento inicial de dente traumatizado (03.07.01.006-6) • Acesso à polpa dentária e medicação (03.07.02.001-0) • Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico (03.07.02.002-9) • Pulpotomia dentária (03.07.02.007-0) • Raspagem e alisamento subgengivais (por sextante) (03.07.03.002-4) • Tratamento de gengivite ulcerativa necrosante aguda – GUNA (03.07.03.006-7) • Tratamento de lesões da mucosa oral (03.07.03.007-5) • Tratamento de pericoronarite (03.07.03.008-3)
Unidade de medida	Percentual
Ano base	2024

Resultado	54%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	56,7%	59,5%	60,9%	62,4%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAB /SISWEB			
Vinculação com demais Pactuações	Componente Qualidade APS – Saúde Bucal			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de Procedimentos Preventivos em Relação aos Curativos

Ação nº 1: Revisar o processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal, com foco na incorporação sistemática de procedimentos preventivos nas agendas diárias, conforme o modelo de acesso avançado.

Ação nº 2: Capacitar as equipes nos conceitos e diretrizes da Atenção Primária à Saúde com foco na prevenção, orientando quanto à codificação adequada dos procedimentos preventivos e curativos no e-SUS, conforme os padrões do SIGTAP.

Ação nº 3: Organizar o acolhimento odontológico com enfoque na estratificação de risco e plano de cuidado individualizado, garantindo que todos os usuários recebam procedimentos preventivos de acordo com suas necessidades.

Ação nº 4: Articular campanhas temáticas de promoção da saúde bucal nas UBSs, escolas e comunidades, integrando ações coletivas e individuais, com registro nominal das atividades preventivas realizadas.

Ação nº 5: Integrar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais membros da APS no mapeamento de famílias e grupos vulneráveis, promovendo o agendamento orientado para ações preventivas priorizadas no território.

Ação nº 6: Revisar os fluxos de atendimento de pacientes com próteses, gestantes, crianças e pessoas com deficiência, incorporando rotinas específicas de procedimentos preventivos nesses grupos prioritários.

Ação nº 7: Incluir o indicador de proporção de procedimentos preventivos nos relatórios gerenciais e contratos de metas das equipes de Saúde Bucal, promovendo corresponsabilização e compromisso com a mudança de modelo.

Ação nº 8: Disseminar boas práticas entre as equipes com melhor desempenho preventivo, criando espaços de compartilhamento e valorização de experiências que fortalecem a APS como coordenadora do cuidado.

Indicador 16. Taxa de Exodontias na Atenção Primária à Saúde (APS).

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na APS			
Meta	Reduzir a taxa de exodontia na APS			
Indicador	Taxa de Exodontias na Atenção Primária à Saúde (APS)			
Fórmula	$\frac{\text{Número de exodontias realizadas}}{\text{Número total de procedimentos clínicos (soma dos procedimentos preventivos, curativos e exodontias)}} \times 100$			
Numerador	Total de procedimentos de exodontia registrados no SISAB com os seguintes códigos SIGTAP: 04.14.02.013-8 – Exodontia de dente permanente 04.14.02.014-6 – Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante			
Denominador	Soma dos seguintes procedimentos clínicos individuais realizados pelas equipes de Saúde Bucal na APS: - Preventivos: como aplicação de flúor, selante, orientação de higiene bucal, evidência de placa, entre outros (códigos ex.: 01.01.02.005-8 a 03.07.04.015-1) - Curativos: como restaurações, tratamento endodôntico, raspagens subgengivais, entre outros (códigos ex.: 03.07.01.001-5 a 03.07.03.008-3) - Exodontias: conforme códigos do numerador			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	5%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	4,75%	4,51%	4,4%	4,4%
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SISAB /SISWEB			
Vinculação com demais Pactuações	Componente Qualidade APS – Saúde Bucal			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de Exodontias na Atenção Primária à Saúde (APS)

Ação nº 1: Analisar os dados de exodontias realizadas por equipe e por território, com base no SISAB/SISWEB, identificando padrões de sobrecarga de extrações e perfil epidemiológico dos pacientes atendidos.

Ação nº 2: Consolidar o modelo de acesso avançado como estratégia prioritária na Atenção Odontológica, permitindo o atendimento oportuno das queixas iniciais e evitando a evolução de agravos que culminam

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de Exodontias na Atenção Primária à Saúde (APS)

em exodontias.

Ação nº 3: Capacitar os profissionais em condutas conservadoras de tratamento, incluindo atualização em técnicas restauradoras, endodônticas e de selamento provisório, com foco na preservação da dentição.

Ação nº 4: Ampliar o acesso a materiais odontológicos e insumos restauradores de qualidade, assegurando que a infraestrutura das UBSs permita a execução efetiva dos procedimentos alternativos à extração.

Ação nº 5: Integrar a vigilância de agravos bucais com o processo de trabalho das equipes, priorizando o atendimento precoce de lesões de cárie e doenças periodontais nas fases iniciais.

Ação nº 6: Monitorar mensalmente a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos clínicos, promovendo *feedback* às equipes e suporte técnico às que apresentarem taxa acima da meta.

Ação nº 7: Vincular a meta de redução da taxa de exodontia aos contratos de metas e indicadores de desempenho das equipes de Saúde Bucal, promovendo corresponsabilização institucional.

Indicador 17. Ampliação do CEO de Tipo II para Tipo III.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 3: Implantar novos serviços			
Meta	Ampliação do CEO de Tipo II para Tipo III			
Indicador	Ampliação do CEO de Tipo II para Tipo III			
Fórmula	Número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) habilitados como Tipo III ÷ Número de CEOs previstos para ampliação			
Numerador	Número de CEOs habilitados como Tipo III no ano de referência, conforme registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e em portarias ministeriais publicadas.			
Denominador	Número de CEOs previstos para ampliação para Tipo III no ano de referência, de acordo com o plano municipal (projeto, meta pactuada ou proposta oficial da gestão).			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	N/A	N/A	N/A
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAB /SISWEB			
Vinculação com demais Pactuações	Plano de Governo			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Ampliação do CEO de Tipo II para Tipo III (PCM 4 – eixo 1)

Ação nº 1: Projeto técnico e funcional de ampliação do CEO, com base nas exigências do Ministério da Saúde para a habilitação como Tipo III, incluindo quantitativo mínimo de profissionais, serviços ofertados e infraestrutura física.

Ação nº 2: Realizar análise de viabilidade estrutural, orçamentária e de recursos humanos, considerando o impacto da ampliação na capacidade instalada e nos custos operacionais do serviço especializado.

Ação nº 3: Revisar e adequar a estrutura física do CEO atual, garantindo número suficiente de consultórios odontológicos, sala de apoio diagnóstico (imagem/radiologia), ambientes de esterilização e acessibilidade, conforme parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.464/2011 e normativas vigentes.

Ação nº 4: Fortalecer o processo de regionalização e articulação com a Atenção Primária, definindo os fluxos de referência e contrarreferência, com garantia de resolutividade e continuidade do cuidado.

Ação nº 5: Ampliar a oferta de especialidades obrigatórias e complementares, incluindo a contratação de profissionais ou redistribuição de carga horária para Assegurar a presença mínima de endodontia, cirurgia

Ações relacionadas ao indicador: Ampliação do CEO de Tipo II para Tipo III (PCM 4 – eixo 1)

oral menor, periodontia, atendimento à PcD e diagnóstico bucal.

Ação nº 6: Registrar todas as adequações realizadas no CNES e nos sistemas oficiais, garantindo a conformidade documental e a elegibilidade para o processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Ação nº 7: Protocolar a solicitação de habilitação do CEO como Tipo III junto à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde, anexando documentação técnica, projeto executivo e dados do CNES atualizados.

Ação nº 8: Mobilizar apoio institucional e político para aprovação da habilitação, articulando com o Conselho Municipal de Saúde, gestores regionais e parlamentares para viabilizar o processo junto às instâncias superiores.

Ação nº 9: Estabelecer plano de transição assistencial, garantindo que a ampliação do serviço ocorra com mínima interrupção das atividades clínicas e com acompanhamento dos indicadores de acesso e qualidade.

Ação nº 10: Monitorar os resultados do CEO ampliado, avaliando o impacto na cobertura populacional, na redução de filas de espera por especialidades odontológicas e na satisfação dos usuários.

Indicador 18. Taxa de ampliação da Reabilitação Oral com Próteses Dentárias.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 2: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade na Média e Alta Complexidade			
Meta	Ampliação da Reabilitação Oral com Próteses Dentárias			
Indicador	Total de Reabilitação Oral com Próteses Dentárias			
Fórmula	Número de próteses dentárias entregues no ano de referência			
Numerador	Número total de próteses dentárias entregues no ano de referência, incluindo próteses totais, parciais removíveis, protocolo e outros dispositivos registrados sob os seguintes códigos no SIA-SUS: • 04.06.02.001-7 – Prótese total (superior ou inferior) • 04.06.02.002-5 – Prótese parcial removível (superior ou inferior)			
Denominador	Número total de próteses dentárias entregues no ano imediatamente anterior ao de referência.			
Unidade de medida	Número absoluto			
Ano base	2024			
Resultado	930			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	976	1025	1076	1130
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SIA-SUS /SISAB /Relatórios de produção de prestadores, convênios e laboratórios regionais			
Vinculação com demais Pactuações	Plano de Governo			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Total de Reabilitação Oral com Próteses Dentárias

Ação nº 1: Realizar diagnóstico da demanda reprimida por reabilitação oral, com base em filas de espera, cadastros da APS, dados do SISAB/SIA-SUS e levantamento junto às UBSs e ao CEO.

Ação nº 2: Ampliar os pontos de oferta de reabilitação com próteses dentárias no território, considerando a estrutura existente no CEO, nas unidades laboratoriais regionais ou via convênios com prestadores credenciados.

