



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
Gestão 2025-2028



PAS 2026

PROGRAMAÇÃO
ANUAL DE SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA - PR
GESTÃO 2025-2028



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
Gestão 2025-2028

Prefeito Municipal

Gianny José Gracioso Bento

Vice-Prefeito

Alceu Manoel Gobbi

Secretária Municipal de Saúde

Celso Aparecido Passafaro

Equipe de Planejamento

-
-
-
-
-
-
-



INTRODUÇÃO

A Programação Anual de Saúde (PAS) referente ao exercício de 2026 constitui a ferramenta operacionalizadora das intenções expressas no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029. Este documento traduz o planejamento estratégico de longo prazo em metas anuais tangíveis e ações concretas, com o objetivo primordial de fortalecer as Redes de Atenção à Saúde e elevar a qualidade dos serviços ofertados à população de Campina da Lagoa.

Elaborada em estrita conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012, a PAS serve como guia para a execução orçamentária e financeira, subsidiando diretamente a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Mais do que uma exigência legal, trata-se de um roteiro para o gestor e para as equipes técnicas, assegurando que os recursos sejam aplicados onde há maior necessidade epidemiológica e social.

O compromisso com a transparência e a eficiência mantém-se central: todas as ações aqui programadas serão monitoradas através de indicadores de desempenho, cujos resultados serão apresentados publicamente nos Relatórios Quadrimestrais e no Relatório Anual de Gestão (RAG), além de serem devidamente inseridos no sistema DIGISUS para consulta pública.



8. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES

Diretriz												
Fortalecimento da Atenção Primária												
Objetivo 1												
Fortalecer a Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e Atenção Materno-Infantil												
Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista					
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029		
Captação da Gestante até o 3 mês de gestação	Número de gestantes inseridas no e-sus até o 3 mês de gestação	100	2020	%	100	%	100	100	100	100	100	
1- Ações: 2- Visita domiciliar pelo menos uma vez ao mês em cada residência 3- Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidado especial 4- Realizar orientações da importância do pré natal em toda visita domiciliar, bem como outras orientações definidas pela ESF/EAB												
Realização de 6 ou mais consultas de pré natal durante a gestação	Número de consultas de pré natal realizadas	98	2020	%	100	%	100	100	100	100	100	
1- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UAP para a inscrição no pré natal; 2- Inscrever a gestante no sistema de pré-natal (Ministério, Estado ou Próprio) 3- Realizar busca ativa de gestantes que não comparecem à UAP para o seu acompanhamento 4- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante por meio de visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco; 5- Incentivar/orientar o aleitamento materno durante as consultas de pré-natal. 6- Agendar consulta de avaliação da gestante na saúde bucal												



Estratificação de risco da gestante	Número de gestante com risco gestacional estratificado	de 100	2020	%	100	%	100	100	100	100	100
1- Estratificar o risco da gestante 2- Reestratificar o risco conforme alteração de quadro da gestante 3- Vincular Gestante ao hospital /maternidade, de acordo com sua estratificação de risco											
Garantia de exames inerentes a rotina gestacional do primeiro, segundo e terceiro trimestre, conforme linha guia materno infantil do estado do Paraná	Número de gestantes com Exames complementares de rotina realizados para acompanhamento gestacional	de 100	2020	%	100	%	100	100	100	100	100
1- Durante as consultas de pré-natal solicitar os exames de rotina conforme linha guia do estado do Paraná, (sífilis, ultrassom, hemograma, tipagem sanguínea, ginecológico etc.) 2- Solicitar retorno com até 7 dias para avaliação dos resultados de exames 3- Realizar busca ativa de gestantes faltosas em exames											
Visita puerperal na primeira semana pós parto	Número de visitas de puerpério realizada	de 100	2020	%	100	%	100	100	100	100	100
1- Realizar visita domiciliar a gestante e recém-nascido até 5 dias úteis após a alta hospitalar 2- Realizar orientações de cuidados com o recém-nascido para os primeiros dias de vida (peso, amamentação, banho, assaduras, vacinas etc) 3- Agendar consulta de rotina na UBS de referência											
Garantia de acesso a hospital de referência ao parto conforme estratificação de risco	Número de gestantes vinculadas ao hospital de referência	de 100	2020	%	100	%	100	100	100	100	100
1- Garantir pactuação em CIR com definição de hospital de referência para cada risco da gestante 2- Garantir visita guiada as gestantes e parceiros no hospital de referência ao seu parto 3- Garantir referência de ambulatório na atenção secundária as gestantes de risco intermediário e alto risco 4- Garantir consulta com equipe multiprofissional no ambulatório da atenção secundária											
Garantia de transporte sanitário eletivo as gestantes de risco habitual, intermediário e alto risco	Número de gestante que utilizaram o transporte eletivo	de -	-	%	100	%	100	100	100	100	100
1- Garantir transporte sanitário na APS as gestantes, conforme definição técnica das ESF 2- Garantir transporte sanitário de urgência e emergências											



Redução da Mortalidade Materna	Número de óbito materno	0	2020	Número	0	Número	100	100	100	100
<ul style="list-style-type: none">1- Manter equipe de saúde da família ou EAB com 100% de cobertura na APS2- Realizar atividades em grupos com temas de promoção e prevenção de doenças e agravos3- Realizar a investigação de óbitos materno e infantis4- Implantar protocolos de atendimentos na APS5- Implementar o investimento financeiro na APS										
Redução de óbito infantil	Número de óbitos infantis	0	2020	Número	0	Número	100	100	100	100
<ul style="list-style-type: none">1- Manter equipe de saúde da família ou EAB com 100% de cobertura na APS2- Realizar atividades em grupos com temas de promoção e prevenção de doenças e agravos3- Realizar a investigação de óbitos materno e infantis4- Implantar protocolos de atendimentos na APS5- Implementar o investimento financeiro na APS										
Promoção e Prevenção a Saúde da Mulher e da Criança	Número de reuniões para gestantes	0	2020	Número	16	Número	4	4	4	4
<ul style="list-style-type: none">1- Criar grupo de gestantes para discussão de temática diversas (alteração no corpo, alimentação, stress, sinais e sintomas de risco, parto normal, rede de apoio etc)2- Realizar campanhas para proteção e promoção da vida (alimentação, doenças emergentes, doenças sazonais, pratica esportiva etc)3- Realizar campanhas em mídias sociais (violência, abuso, maus tratos, direitos, segurança pública, etc)4- Atingir 95% de cobertura vacinal do calendário da criança de 0 a 2 anos										
Acesso das mulheres a informações sobre meios contraceptivos e planejamento familiar	Número de famílias acompanhadas no planejamento familiar				100	%	100	100	100	100
<ul style="list-style-type: none">1- Aderir ao programa saúde na escola2- Avaliar os níveis de informação das mulheres sobre riscos de DSTs e gestação na adolescência,3- Distribuir de preservativos em todas UBS4- Ofertar, conforme prescrição médica, acesso a anticoncepcional5- Garantir acesso a procedimentos cirúrgicos ligados ao planejamento familiar conforme legislação vigente (lei do planejamento Familiar),6- Estabelecer parceria com CRAS para trabalho conjunto no enfrentamento as vulnerabilidades sociais										
Promover a atenção para mulheres com casos de violência doméstica e sexual	Número de notificação de violência doméstica ou sexual a mulher				0	Número	0	0	0	0



- 1- Implementar a rede de atenção entre UBS, CREAS, CRAS
- 2- Realizar campanha educativa com temática violência contra mulher (moral, sexual, física, doméstica, psicológica etc)
- 3- Manter 100% dos pontos de atenção de saúde municipal como notificadores de violência (doméstica, sexual etc)
- 4- Realizar capacitação aos profissionais de saúde sobre como identificar sinais de violência contra mulher
- 5- Realizar capacitação aos profissionais de saúde sobre como preencher a ficha de notificação de violência

Oferecer atendimentos a todas as mulheres que sofreram violência sexual, como tratamentos preventivos de DST e AIDS	Número de - -	100	%	100	100	100	100
	mulheres atendidas para tratamento de DST, AIDS						

- 1- Ofertar atendimento humanizado, com garantia de sigilo,
- 2- Realizar anamnese (tipo de violência, hora da violência, qual a relação do agressor com a vítima, se o agressor fez uso de preservativo, número de agressores, última menstruação, uso de contraceptivo etc.)
- 3- Realizar atendimento clínico e/ou ginecológico
- 4- Implementar rede de atenção com Centro de saúde referência em DST/AIDS
- 5- Garantir atendimento na atenção secundária ou terciária conforme necessidade.