Ação nº 3: Reestruturar o fluxo de encaminhamento para confecção e entrega de próteses, integrando a Atenção Primária, o CEO e os laboratórios regionais, com definição clara de responsabilidades, critérios de acesso e registro de produção.

Ação nº 4: Fortalecer a articulação com o Componente Laboratorial da Rede de Saúde Bucal, assegurando capacidade técnica e logística para a confecção e entrega das próteses dentro dos prazos estabelecidos.

Ações relacionadas ao indicador: Total de Reabilitação Oral com Próteses Dentárias

Ação nº 5: Capacitar os profissionais envolvidos nos serviços de prótese (cirurgiões-dentistas, técnicos e laboratoristas) sobre protocolos clínicos, moldagens, provas, ajustes e registro correto no SIA-SUS.

Ação nº 6: Implantar ações de busca ativa de usuários edêntulos ou parcialmente desdentados, com apoio dos ACSs e das equipes da APS, priorizando pessoas idosas, em vulnerabilidade social ou com agravos associados

Ação nº 7: Assegurar a inserção do tema “Próteses Dentárias” nos contratos de metas e relatórios gerenciais das unidades envolvidas, promovendo a corresponsabilidade pela ampliação da oferta e qualificação da produção.

Ação nº 8: Firmar ou ampliar convênios com prestadores de próteses dentárias, quando necessário, assegurando qualidade técnica, controle dos custos e registro adequado das entregas no sistema de informação. (PCM 2- eixo 1)

Ação nº 9: Monitorar mensalmente a produção de próteses dentárias entregues, comparando com os dados do ano anterior e aplicando medidas corretivas em caso de redução ou estagnação da produção.

Ação nº 10: Avaliar a satisfação dos usuários reabilitados com prótese dentária, como forma de acompanhar o impacto da ação na qualidade de vida e no cuidado integral, alimentando a melhoria contínua do serviço.

Indicador 19. Proporção de Hospitais conveniados ao SUS com serviço implantado para atendimento odontológico em Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) com 18 anos ou mais, sob anestesia geral.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 3: Implantar novos serviços			
Meta	Implantar o Atendimento Odontológico sob Anestesia Geral para PNE com 18 anos ou mais em um Hospital Conveniado.			
Indicador	Proporção de Hospitais conveniados ao SUS com serviço implantado para atendimento odontológico sob anestesia geral em PNE com 18 anos ou mais			
Fórmula	$(\text{Número de hospitais conveniados com serviço implantado para PNE com 18 anos ou mais} \div \text{Número de hospitais conveniados previstos para implantação}) \times 100$			
Numerador	Número de hospitais conveniados ao SUS com serviço efetivamente implantado para atendimento odontológico sob anestesia geral em PNE com 18 anos ou mais, no ano de referência.			
Denominador	Número de hospitais conveniados previstos no plano municipal para implantação da ampliação do serviço para pacientes com 18 anos ou mais.			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	N/A	N/A	N/A
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	CNES; Contratos ou convênios com hospitais; Relatórios de implantação da oferta e início da produção ambulatorial			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de Hospitais conveniados ao SUS com serviço implantado para atendimento odontológico de PNE com 18 anos ou mais, sob anestesia geral

Ação nº 1: Realizar mapeamento da demanda municipal e regional por atendimento odontológico sob anestesia geral em PNE adultos, com apoio das equipes da APS, CEO e dados dos prontuários, para justificar a implantação do serviço.

Ação nº 2: Elaborar projeto técnico para implantação do serviço em hospital conveniado, com definição de público-alvo, critérios clínicos de indicação, perfil da equipe, estrutura física necessária e protocolos de segurança. (PCM 17 – eixo 2; 5 – eixo 1)

Ação nº 3: Identificar e pactuar com hospital conveniado ao SUS com capacidade técnico-operacional, incluindo centro cirúrgico, equipe anestésica e disponibilidade para agenda regular de procedimentos odontológicos sob anestesia geral.

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de Hospitais conveniados ao SUS com serviço implantado para atendimento odontológico de PNE com 18 anos ou mais, sob anestesia geral

Ação nº 4: Formalizar convênio ou contrato entre o município e o hospital selecionado, com definição de metas de atendimento, custeio, responsabilidade técnica e indicadores de produção.

Ação nº 5: Mobilizar recursos financeiros e logísticos necessários para implantação do serviço, podendo incluir aquisição de materiais específicos, instrumental cirúrgico odontológico e medicamentos

Ação nº 6: Capacitar os profissionais envolvidos (cirurgiões-dentistas, anestesistas, enfermagem e apoio) em atendimento odontológico hospitalar, manejo de pacientes com necessidades especiais e rotinas de centro cirúrgico.

Ação nº 7: Integrar o fluxo de acesso ao serviço com a Atenção Primária e o CEO, garantindo triagem, indicação formal, preparo pré-operatório e seguimento pós-procedimento pelos serviços de origem do paciente.

Ação nº 8: Registrar a oferta no CNES e nos sistemas de produção ambulatorial, conforme normas vigentes do SIA-SUS e da coordenação estadual, para Assegurar rastreabilidade e financiamento.

Ação nº 9: Iniciar a execução dos atendimentos conforme cronograma estabelecido, priorizando pacientes com deficiência, fobias severas, transtornos mentais, comorbidades ou outras condições que inviabilizem o tratamento convencional

Ação nº 10: Monitorar a implantação e a produção do serviço com relatórios trimestrais, avaliando número de atendimentos, perfil dos usuários, resolutividade clínica e impacto sobre a fila de espera municipal.

Indicador 20. Total de ações de Escovações Supervisionadas na APS

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Ampliar as ações de Escovações Supervisionadas na APS			
Indicador	Total de ações de Escovações Supervisionadas na APS			
Fórmula	Número de escovações supervisionadas realizadas no período avaliado			
Numerador	Número total de escovações supervisionadas realizadas no período avaliado (por exemplo, quadrimestre ou semestre), registradas por profissionais da rede pública de saúde nas fichas de atividade coletiva do SISAB, em qualquer ponto da APS (UBS, escolas, instituições etc.).			
Denominador	Número total de escovações supervisionadas realizadas no mesmo período do ano anterior, registradas nas mesmas condições.			
Unidade de medida	Número absoluto			
Ano base	2024			
Resultado	691			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	760	836	916	1011
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAB (Ficha de Atividade Coletiva – escovação supervisionada)			
Vinculação com demais Pactuações	Componente Qualidade APS			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Total de ações de Escovações Supervisionadas na APS

Ação nº 1: Mapear as unidades escolares, creches, instituições de longa permanência e outros pontos potenciais de execução de escovações supervisionadas, em parceria com a Secretaria da Educação, Assistência Social e organizações comunitárias.

Ação nº 2: Ampliar o número de equipes de Saúde Bucal realizando atividades coletivas de escovação supervisionada, integrando a ação ao cronograma das equipes da APS e articulando com os ACS e NASF, quando existentes.

Ação nº 3: Reestruturar os fluxos de trabalho e agendas dos profissionais de saúde bucal, prevendo carga horária semanal dedicada às ações educativas e preventivas coletivas em campo.

Ação nº 4: Fornecer kits de higiene bucal (escova, creme dental e copo) de forma regular, com planejamento prévio e monitoramento do uso, por meio de recursos próprios ou parcerias institucionais e privadas.

Ações relacionadas ao indicador: Total de ações de Escovações Supervisionadas na APS

Ação nº 5: Capacitar os profissionais da APS sobre a correta execução e registro das escovações supervisionadas na Ficha de Atividade Coletiva do SISAB, assegurando padronização metodológica e valorização da produção.

Ação nº 6: Implementar ações educativas com foco na motivação e autonomia das crianças e cuidadores, utilizando materiais lúdicos, *folders* e oficinas integradas com temas transversais de saúde e cidadania.

Ação nº 7: Formalizar parcerias intersetoriais com escolas municipais e estaduais, por meio de termo de cooperação para realização sistemática das escovações supervisionadas no ambiente escolar

Ação nº 8: Integrar a estratégia ao Programa Saúde na Escola (PSE), incluindo as escovações supervisionadas no plano local do programa e assegurando continuidade das ações ao longo do ano letivo. (PCM 1 – eixo 1)

Ação nº 9: Monitorar trimestralmente a produção de escovações supervisionadas por equipe e território, comparando com o ano anterior e promovendo ações corretivas em locais com desempenho abaixo da meta.

Ação nº 10: Incluir o indicador de escovações supervisionadas nos relatórios de gestão da saúde bucal, fortalecendo o compromisso institucional com a promoção da saúde e prevenção de agravos bucais na infância.

Indicador 21. Número de UPAS com novos Prontos Atendimentos Odontológicos 24 horas implantados.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 3: Implantar novos serviços			
Meta	Implantar Pronto Atendimento Odontológico 24 h em mais 01 UPA			
Indicador	Nº de UPAs com novos Pronto Atendimento Odontológicos implantados			
Fórmula	Número de UPAs com serviço de PA Odontológico 24 h implantado no período			
Numerador	Número de UPAs com atendimento odontológico de urgência 24 horas implantadas no município no período avaliado, com estrutura física, equipe e produção registrada conforme diretrizes do Ministério da Saúde.			
Denominador	-----			
Unidade de medida	Número inteiro			
Ano base	2024			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	1	0	0	0
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	CNES			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Nº de UPAs com novos Pronto Atendimentos Odontológicos 24 horas implantados

Ação nº 1: Realizar estudo de viabilidade técnica e territorial para implantação do novo Pronto Atendimento Odontológico 24 h, considerando indicadores de demanda, cobertura populacional, acessibilidade e capacidade instalada das UPAs existentes

Ação nº 2: Selecionar a UPA que será contemplada com o novo serviço odontológico de urgência 24 h, conforme critérios de necessidade populacional, estrutura física disponível e localização estratégica

Ação nº 3: Elaborar projeto técnico-operacional da implantação, contendo a descrição da estrutura física necessária, dimensionamento da equipe mínima, turnos de funcionamento, fluxos assistenciais e integração com a Regulação Municipal

Ação nº 4: Adequar a infraestrutura física da UPA selecionada, providenciando sala odontológica com equipamentos (cadeira, equipo, compressores, raio-X, mobiliário), conforme as normas da RDC/ANVISA e da Portaria GM/MS nº 204/2022

Ação nº 5: Firmar a inserção do serviço no CNES da UPA, registrando corretamente os profissionais, turnos e equipamentos, conforme exigência para validação da oferta no âmbito do SUS.

Ação nº 6: Integrar o novo serviço à Central de Regulação e à rede de urgência e emergência, com

Ações relacionadas ao indicador: N° de UPAs com novos Pronto Atendimentos Odontológicos 24 horas implantados

definição de protocolos clínicos, critérios de atendimento, fluxo de encaminhamento e contrarreferência à APS ou CEO

Ação nº 7: Monitorar os impactos da implantação do novo PA Odontológico 24 h, avaliando a redução da sobrecarga de outras portas de entrada, a resolutividade local e a satisfação do usuário.

Indicador 22. Proporção de gestantes com atendimento odontológico registrado dentre as gestantes com pré natal realizado no SUS.

Diretriz	nº 2: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Assegurar a cobertura de atendimento odontológico para gestantes com pré-natal em acompanhamento pela rede pública			
Indicador	Proporção de gestantes com atendimento odontológico registrado dentre as gestantes com pré natal realizado no SUS			
Fórmula	Número de gestantes com, pelo menos, uma consulta odontológica registrada no e-SUS APS no período avaliado/Número total de gestantes realizando pré-natal no SUS no período avaliado x100			
Numerador	Número de gestantes com, pelo menos, uma consulta odontológica registrada no e-SUS APS no período avaliado.			
Denominador	Número total de gestantes realizando pré-natal no SUS no período avaliado			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	60%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	60%	60%	60%	60%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAB			
Vinculação com demais Pactuações	Componente Qualidade			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de gestantes com atendimento odontológico registrado dentre as gestantes com pré natal realizado no SUS.

Ação nº 1: Realizar diagnóstico situacional da linha de cuidado materno-infantil, com levantamento do número de gestantes cadastradas na APS, fluxo atual de atendimento e cobertura de saúde bucal no pré-natal nos últimos 12 meses.

Ação nº 2: Estabelecer protocolo municipal para o atendimento odontológico da gestante, com definição de prazos, responsabilidades, critérios de priorização e fluxo de agendamento entre as equipes de APS e Saúde Bucal.

Ação nº 3: Integrar o atendimento odontológico ao pré-natal das gestantes desde o acolhimento na UBS, com agendamento automático da consulta odontológica após a primeira consulta médica ou de enfermagem do pré-natal.

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de gestantes com atendimento odontológico registrado dentre as gestantes com pré natal realizado no SUS.

Ação nº 4: Capacitar os profissionais das Equipes de Saúde Bucal e da APS, com foco nos seguintes temas: importância do cuidado bucal durante a gestação, risco de parto prematuro associado à doença periodontal, abordagem humanizada da gestante e registro correto nos sistemas (SISAB e e-SUS)

Ação nº 5: Fortalecer a intersetorialidade com a APS) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para identificação precoce de gestantes, acompanhamento ativo e orientação sobre a importância da consulta odontológica.

Ação nº 6: Monitorar mensalmente a evolução da cobertura odontológica no pré-natal, por equipe e território, com identificação de barreiras, apoio técnico às UBSs com baixa cobertura e ajustes no fluxo.

Ação nº 7: Avaliar os desfechos clínicos e a experiência das gestantes atendidas, por meio de escutas qualificadas, entrevistas e relatórios locais, garantindo melhoria contínua na qualidade do cuidado

Indicador 23. Proporção de casos de gestantes com sífilis adequadamente tratados.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Assegurar o tratamento adequado de sífilis em gestantes			
Indicador	Proporção de casos de gestantes com sífilis adequadamente tratados			
Fórmula	Número de casos de gestantes com sífilis com tratamento adequado/ Número total de casos de gestante com sífilis x 100			
Numerador	Número de casos de gestantes com sífilis com tratamento adequado			
Denominador	Número total de gestantes com sífilis			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	90%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	91%	92%	93%	94%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SINAN; Planilha de Controle interno			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	CMAE + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de casos de sífilis em gestantes adequadamente tratados
Ação nº 1: Consolidar as atividades do Comitê de Transmissão Vertical (vinculado ao CMVMMIF) por meio da investigação e proposição de melhorias nos processos de trabalhos das unidades de saúde.
Ação nº 2: Padronizar e manter atualizados os protocolos e fluxos institucionais de manejo clínico e vigilância epidemiológica (informações oficiais de saúde coletiva) da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.
Ação nº 3: Ampliar as ações de educação em saúde e campanhas com enfoque na promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção das ISTs e gestação não planejada (PCM 60,64 – eixo 1)
Ação nº 4: Monitorar o seguimento dos casos confirmados durante o pré-natal, puerpério e puericultura com o devido registro em planilha específica, realizando busca ativa dos faltosos e encaminhando ao Conselho Tutelar, quando necessário.
Ação nº 5: Assegurar a ampla distribuição de preservativos, penicilina benzatina e testes rápidos nos serviços de saúde
Ação nº 6: Ampliar a testagem rápida de sífilis na população geral.

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de casos de sífilis em gestantes adequadamente tratados

Ação nº 7: Elaborar e implantar protocolos para o pré-natal do homem, climatério e adolescentes.(PCM 49 – eixo 1)

Ação nº 8: Prover recursos para que em todas as aberturas de pré-natal sejam realizados testes rápidos.

Ação nº 9: Manter as capacitações técnicas de testagem rápida, aconselhamento (sigilo/direitos humanos/discriminação), manejo clínico e vigilância epidemiológica junto à Rede de Atenção à Saúde

Ação nº 10: Prosseguir com a descentralização do atendimento médico obstétrico das gestantes com sífilis.

Indicador 24. Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).

Diretriz	nº 3: Fortalecer a Vigilância em Saúde			
Objetivo	nº 1: Fortalecer a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica			
Meta	Assegurar a coleta para a análise da água para consumo humano			
Indicador	Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro)			
Fórmula	Número de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano /Número de amostras previstas x100			
Numerador	Número de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano			
Denominador	Número de amostras previstas			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	100%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	100%	100%	100%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAGUA			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM; PQAVS			
Áreas Responsáveis	Vigilância Sanitária			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano

Ação nº 1:Capacitar profissionais da vigilância em saúde.

Ação nº 2:Assegurar disponibilidade de insumos e equipamentos adequados

Ação nº 3:Alimentar regularmente os dados no SISAGUA, conforme exigido pelo Ministério da Saúde

Indicador 25. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose – com cobertura vacinal preconizada.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1: Fortalecer a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica			
Meta	Assegurar a adequada cobertura vacinal			
Indicador	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose – com cobertura vacinal preconizada			
Fórmula	Nº de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade (Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose) com cobertura vacinal preconizada / 4			
Numerador	Nº de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade (Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose) com cobertura vacinal preconizada			
Denominador	4			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	75%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	100%	100%	100%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SIPNI			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	Central de Rede de Frio – Vigilância Epidemiológica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade

Ação nº 1: Realizar sistematicamente a busca ativa de crianças faltosas.

Ação nº 2: Desenvolver ações educativas quanto à importância da vacinação.

Ação nº 3: Intensificar ações educativas do PSE nas escolas municipais e estaduais para crianças e adolescentes menores de 5 anos. (PCM 31 – eixo 1)

Ação nº 4: Intensificar e responsabilizar as UBS para desenvolver ações nos territórios para melhorar a cobertura vacinal de acordo com o microplanejamento.

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade

Ação nº 5: Realizar reuniões com os enfermeiros responsáveis pela imunização para auxiliar em estratégias de vacinação no território.

Ação nº 6: Monitorar a cobertura vacinal proporcional por quadrimestre por UBS.

Ação nº 7: Realizar campanhas de vacinação em horários flexíveis e locais de grande circulação de pessoas.

Ação nº 8: Estudo técnico para implantar gerador de energia nas UBS. (PCM 87 – eixo 2)

Ação nº 9: Pactuar junto a SEDU o requisito de apresentar carteira de vacinação atualizada nas matrículas escolares. (PCM 21 – eixo 1)

Indicador 26. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados até 60 dias da notificação.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1: Fortalecer a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica			
Meta	Encerrar a investigação dos casos de DCNI oportunamente			
Indicador	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados até 60 dias da notificação			
Fórmula	$\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação/}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação}} \times 100$			
Numerador	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação(Excluindo Paralisia Flácida Aguda-PFA)			
Denominador	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação(Excluindo Paralisia Flácida Aguda-PFA)			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	100%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	100%	100%	100%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SINAN			
Vinculação com demais Pactuações	PQAVS			
Áreas Responsáveis	Central de Rede de Frio – Vigilância Epidemiológica			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados até 60 dias da notificação

Ação nº 1: Realizar capacitações periódicas sobre os papéis e atribuições da Vigilância e da Atenção à Saúde

Ação nº 2: Levantamento de dados de não conformidades por Unidade de Saúde

Ação nº 3: Diante desse dados, estabelecer plano de capacitação personalizado para cada Unidade, utilizando metodologias mais práticas (estudo de caso, oficinas, etc), em grupos menores e no próprio local de trabalho

Ação nº 4: Aproximação com a SEDU para melhorar o enfrentamento de surtos nas escolas.