Controle do câncer de útero	Número de - -	0,7	Razão	0,7	0,7	0,8	0,8
	exame preventivo realizado na população de 25 a 64 anos						

- 1- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe
- 2- Estipular meta mensal por ESF (280 Mulheres para ESF1, 280 mulheres para ESF2, sendo possível alteração em acordo com a vulnerabilidade do território)
- 3- Realizar busca ativa de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos
- 4- Realizar Coleta de preventivo, agendado e demanda espontânea
- 5- Realizar Coleta de preventivo, agendado em horário estendido durante campanhas
- 6- Inserir no sistema (municipal e nacional) informações de mulheres em tratamento de câncer do colo do útero visando integralidade do cuidado
- 7- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesão precursora do Câncer do colo de útero
- 8- Garantir Exames complementares para tratamento do câncer do colo de útero (conforme protocolos e definição médica)
- 9- Realizar Campanha do outubro rosa
- 10- Realizar Orientação (escolas, panfletos, mídia social, etc) afim de fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer do colo de útero

Controle do Câncer de Mama	Número de - -	0,6	Razão	0,6	0,6	0,7	0,7
	exame de mamografia de rastreamento realizado na população de 50 a 69 anos						

- 1- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe
- 2- Estipular meta mensal por ESF (200 Mulheres para ESF1, 200 mulheres para ESF2, sendo possível alteração em acordo com a vulnerabilidade do território)
- 3- Realizar busca ativa de mulheres na faixa etária de 50 a 74 anos com intervalo de 2 anos de realização do exame das mamas (mamografia de rastreamento)
- 4- Realizar agendamento de mamografia
- 5- Inserir no sistema (municipal e nacional) informações de mulheres em tratamento de câncer de mama visando



integralidade do cuidado

- 6- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de Câncer de mama
- 7- Garantir Exames complementares para tratamento do câncer de mama (conforme protocolos e definição médica)
- 8- Realizar Campanha do outubro rosa
- 9- Realizar Orientação (escolas, panfletos, mídia social, etc) afim de fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer de mama

Educação permanente	Número de capacitações realizadas	12	Número	3	3	3	3
---------------------	-----------------------------------	----	--------	---	---	---	---

- 1- Capacitar os profissionais de saúde nas diversas temáticas ligadas a saúde da mulher e da criança (atenção primária, Urgência e Emergência, sistemas de saúde, Auditoria, monitoramento e avaliação etc.)
- 2- Realizar reuniões de planejamento, a fim de definir/redirecionar ações de saúde

Diretriz

Fortalecimento da Atenção Primária

Objetivo 2

Fortalecer a Linha de Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2026	2027	2028	2029

Valor Unidade de Medida

Ampliar o acolhimento a crianças, adolescentes e famílias com foco no desenvolvimento das crianças e adolescente	Número de famílias acompanhadas		100% da demanda	%	100	100	100	100
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	--	-----------------	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Realizar visita domiciliar pelo ACS mensalmente (identificar interação criança-família, orientar sobre fortalecimento de vínculo criança-família e família-UBS, alimentação e nutrição, desenvolvimento integral, Programa Bolsa Família, identificar criança com deficiência, gestação etc.)
- 2- Preencher a ficha de cadastramento familiar e ficha da criança (conforme sistema municipal ou federal)
- 3- Realizar Visita Domiciliar pelo(a) Enfermeiro(a), conforme característica de vulnerabilidade da família (Realizar aferições, curativos, orientações, verificação de carteira de vacina etc.)