Ação nº 5: Estabelecer mecanismos de análise de situação de saúde, com base em dados da VE, para revisar tendências, áreas de risco e avaliar impacto das ações

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados até 60 dias da notificação

Ação nº 6: Pleitear, junto a gestão, adequação da equipe em número e capacitação. Adquirir veículos adequados para o uso particular da VE.

Ação nº 7: Revisar as rotinas e contratos para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do LABMUN e tomar medidas a fim de Assegurar o bom funcionamento dos mesmos

Ação nº 8: Sensibilizar os vários setores envolvidos nos processos de contratação de serviços, equipamentos e insumos, a fim de priorizar o LABMUN evitando a desassistência. Fortalecer as ações que envolvem a reserva técnica, fornecimento de insumos e equipamentos dos outros membros federados, controle de estoque, etc. Assegurar o cumprimento dos prazos estabelecidos nos contratos.

Ação nº 9: Apresentar para a gestão municipal os projetos já elaborados para implementação de novos exames no LABMUN. Justificar as vantagens e desafios envolvidos

Ação nº 10: Articular a descentralização de exames de importância epidemiológica do Estado para o Município, com repasse de kits

Ação nº 11: Avaliar frequência e tipo de erros mais comuns nas amostras laboratoriais recebidas.

Ação nº 12: Desenvolver material técnico atualizado com orientações padronizadas de coleta e capacitar os profissionais

Ação nº 13: Instituir a sala de situação de Emergências climáticas e atualizar o Plano Municipal

Indicador 27. Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal que possuem licenciamento sanitário válido e vigente no período de referência, em relação ao total de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, sujeitos ao licenciamento sanitário no município.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1: Fortalecer a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica			
Meta	Ampliar o número de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal com licenciamento válido e vigente			
Indicador	Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal que possuem licenciamento sanitário válido e vigente no período de referência, em relação ao total de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, sujeitos ao licenciamento sanitário no município			
Fórmula	Número de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal que possuem licenciamento sanitário válido e vigente / Número de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, sujeitos ao licenciamento sanitário x100			
Numerador	Número de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal que possuem licenciamento sanitário válido e vigente			
Denominador	Número de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, sujeitos ao licenciamento sanitário			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	68%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	70%	72%	74%	76%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SIVISA; SEI			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	Vigilância Sanitária			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal que possuem licenciamento sanitário válido e vigente

Ação nº 1: Realizar um levantamento detalhado das condições atuais da infraestrutura e acessibilidade, identificando necessidades de equipamentos, veículos e das instalações. E investir na contratação da equipe técnica e de fiscais. Buscar apoio de outros setores municipais (obras, transporte, tecnologia) para otimizar recursos e acelerar melhorias estruturais

Ação nº 2: Realizar levantamento detalhado dos estabelecimentos e priorizar ações naqueles com maior risco à saúde pública

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal que possuem licenciamento sanitário válido e vigente

Ação nº 3: Promover treinamentos periódicos para atualizar a equipe sobre normas, técnicas e uso de Tecnologias e capacitar os novos fiscais e técnicos

Ação nº 4: Implementar sistemas informatizados para planejamento, registro e análise das fiscalizações

Ação nº 5: Promover campanhas educativas para estabelecimentos e população, incentivando o cumprimento das normas

Ação nº 6: Ampliar as inspeções de rotina e visitas de acompanhamento, além de ações reativas

Ação nº 7: Criar instrumentos de reconhecimento e valorização dos estabelecimentos e comunidades que adotam boas práticas de saúde, estimulando a disseminação dessas ações (p. ex. “selo da visa”)

Ação nº 8: Promover articulação com outros setores, como Atenção Primária à Saúde, para Assegurar que as novas regulamentações sejam implementadas de forma integrada e efetiva

Ação nº 9: Assegurar que as atualizações sejam publicadas em canais oficiais do município.

Indicador 28. Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1: Promover a Vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica			
Meta	Manter o número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.			
Indicador	Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.			
Fórmula	1º passo – Cobertura por ciclo Numerador: nº de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle das Arboviroses / Nº de imóveis existentes da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado X100 2º passo – Soma do número de ciclos com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.			
Numerador	Soma do número de ciclos com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.			
Denominador	-----			
Unidade de medida	Número			
Ano base	2024			
Resultado	2			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	2	2	2	2
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAWEB			
Vinculação com demais Pactuações	PQAVS			
Áreas Responsáveis	Zoonoses			

Ações relacionadas ao indicador: Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Ação nº 1: Ampliação e intensificação de ações midiáticas e de mobilização social

Ação nº 2: Capacitação para colaboradores da Vigilância em Zoonoses. Elaboração e aplicação de cursos e oficinas para desenvolvimento dos profissionais como parte integrante do sistema de saúde e da RAS.

Ação nº 3: Atuar de maneira mais integrada com a APS para o controle das zoonoses.

Ação nº 4: Retomar o planejamento em conjunto com outros setores da PMS para adequação de espaço físico, quantitativo de materiais, veículos, equipamentos e de RH

Indicador 29. Número de levantamentos rápidos de densidade larvária, realizados no ano.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1: Fortalecer a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica			
Meta	Assegurar o monitoramento de densidade larvária			
Indicador	Número de levantamentos rápidos de densidade larvária, realizados no ano			
Fórmula	Número de levantamentos rápidos de densidade larvária, realizados no ano			
Numerador	Número de levantamentos rápidos de densidade larvária, realizados no ano			
Denominador	-----			
Unidade de medida	Número absoluto			
Ano base	2024			
Resultado	4			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	4	4	4	4
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SISAWEB			
Vinculação com demais Pactuações	Programa Nacional de Controle do <i>Aedes aegypti</i> (PNCD)			
Áreas Responsáveis	Zoonoses			

Ações relacionadas ao indicador: Número de levantamentos rápidos de densidade larvária realizados no ano
Ação nº 1: Elaborar calendário anual de LIRA ou LI, com datas previstas nos períodos de alta e baixa infestação.
Ação nº 2: Realizar capacitações periódicas com Agentes de Combate a Endemias (ACE) sobre a metodologia do LIRA/LI.
Ação nº 3: Assegurar equipamentos e EPIs adequados (pranchetas, <i>tablets</i> , uniformes, larvicidas).
Ação nº 4: Melhorar sistemas de georreferenciamento para apoio ao mapeamento de áreas críticas.
Ação nº 5: Promover ações educativas em escolas e unidades de saúde nos bairros com maior infestação.
Ação nº 6: Criar relatórios mensais ou bimestrais com análise dos resultados, evolução histórica e comparação com anos anteriores.

Indicador 30. Proporção de acidentes de trabalho fatais investigados.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 2: Monitorar agravos e fatores de risco			
Meta	Investigar os casos de acidente de trabalho fatais			
Indicador	Proporção de acidentes de trabalho fatais investigados			
Fórmula	Número de casos de acidente de trabalho fatais investigados / Número de acidentes de trabalho fatais x100			
Numerador	Número de casos de acidente de trabalho fatais investigados			
Denominador	Número de acidentes de trabalho fatais			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	100%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	100%	100%	100%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SINAN			
Vinculação com demais Pactuações	VISAT			
Áreas Responsáveis	CEREST			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de acidentes de trabalho fatais investigados
Ação nº 1: Inspeções sanitárias no meio ambiente em conjunto com as VISAs
Ação nº 2: Solicitar reposição do RH do CEREST quando necessário, parcerias com MPT para aquisição de equipamentos e veículos (PCM 47 – eixo 1)
Ação nº 3: Matriciamento, educação permanente e capacitações em saúde do trabalhador
Ação nº 4: Reuniões com gestores para fortalecer (VE E VISA e Estado) as notificações do SINAN e SIM (Acidentes de trabalho fatais)
Ação nº 5: Aprimorar e atualizar o banco de dados do CEREST através da Saúde digital da SES e implantar PEC
Ação nº 6: Atuar em parceria com APS para analisar o perfil de doenças que mais acometem os trabalhadores e propor ações para promoção e prevenção
Ação nº 7: Melhorar a integração com a RAS para Assegurar a continuidade do cuidado do trabalhador.
Ação nº 8: Articulações e alinhamento de fluxo com sindicatos, ambulatorios médicos (prefeitura e empresas) hospitais, unidades fixas de UE e o SAMU

Indicador 31. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das *coortes*.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 2: Monitorar agravos e fatores de risco			
Meta	Ampliar o monitoramento de contatantes de casos novos de hanseníase			
Indicador	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das <i>coortes</i>			
Fórmula	Número de contatos de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da <i>coorte</i> que foram examinados/Número total de contatos registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da <i>coorte</i> . x100			
Numerador	Número de contatos de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da <i>coorte</i> que foram examinados			
Denominador	Número total de contatos registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da <i>coorte</i>			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	97%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	97%	97%	98%	98%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Programa municipal de Hanseníase			
Vinculação com demais Pactuações	PQAVS			
Áreas Responsáveis	Programa Municipal de Hanseníase			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
Ação nº 1: Realizar campanha ao ano de prevenção e controle da Hanseníase para a população
Ação nº 2: Atualizar/capacitar os profissionais da rede de saúde sobre diagnóstico precoce, tratamento, prevenção e controle da hanseníase
Ação nº 3: Busca ativa de faltosos, evitando abandono
Ação nº 4: Atualizar dimensionamento de profissionais do Programa
Ação nº 5: Rever horário de oferta dos serviços (Programa de Hanseníase) e a articulação com outros setores e serviços.
Ação nº 6: Priorizar exame dos contatos com sintomas e/ou sinais dermatoneurológicos.

Indicador 32. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 2: Monitorar agravos e fatores de risco			
Meta	Ampliar o monitoramento de contatantes de casos novos de tuberculose			
Indicador	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose (TB) pulmonar com confirmação laboratorial.			
Fórmula	Número de contatos examinados de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial (baciloscopia, cultura ou teste rápido molecular), notificados no ano de referência/Número total de contatos registrados de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial, no mesmo ano x 100			
Numerador	Número de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial (baciloscopia, cultura ou teste rápido molecular)			
Denominador	Número total de contatos registrados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2023			
Resultado	23%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	70%	70%	70%	70%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Programa Municipal de Tuberculose; TBWEB			
Vinculação com demais Pactuações	PQAVS			
Áreas Responsáveis	Programa Municipal de Tuberculose			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
Ação nº 1: Monitorar a adesão ao TDO nas UBS , propor ações, realizar busca ativa dos casos controle
Ação nº 2: Organizar e participar das discussões de óbito por TB (bimestralmente)
Ação nº 3: Assegurar leitos de isolamento para pacientes com tuberculose
Ação nº 4: Fortalecer a ação “Consultório na Rua”
Ação nº 5: Fortalecer o LABMUN
Ação nº 6: Rever horário de oferta dos serviços e a articulação com outros setores e serviços.
Ação nº 7: Atualizar dimensionamento de profissionais do Programa de TB

Indicador 33. Número de testes de sífilis por gestante.

Diretriz	nº 3– Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1– Monitorar agravos e fatores de risco			
Meta	Assegurar no mínimo de 02 testes de sífilis por gestante			
Indicador	Número de testes de sífilis por gestante			
Fórmula	Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis em gestantes, por ano e município de residência da gestante/ Número de nascidos vivos SUS, por ano e município de residência da gestante			
Numerador	Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis em gestantes, por ano e município de residência da gestante			
Denominador	Número de nascidos vivos SUS			
Unidade de medida	Número inteiro			
Ano base	2024			
Resultado	2,24			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	2	2	2	2
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SIS; SINASC; RN DE RISCO; Planilhas de controle interno CMAE; SISLOGLAB			
Vinculação com demais Pactuações	PQAVS; IEGM			
Áreas Responsáveis	CMAE + Atenção Básica			

Ações relacionadas ao indicador: Número de testes de sífilis por gestante
Ação nº 1: Manter a capacitação e requalificação de executores de testes rápidos, incluindo o programa de AEQ: Unidades Básicas, Maternidades, UPAs, PAs e CAPSs
Ação nº 2: Prosseguir com a descentralização do atendimento as gestantes com sífilis
Ação nº 3: Solicitar ampliação do quadro de enfermeiros e técnicos de enfermagem para o CMAE
Ação nº 4: Analisar e divulgar o cenário epidemiológico das ISTs do município
Ação nº 5: Intensificar a sensibilização das equipes da APS/CMAE quanto à coleta oportuna e imediata de exames de sífilis em gestantes.
Ação nº 6: Implementar e fortalecer consulta para enfermeiros e generalistas no cronograma de pré-natal
Ação nº 7: Prover recursos materiais para que os testes rápidos e as coletas de sorologias sejam realizadas de imediato nas unidades de saúde que atendem gestantes.
Ação nº 8: Prover recursos logísticos para que as amostras de sorologias colhidas durante o expediente das unidades de saúde sejam encaminhados ao laboratório municipal em tempo hábil.

Indicador 34. Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1: Monitorar agravos e fatores de risco			
Meta	Reduzir o número de casos de sífilis congênita			
Indicador	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes			
Fórmula	Número de casos notificados de sífilis congênita em residentes no território, no ano de referência/Número de casos notificados de sífilis em gestantes residentes no mesmo território e ano x100			
Numerador	Número de casos notificados de sífilis congênita em residentes no território, no ano de referência			
Denominador	Número de casos notificados de sífilis em gestantes residentes no mesmo território e ano			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	20/304 x 100= 6,57			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	6,5	6,0	5,5	5,0
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SINAN			
Vinculação com demais Pactuações	PQAVS			
Áreas Responsáveis	Vigilância Epidemiológica + CMAE			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes

Ação nº 1: Realizar e ampliar ações extramuros de educação em saúde e testagem e ampliar a divulgação estratégica.

Ação nº 2: Assegurar e ampliar a disponibilização de insumos e materiais educativos: camisinhas, cartazes, *folders*, mídia social, *busdoor* e outros meios.

Ação nº 3: Ampliar a testagem de HIV e Sífilis nas ações programáticas que envolvem a população masculina nas UBS

Ação nº 4: Encaminhar os casos de não adesão da mãe ao tratamento para o Conselho Tutelar.

Ação nº 5: Matriciar a Rede de Atenção à Saúde (APS, AE, maternidades) periodicamente

Ação nº 6: Manter notificação sistemática de exames positivos de sífilis em gestantes e crianças, do Labac diretamente para as UBS/CMAE.

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes

Ação nº 7: Realizar educação em saúde sobre prevenção de IST nas escolas e espaços comunitários (PCM 34 – eixo 1)

Ação nº 8: Manter a alta hospitalar qualificada do recém-nascido, da maternidade para o CMAE.

Ação nº 9: Manter o sistema compartilhado de vigilância e monitoramento de casos de sífilis em gestantes e crianças (APS; CMAE; VE).

Ação nº 10: Elaborar e implantar protocolo para o pré-natal do homem, de modo a propiciar a oportuna investigação diagnóstica e seguimento clínico laboratorial das parcerias das gestantes.

Indicador 35. Número de óbitos precoces pela AIDS.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 1: Monitorar agravos e fatores de risco			
Meta	Redução de um óbito precoce em relação ao valor do ano-base ou manutenção de ausência de óbitos precoces.			
Indicador	Número de óbitos precoces pela AIDS			
Fórmula	Número de óbitos precoces (5 – 69 anos) por AIDS na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado			
Numerador	Número de óbitos precoces (5 – 69 anos) por AIDS na população			
Denominador	N/A			
Unidade de medida	Número inteiro			
Ano base	2023			
Resultado	13			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	12	11	10	9
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SIM			
Vinculação com demais Pactuações	PQAVS			
Áreas Responsáveis	Vigilância Epidemiológica			

Ações relacionadas ao indicador: Número de óbitos precoces pela AIDS
Ação nº 1: Implantação do exame de carga viral no laboratório municipal
Ação nº 2: Ampliar a oferta de PEP e PREP p/ demais PA e ampliar a divulgação desse serviço
Ação nº 3: Criar fluxo com a rede para monitoramento de pacientes com Aids avançada
Ação nº 4: Ampliar Campanhas de divulgação em diferentes mídias
Ação nº 5: Articular com a Secretaria Municipal e Estadual de Educação para organizar diálogos, formar pares de jovens multiplicadores e qualificar os docentes sobre saúde sexual a fim de fortalecer a conscientização sexual (PCM 25 – eixo 3)
Ação nº 6: Criação do comitê de discussão de óbitos com causa base HIV
Ação nº 7: Tratar adequadamente as pessoas por meio de atenção multidisciplinar e em tempo oportuno através de acolhimento e consultas técnicas, grupos terapêuticos
Ação nº 8: Fortalecer o apoio social aos pacientes (p. ex. Cesta básica)
Ação nº 9: Ampliar e fortalecer o monitoramento e busca ativo dos casos de: Abandono, “GAP”, faltosos, carga viral detectável

Ações relacionadas ao indicador: Número de óbitos precoces pela AIDS

Ação nº 10: Buscar em fontes de informação diversas, como os dados de resultados de exames da AFIP para levantamento de possíveis casos de IST ainda não identificados

Ação nº 11: Analisar e divulgar o cenário epidemiológico das ISTs do município

Indicador 36. Número de transmissão vertical do HIV.

Diretriz	nº 3: Promover a saúde e a vigilância em saúde			
Objetivo	nº 2: Monitorar agravos e fatores de risco			
Meta	Manter em zero a transmissão vertical do HIV			
Indicador	Número de transmissão vertical do HIV			
Fórmula	Número de transmissão vertical do HIV			
Numerador	Número de transmissão vertical do HIV			
Denominador	N/A			
Unidade de medida	Número inteiro			
Ano base	2024			
Resultado	0			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	0	0	0	0
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	Banco de dados do CMAE; SINAN			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	CMAE + Vigilância Epidemiológica			

Ações relacionadas ao indicador: Número de transmissão vertical do HIV
Ação nº 1: Ampliar e fortalecer o monitoramento e busca ativo dos casos de: Abandono, “GAP”, faltosos, carga viral detectável
Ação nº 2: Solicitar ampliação do quadro de enfermeiros e técnicos de enfermagem para o CMAE
Ação nº 3: Realizar monitoramento e acompanhamento contínuo das gestantes, puérperas e crianças expostas ou infectadas pelo HIV, Sífilis e Hepatites B/C.
Ação nº 4: Manter as capacitações técnicas de testagem rápida, aconselhamento (sigilo/direitos humanos/discriminação), manejo clínico e vigilância epidemiológica junto à Rede de Atenção à Saúde.
Ação nº 5: Implantar a realização do exame de carga viral no laboratório municipal
Ação nº 6: Criar fluxo com a rede para monitoramento de pacientes com Aids avançada
Ação nº 7: Ampliar a testagem de HIV e Sífilis nas ações programáticas que envolvem a população masculina
Ação nº 8: Encaminhar os casos de não adesão da mãe/pai ao tratamento para o Conselho Tutelar.
Ação nº 9: Tratar adequadamente as pessoas por meio de atenção multidisciplinar e em tempo oportuno através de acolhimento e consultas técnicas, grupos terapêuticos

Ações relacionadas ao indicador: Número de transmissão vertical do HIV

Ação nº 10: Estimular a realização de testes rápidos na abertura do pré-natal e atendimento para teste de gravidez

Ação nº 11: Manter ginecologista e pediatra no CMAE para atender gestantes com HIV e crianças expostas ou com diagnóstico de HIV.

Ação nº 12: Manter notificação sistemática de exames positivos de HIV de gestantes e crianças, da Afip para o CMAE/UBS.

Ação nº 13: Fornecer fórmula láctea de partida e seguimento a todas as crianças expostas ao HIV.

Ação nº 14: Manter a alta hospitalar qualificada do recém-nascido, da maternidade para o CMAE.

Indicador 37. Número de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos SUS sob gestão municipal.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 2: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade na Média e Alta Complexidade			
Meta	Ampliar a oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos sob gestão municipal			
Indicador	Número de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos SUS sob gestão municipal.			
Fórmula	Número de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos SUS sob gestão municipal.			
Numerador	Número de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos SUS sob gestão municipal.			
Denominador	N/A			
Unidade de medida	Número absoluto			
Ano base	2024			
Resultado	8.226.174			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	8.390.697	8.558.511	8.729.682	8.904.275
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SIA e SIH			
Vinculação com demais Pactuações	PPA			
Áreas Responsáveis	Faturamento			

Ações relacionadas ao indicador: Número de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos SUS sob gestão municipal

Ação nº 1: Ampliar a contratação dos serviços conforme apontamentos do setor competente (consultas, exames e cirurgias). (PCM 114,115,119,120,121,122,123 – eixo 2/34 – eixo 3)

Ação nº 2: Participação dos setores competentes às demandas diante do direcionamento da emenda.

Ação nº 3: Aplicação de desconto conforme o não cumprimento das metas.

Ação nº 4: Realização de concurso público, contratação de telemedicina.

Ação nº 5: Atender as solicitações de melhorias do SISWEB.

Ação nº 6: Ampliar capacitações para os profissionais da APS para melhora da resolutividade e qualificação dos encaminhamentos.

Ações relacionadas ao indicador: Número de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade em estabelecimentos SUS sob gestão municipal
Ação nº 7: Integração entre os sistemas (municipais, estadual e federal), ampliar a articulação entre SMS E SES (DRS XVI).
Ação nº 8: Melhorar a infraestrutura da policlínica: reforma, retirada de inservíveis e prontuários físicos
Ação nº 9: Conclusão da obra da nova policlínica
Ação nº 10: Solicitar concurso público ou contratualizar algumas especialidades médicas a fim de não transferir a falta de médicos para a APS.
Ação nº 11: Gerar e monitorar relatórios de produção x carga horária médica x demanda reprimida.
Ação nº 12: Atualização contínua dos protocolos de especialidades.(PCM 74 -eixo1)
Ação nº 13: Melhorar na comunicação de fluxos internos e para as Unidades.(PCM 73- eixo 1)
Ação nº 14: Implementar o uso da funcionalidade de cuidado compartilhado dentro do PEC no momento da alta para atenção primária.
Ação nº 15: Estudar implantação do modelo de OCI para algumas especialidades.
Ação nº 16: Fortalecimento do seguimento na APS por meio de capacitação, mediante contra referência do especialista. (PCM 65 – eixo 2)
Ação nº 17: Criar portal de transparência das filas. (PCM 82 – eixo 2)
Ação nº 18: Elaborar projetos para captação de emendas parlamentares (PCM 124 – eixo 2)
Ação nº 19: Encaminhar os casos de anomalias crânio-faciais aos serviços especializados de referência, conforme fluxos pactuados.(PCM 35 – eixo 1)
Ação nº 20: Ampliar a área de circulação do ônibus azul (PCM 51 – eixo 1)
Ação nº 21: Planejar e viabilizar a modernização da rede municipal com foco na aquisição de equipamentos, materiais permanentes, soluções digitais e bens móveis que qualifiquem o acesso e promovam maior resolutividade das unidades de saúde.

Indicador 38. Taxa de absenteísmo nas consultas médicas de especialidades sob gestão municipal.

Diretriz	nº 4: Assegurar a gestão eficiente dos recursos físicos financeiros			
Objetivo	nº 1: Controle e otimização dos recursos físicos e financeiros do SUS			
Meta	Reduzir a taxa de absenteísmo em consultas médicas na especialidade			
Indicador	Taxa de absenteísmo nas consultas médicas de especialidades sob gestão municipal			
Fórmula	Número de faltas em consultas médicas de especialidade em serviços sob gestão municipal/Número de agendamentos realizados em consultas médicas de especialidades em serviços sob gestão municipal x 100			
Numerador	Número de faltas em consultas médicas de especialidade em serviços sob gestão municipal			
Denominador	Número de agendamentos realizados em consultas médicas de especialidades em serviços sob gestão municipal			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	22,68%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	22%	22%	22%	22%
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SISWEB; e SIRESP			
Vinculação com demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	CREDAC e Policlínica			

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de absenteísmo nas consultas médicas de especialidades sob gestão municipal
Ação nº 1: Realizar confirmação de agendamentos realizados.
Ação nº 2: <i>Overbooking</i> das agendas.
Ação nº 3: Melhorar a articulação com a APS e qualidade de encaminhamentos.
Ação nº 4: Melhorar a atualização cadastral do usuário.
Ação nº 5: Educação em saúde sobre o impacto das faltas.

Indicador 39. Tempo médio de resposta do SAMU.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 2: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade na Média e Alta Complexidade			
Meta	Reduzir o tempo médio de resposta do SAMU			
Indicador	Tempo médio de resposta do SAMU			
Fórmula	Tempo médio de resposta do SAMU			
Numerador	Tempo médio de resposta do SAMU			
Denominador	-----			
Unidade de medida	Número			
Ano base	2024			
Resultado	57 min			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	57 min	55 min	53 min	50 min
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	e-SUS SAMU			
Vinculação c/ demais Pactuações	IEGM			
Áreas Responsáveis	SAMU			

Ações relacionadas ao indicador: Tempo médio de resposta do SAMU
Ação nº 1: Implantar sistema de informação mais eficiente e integrado.
Ação nº 2: Monitorar tempo médio de resposta por tipo de ocorrência e região da cidade.
Ação nº 3: Realizar capacitação contínua com condutores e equipes de APH sobre rotas rápidas e mobilização segura.
Ação nº 4: Realizar contrato exclusivo para manutenção frota.
Ação nº 5: Realização da ampliação da sala da regulação e melhora do projeto acústico.
Ação nº 6: Dar seguimento ao processo de Qualificação do SAMU Regional.
Ação nº 7: Promover ações entre as cidades da Regional – treinamentos / vistas as unidades.
Ação nº 8: Reorganização do fluxo de atendimento de GAMA x SAMU. (PCM 102 – eixo 2)

Indicador 40. Proporção de usuários admitidos no SAD provenientes de internações hospitalares e de serviços de urgência e emergência.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Ampliar a captação hospitalar e de urgência dos casos elegíveis para acompanhamento pelo SAD			
Indicador	Proporção de usuários admitidos no SAD provenientes de internações hospitalares e de serviços de urgência e emergência			
Fórmula	Total de usuários procedentes de internação hospitalar + total de usuários procedentes de serviços de urgência/emergência no mês / Total de usuários admitidos no mesmo período (x 100)			
Numerador	Total de usuários procedentes de internação hospitalar + total de usuários procedentes de serviços de urgência/emergência no mês			
Denominador	Total de usuários admitidos no mesmo período			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	35%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	36%	38%	40%	42%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Ficha de elegibilidade e-SUS			
Vinculação com demais Pactuações	Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024			
Áreas Responsáveis	Serviço de Atenção Domiciliar			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de usuários admitidos no SAD provenientes de internações hospitalares e de serviços de urgência e emergência

Ação nº 1: Reuniões interinstitucionais (SAD – hospitais) para alinhar as expectativas dos hospitais com a realidade atual do SAD e qualificar o processo de alta.

Ação nº 2: Redefinir os atuais critérios de inserção, permanência e de transferência de cuidados dos pacientes, bem como para reforçar a importância do cumprimento destes critérios.

Ação nº 3: Solicitar recursos necessários para o aumento de pacientes com potencial de reabilitação em unidades extra-domicílio; aumento de óbitos esperados em domicílio

Ação nº 4: Fomentar a qualificação do processo interno de identificação do paciente elegível para a alta (ex.: sensibilizar e estimular os profissionais do hospital a serem mais participativos no processo de alta)

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de usuários admitidos no SAD provenientes de internações hospitalares e de serviços de urgência e emergência

qualificada).

Ação nº 5: Informatizar de forma plena as ações realizadas pelo SAD (gerenciamento, produtividade, prontuário eletrônico, prescrição eletrônica, encaminhamentos, monitorização, consultas, atendimentos de outras unidades, transferências, altas e óbitos.

Ação nº 6: Pactuar e implantar contratualização de retaguarda hospitalar para munícipes que já se encontram em assistência/ internação domiciliar e necessitam do suporte hospitalar para uma situação cujo o diagnóstico e a terapêutica já está definida.

Ação nº 7: Aumentar os dias de captação hospitalar no principal hospital de referência do município, com objetivo de aumentar as buscas ativas dos pacientes com perfil de elegibilidade.

Indicador 41. Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em maiores de 60 anos.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Reduzir o número de internações por fratura de fêmur em idosos			
Indicador	Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em maiores de 60 anos			
Fórmula	Número total de internações hospitalares, por fratura de fêmur, na população residente com 60 anos ou mais, em determinado ano e local (Classificação Internacional de Doenças (CID-10) S72)/População > ou = 60 anos x 10.000			
Numerador	Número total de internações hospitalares, por fratura de fêmur, na população residente com 60 anos ou mais, em determinado ano e local (Classificação Internacional de Doenças (CID-10) S72).			
Denominador	População > ou = 60 anos de Sorocaba			
Unidade de medida	Por 10.000			
Ano base	2024			
Resultado	21,89			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	21,5	21	20,5	20
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS)			
Vinculação com demais Pactuações	Pactuação Interfederativa 20-23			
Áreas Responsáveis	Faturamento + Linha de Cuidado do Adulto			

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em maiores de 60 anos
Ação nº 1: Implantar protocolo municipal de prevenção de quedas em idosos nas UBS e CAPS
Ação nº 2: Realizar avaliação de risco de quedas em idosos com 60+ durante consultas de rotina.
Ação nº 3: Desenvolver grupos de fortalecimento muscular e equilíbrio
Ação nº 4: Realizar campanhas de educação em saúde para idosos e cuidadores sobre prevenção de quedas.
Ação nº 5: Capacitar profissionais da AB na avaliação multidimensional da pessoa idosa e organização dos fluxos de atendimento.

Indicador 42. Proporção de Unidades Básicas de Saúde que dispõem de Grupo de Tabagismo.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na APS			
Meta	Assegurar a manutenção dos Grupos de Tabagismo em todas as Unidades Básicas de Saúde do município			
Indicador	Proporção de Unidades Básicas de Saúde que dispõem de Grupo de Tabagismo			
Fórmula	Número de Unidades Básicas de Saúde com Grupo de Tabagismo ativo, em determinado período/ Número de Unidade Básica de Saúde x100			
Numerador	Número de Unidades Básicas de Saúde com Grupo de Tabagismo ativo			
Denominador	Número de Unidades Básicas de Saúde			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	21%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	22%	22%	23%	23%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	CNES / Acompanhamento interno da Linha de Cuidado do Adulto			
Vinculação com demais Pactuações	Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)			
Áreas Responsáveis	Linha de Cuidado do Adulto			

Ações relacionadas ao indicador: Proporção de Unidades Básicas de Saúde que dispõem de Grupo de Tabagismo

Ação nº 1: Solicitar credenciamento de novos grupos.

Ação nº 2: Ampliar a divulgação dos grupos existentes.

Ação nº 3: Estímulo à participação de profissionais nos cursos do HUB (antigo CRATOD).

Ação nº 4: Acompanhar relatórios dos grupos de atendimento no SISWEB.

Ação nº 5: Monitorar pacientes que iniciaram grupos de tabagismo e o número dos que cessaram o hábito.

Indicador 43. Percentual de feridas com cicatrização (acompanhas pelo Ambulatório de Feridas).

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Assegurar que no mínimo 70% das feridas acompanhadas pelo ambulatório de feridas cicatrizem			
Indicador	Percentual de feridas com cicatrização			
Fórmula	Total de feridas com cicatrização/Total de feridas em acompanhamento x 100			
Numerador	Total de feridas com cicatrização			
Denominador	Total de feridas em acompanhamento			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	78,63%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	70%	70%	70%	70%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Planilha de controle interno do Ambulatório de feridas			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	Policlínica			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de feridas com cicatrização
Ação nº 1: Manter atualizada a média de consumos e informar o setor responsável, justificando os possíveis prejuízos assistenciais; fazer plano de contingência; incluir um representante da Policlínica na COMAT.
Ação nº 2: Adequar RH do ambulatório de feridas.
Ação nº 3: Intercâmbio entre enfermeiros da rede e dos programas.
Ação nº 4: Integrar a atenção especializada nos fluxos de cada LC e programas da Policlínica, mantendo a capacitação dos envolvidos. (PCM 65 – eixo 2)
Ação nº 5: Monitorar cuidado continuado do paciente com HAS e/ou DM: Unidades com sala do Programa de Saúde do Adulto ativa; busca ativa de pacientes faltosos das consultas médica e de enfermagem; uso da filipeta de retorno; agendas de consulta médica e de enfermagem com serviço de Saúde do Adulto.
Ação nº 6: Atualizações sobre o manejo clínico da Diabetes.
Ação nº 7: Manter o fornecimento de insumos para curativos de baixa complexidade para as UBS. (PCM 59 – eixo 1)

Indicador 44. Percentual de CAPS com ações de matriciamento sistemático junto às equipes de Atenção Básica.

Diretriz	nº 1: Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da População			
Objetivo	nº 1: Ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede			
Meta	Manter as ações de matriciamento sistemático, realizadas por CAPS com equipes de Atenção Primária à Saúde			
Indicador	Percentual de CAPS com ações de matriciamento sistemático junto às equipes de Atenção Básica			
Fórmula	Número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Primária à Saúde no ano.(Procedimento 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Primária à Saúde)/ total de CAPS habilitados x100			
Numerador	Número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Primária à Saúde no ano			
Denominador	Total de CAPS habilitados			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	100%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	100%	100%	100%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)			
Vinculação com demais Pactuações	Portaria nº 3088/2011 e Pactuação Interfederativa 20-23			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Mental + Faturamento			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de CAPS com ações de matriciamento sistemático junto às equipes de Atenção Básica

Ação nº 1: Capacitar equipes da APS sobre abordagem em saúde mental, risco de suicídio e uso prejudicial de substâncias.

Ação nº 2: Monitorar e registrar em sistema próprio as ações de matriciamento realizadas.

Ação nº 3: Assegurar espaços fixos de matriciamentos nas UBSs (horário, profissionais e local), manter agenda programada.

Ação nº 4: Realizar reuniões de avaliação com os gerentes dos CAPS e supervisores da APS

Ação nº 5: Implantar um Protocolo Municipal sobre o Matriciamento em Saúde Mental.

Indicador 45. Número de equipamentos novos da RAPS implementados.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 3: Implementar novos serviços			
Meta	Implementar novos equipamentos na RAPS			
Indicador	Número de equipamentos novos da RAPS implementados			
Fórmula	Número de novos equipamentos da RAPS implementados			
Numerador	Número de novos equipamentos da RAPS implementados			
Denominador	-----			
Unidade de medida	Número absoluto			
Ano base	2024			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	1 CAPSII IJ	1 CAPS AD III	1 CNAR	1 UAA
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	CNES			
Vinculação com demais Pactuações	Pactuação Regional da RAPS			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Mental			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de CAPS com ações de matriciamento sistemático junto às equipes de Atenção Básica

Ação nº 1: Elaborar proposta técnica com base em critérios de prioridade territorial. (PCM 15 – eixo 1)

Ação nº 2: Articular junto ao Estado e MS para habilitação e cofinanciamento.

Ação nº 3: Implantar novos equipamentos conforme capacidade orçamentária.(PCM 74 – eixo 2,7,10,11,13 – eixo 1)

Ação nº 4: Capacitar equipes e Assegurar recursos humanos adequados.

Ação nº 5: Monitorar as etapas da implementação.

Indicador 46. Número de Unidades Básicas de Saúde construídas e entregues no período.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 3: Implantar novos serviços			
Meta	Construir e entregar novas Unidades de Saúde			
Indicador	Número de Unidades Básicas de Saúde construídas e entregues no período			
Fórmula	Número de Unidades de Saúde construídas e entregues no período			
Numerador	Número de Unidades de Saúde construídas e entregues no período			
Denominador	-----			
Unidade de medida	Número absoluto			
Ano base	N/A			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	2	1	0	0
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Gabinete			
Vinculação com demais Pactuações	PPA			
Áreas Responsáveis	Gabinete			

Ações relacionadas ao indicador: Número de Unidades de Saúde construídas e entregues no período

Ação nº 1: Seguir com os trâmites administrativos para a construção das Unidades (PCM 13,14,74 – eixo 2)

Ação nº 2: Monitorar a execução físico-financeira

Indicador 47. Percentual de execução da construção da Nova Policlínica.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 3: Implantar novos serviços			
Meta	Construir e entregar novas Unidades de Saúde			
Indicador	Percentual de execução da construção da nova policlínica			
Fórmula	Total de etapas do cronograma de obras concluídas / Total de etapas do cronograma de obra x 100			
Numerador	Total de etapas do cronograma de obra			
Denominador	N/A			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	30%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	100%	N/A	N/A	N/A
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Gabinete			
Vinculação com demais Pactuações	PPA			
Áreas Responsáveis	Gabinete			

Ações relacionadas ao indicador: Número de Unidades de Saúde construídas e entregues no período

Ação nº 1: Seguir com os trâmites administrativos para a construção das Unidades

Ação nº 2: Monitorar a execução físico-financeira

Indicador 48. Percentual de execução da construção do Hospital Municipal.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 3: Implantar novos serviços			
Meta	Construir e entregar novas Unidades de Saúde			
Indicador	Percentual de execução da construção do Hospital Municipal			
Fórmula	Total de etapas do cronograma de obras concluídas / Total de etapas do cronograma de obra x 100			
Numerador	Total de etapas do cronograma de obra			
Denominador	-----			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	N/A			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	0%	0%	20%	40%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Gabinete			
Vinculação com demais Pactuações	PPA			
Áreas Responsáveis	Gabinete			

Ações relacionadas ao indicador: Número de Unidades de Saúde construídas e entregues no período

Ação nº 1: Seguir com os trâmites administrativos para a construção das Unidades

Ação nº 2: Monitorar a execução físico-financeira

Indicador 49. Percentual de óbitos com causa básica definida.

Diretriz	nº 3: Promoção de Vigilância em Saúde			
Objetivo	nº 2: Realizar monitoramento de agravos e fatores de risco			
Meta	Ampliar o número de óbitos não fetais com causa básica definida			
Indicador	Percentual de óbitos não fetais com causa básica definida			
Fórmula	Total de óbitos não fetais com causa básica definida / Total de óbitos não fetais x 100			
Numerador	Total de óbitos não fetais com causa básica definida			
Denominador	Total de óbitos não fetais			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	79,53%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	80%	80%	80%	80%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SIM			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	Vigilância Epidemiológica			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de óbitos com causa básica definida
Ação nº 1: Discutir junto ao SVO/IML os laudos de investigação laboratorial das necrópsias que foram inicialmente concluídas como não definidas
Ação nº 2: Investigar junto às UBS o histórico clínico dos pacientes cujos óbitos foram de causas não definidas
Ação Nº 3: Implantar a discussão entre as equipes de assistência dos casos de óbitos (exceto fetal, infantil e materno), alguns códigos <i>garbage</i> (genéricos, que não deixam clara a causa) e causas múltiplas, em determinadas unidades de saúde, seguindo orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria
Ação Nº 4: Realizar capacitações para os médicos nos hospitais e serviços de urgência emergência

Indicador 50. Percentual de usuários satisfeitos com atendimentos nos PAs.

Diretriz	nº 2: Assegurar e qualificar a oferta de serviços de saúde			
Objetivo	nº 1: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde			
Meta	Ampliar a satisfação do usuário atendidos nos PAs			
Indicador	Percentual de usuários satisfeitos atendidos nos PAs			
Fórmula	Total de usuários atendidos nos PAs entrevistados e satisfeitos com o atendimento / Total de usuários entrevistados nos PAs x 100			
Numerador	Total de usuários atendidos nos PAs entrevistados e satisfeitos com o atendimento			
Denominador	Total de usuários entrevistados nos PAs			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	N/A			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	60%	70%	80%	80%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	Controle interno do NUGUE			
Vinculação com demais Pactuações	-----			
Áreas Responsáveis	NUGUE			

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de usuários satisfeitos com atendimentos nos PAs
Ação nº 1: Implantação da Pesquisa de satisfação em 100% dos PAs próprios.
Ação nº 2: Avaliação mensal das pesquisas (resultado > 80% bom ou ótimo) e resolução de 100% das queixas (clínico, pediátrico e odontológico).
Ação Nº 3: Avaliação mensal do indicador e planejamento das ações pela gestão local e/ou gestão central.
Ação Nº 4: Fomentação junto com Educação Permanente para as capacitações das equipes com ênfase na humanização e comunicação
Ação Nº 5: Mensuração sobre o acesso, tempo resposta: atendimento, consulta e exames, recepção e ambiência

Indicador 51. Taxa de Absenteísmo nas consultas odontológicas na APS.

Diretriz	nº 4: Assegurar a gestão eficiente dos recursos físicos financeiros			
Objetivo	nº 1: Controle e otimização dos recursos físicos e financeiros do SUS			
Meta	Reduzir a taxa de absenteísmo em consultas odontológicas na APS			
Indicador	Taxa de absenteísmo nas consultas odontológicas na APS			
Fórmula	Número de faltas em consultas odontológicas na APS/Número de agendamentos realizados em consultas odontológicas na APS x 100			
Numerador	Número de faltas em consultas odontológicas na APS			
Denominador	Número de agendamentos realizados em consultas odontológicas na APS			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	31%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	28%	26%	25%	24%
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SISAB			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de Absenteísmo nas consultas odontológicas na APS

Ação nº 1: Implementar protocolo unificado de confirmação e lembrete de consultas;

Ação nº 2: Instituir busca ativa de faltosos reincidentes;

Ação nº 3: Ajustar a oferta de horários e o modelo de agenda (Acesso Avançado);

Ação nº 4: Realizar campanhas comunitárias e educativas sobre adesão ao tratamento.

Indicador 52. Taxa de Absenteísmo nas consultas odontológicas de especialidades sob gestão municipal.

Diretriz	nº 4: Assegurar a gestão eficiente dos recursos físicos financeiros			
Objetivo	nº 1: Controle e otimização dos recursos físicos e financeiros do SUS			
Meta	Reduzir a taxa de absenteísmo em consultas odontológicas na especialidade			
Indicador	Taxa de absenteísmo nas consultas odontológicas de especialidades sob gestão municipal			
Fórmula	Número de faltas em consultas odontológicas de especialidade em serviços sob gestão municipal/Número de agendamentos realizados em consultas odontológicas de especialidades em serviços sob gestão municipal x 100			
Numerador	Número de faltas em consultas odontológicas de especialidade em serviços sob gestão municipal			
Denominador	Número de agendamentos realizados em consultas odontológicas de especialidades em serviços sob gestão municipal			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2024			
Resultado	28%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	26%	24%	20%	20%
Tendência	Quanto menor, melhor			
Fonte de dados	SISAB			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	Coordenação de Saúde Bucal			

Ações relacionadas ao indicador: Taxa de Absenteísmo nas consultas odontológicas de especialidades sob gestão municipal.

Ação nº 1: Implementar protocolo unificado de confirmação e lembrete de consultas;

Ação nº 2: Instituir busca ativa de faltosos reincidentes;

Ação nº 3: Realizar campanhas comunitárias e educativas sobre adesão ao tratamento.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029 foi construído de forma participativa, a partir da análise da situação de saúde do município, do levantamento de necessidades e potencialidades do território, bem como das contribuições coletadas dos setores, Conferência Municipal .

Durante sua elaboração, buscou-se alinhar as diretrizes municipais às políticas nacionais e estaduais de saúde, estabelecendo objetivos, diretrizes e metas capazes de orientar as ações e serviços de saúde para os próximos quatro anos. O processo contemplou a articulação intersetorial, a escuta qualificada e a participação ativa dos diversos atores que compõem o Sistema Único de Saúde em Sorocaba.

Com este plano, a gestão municipal reafirmou o compromisso com um SUS público, universal, integral e equitativo, promovendo transparência, controle social e responsabilidade na utilização dos recursos públicos, sempre com foco na melhoria contínua da qualidade de vida da população.

Este documento, agora finalizado, passa a ser referência para a execução e monitoramento das políticas de saúde no município, servindo como marco de planejamento e compromisso coletivo firmado para o quadriênio 2026-2029.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAAS) no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003*. Institui o SAMU 192. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024*. Estabelece diretrizes para a Atenção Domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.232, de 4 de março de 2024*. Institui diretrizes para a transformação digital no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013*. Estabelece as diretrizes para elaboração do Plano de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *E-Gestor AB*. Relatórios de Cobertura da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Brasília, DF. Dados extraídos em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-TABNET)*. Brasília, DF. Dados extraídos em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. Dados de Sorocaba. Acesso em: mar. 2025.

FUNDAP; WHO. *Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridades para enfrentamento*. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2022 – Sorocaba/SP*. Rio de Janeiro, 2023.

IBGE. *Produto Interno Bruto dos Municípios*. Rio de Janeiro, 2023.

PNUD; FJP; IPEA. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – IDHM Sorocaba*. 2023.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Perfil dos Municípios Paulistas: Sorocaba*. São Paulo, 2023.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2024–2027*. São Paulo: SES-SP, 2023.

SOROCABA. Prefeitura Municipal. *Lei Municipal nº 12.473, de 23 de dezembro de 2021*. Reorganiza a estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Sorocaba.

SOROCABA. Conselho Municipal de Saúde. *Regimento Interno*. Decreto nº 23.378 de 08 de janeiro de 2018.

SOROCABA. Prefeitura Municipal. *Lei nº 3.623, de 28 de junho de 1991*. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Sorocaba e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Sorocaba, Sorocaba, SP, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013*. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no Diário Oficial da União, Suplemento, em 3 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995*. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1, 29 set. 1995, p. 15196.

Anexo 1

Considerando a Portaria GM/MS nº 10.169, de 19 de janeiro de 2026, estabelece regras para o repasse excepcional e não continuado de recursos federais (fundo a fundo) para o custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) e Média e Alta Complexidade (MAC) ;

Considerando a medida ADPF 854 do STF, sob relatoria do ministro Flávio Dino, que determina maior transparência, rastreabilidade e controle na execução de emendas parlamentares (RP8 e RP9) ;

Vimos por meio deste incluir à esse PMS o indicador abaixo :

Indicador 53.Percentual de viagens atendidas em relação às solicitadas

Diretriz	Nº 2:Assegurar e qualificar a oferta de serviços em saúde			
Objetivo	Nº 2:: Assegurar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade na Média e Alta Complexidade ,			
Meta	Assegurar transporte sanitário aos usuários			
Indicador	Percentual de viagens atendidas em relação às solicitadas			
Fórmula	Nº de solicitações de viagens atendidas / nº de solicitações de viagens x 100			
Numerador	Nº de solicitações de viagens atendidas			
Denominador	Nº de solicitações de viagens			
Unidade de medida	Percentual			
Ano base	2025			
Resultado	95%			
Anos	2026	2027	2028	2029
Metas	95%	95%	95%	95%
Tendência	Quanto maior, melhor			
Fonte de dados	SRTP			
Vinculação com demais Pactuações	N/A			
Áreas Responsáveis	SRTP			
Ações relacionadas ao indicador: Percentual de viagens atendidas em relação às solicitadas				
Ação nº 1: Realizar redimensionamento da frota				

Ações relacionadas ao indicador: Percentual de viagens atendidas em relação às solicitadas

Ação nº 2: Assegurar manutenção da frota (corretiva e preventiva)

Ação nº 3: Implantar plano de substituição progressiva da frota

Ação nº 4: Estudar contratação complementar em períodos críticos

Ação nº 5: Atualizar protocolo de solicitação de viagens

Ação nº 6: Reposição de motoristas

Observação: A inclusão desse indicador foi aprovado pelo CMS em 11 de março de 2026 , em reunião extraordinária de nova apreciação do PAS 2026.