4- Realizar acompanhamento do programa bolsa família (identificar vulnerabilidade socioeconômica)

Ampliar atendimento a crianças, adolescentes e famílias	Número de crianças, adolescentes e atendidos	de e	100% da demanda	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Implementar a caderneta da criança/adolescente2- Realizar nas ubs atendimento agendado a criança, sem prejuízo a demanda espontânea.3- Realizar atendimento as crianças na academia da saúde conforme encaminhadas por um profissional medico4- Realizar nas ubs atendimento de saúde bucal, agendado e demanda espontânea.5- Realizar atendimento de saúde bucal nas escolas (Bochecho, flúor, escovação etc.)6- Implementar a rede de assistência (ubs, nasf, assis. social) a criança e adolescente.								
Manutenção da rede de notificação de violência	Número de notificação de violência em crianças e adolescentes	de de em e	0	Número	0	0	0	0
<ol style="list-style-type: none">1- Realizar atividades educativas com tema violência nas escolas (violência doméstica, urbana, sexual, gravidez etc.)2- Preencher a ficha de notificação compulsória de violência sexual e encaminhar uma cópia aos órgãos parceiros definidos por legislação própria								
Manutenção da promoção e prevenção a saúde individual, coletiva e intersectorial	Número de atividade educativas realizadas	de de	40	Número	10	10	10	10
<ol style="list-style-type: none">1- Realizar nas escolas, atendimento coletivo de crianças (orientações, palestras, testes, panfletagem etc.)2- Realizar nas escolas, atendimento individual a criança (conforme preconizado no PSE)3- Realizar nas escolas, atendimento coletivo e orientações (conforme preconizado no PSE, cultura de paz, álcool e outras drogas, DSTs etc)								
Ampliação da imunização	Cobertura vacinal para crianças e adolescente		100	%	100	100	100	100



- 1- Realizar atualização de caderneta de vacina da criança e do adolescente
- 2- Realizar busca ativa de crianças e adolescentes com pendência de imunização na caderneta de vacina

Fortalecimento do serviço de diagnóstico e recuperação	número de crianças e adolescente atendidos na atenção secundária	de e na	100	%	100	100	100	100
---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	---------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Garantir acesso a exames diagnósticos na atenção secundária a 100% das crianças e adolescente que demandarem
- 2- Garantir rede de tratamento integral a doenças crônicas, psicológicas, bucal, etc

Diretriz

Fortalecimento da Atenção Primária

Objetivo 3

Fortalecer a Linha de Cuidado à Saúde do Idoso

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	para e Base)	Indicador (Linha- Meta	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					Plano(2026-2029)	2026	2027	2028
Implementar da atenção domiciliar	Número de reuniões de matricialmente	de de	16	Numero	4	4	4	4

- 1- Realizar 1 reunião de matriciamento a cada trimestre, a fim de construir uma abordagem pedagógico-terapêutico para as visitas domiciliares de idosos acamados ou com estratificação frágil, com objetivo de produzir integração das equipes (profissionais de saúde das diversas áreas) e pontos de atenção (ubs, referência ambulatorial e residência).
- 2- Realizar Visita domiciliar pelo ACS, (cadastramento, observação de riscos, informações sobre serviço,
- 3- Realizar Visita domiciliar pelo Enfermeiro(a) idosos acamados ou com estratificação de risco frágil
- 4- Realizar Visita domiciliar pelo Médico(a) da família idosos acamados ou com estratificação de risco frágil



Garantir Equipe multidisciplinar para atendimento a pessoa idosa	Número de atendimentos realizados por mês	100%	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Garantir na UBS equipe multiprofissional para atendimento ao idoso (médico, odontólogo, nutricionista, fisioterapeuta, enfermagem etc.)2- Garantir na Rede MACC equipe multiprofissional para atendimento ao idoso na atenção secundária							
Implementar Promoção e Prevenção a Saúde do idoso	Número de internações sensíveis a atenção primária	16	Número	4	4	4	4
<ol style="list-style-type: none">1- Realizar orientação sobre promoção e prevenção da saúde da pessoa idosa, envelhecimento saudável, hipertensão, diabetes, prevenção de doenças, mobilidade, atividade física, obesidade, alimentação e nutrição, medicamentos, serviços de saúde etc. (mídia social, panfleto, rádio, grupos de idosos)2- Criar grupo de hipertenso e diabéticos3- Realizar visita domiciliar (Esf, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social, odontólogo, farmacêutico, Fonoaudiólogo, outros) conforme estratificação de risco do idoso (frágil)4- Treinamento para ESF, saúde do idoso, (multimorbidades, polifarmácia, quedas, comprometimento cognitivo, violência etc.)							
Implementar a estratificação de risco do idoso	Número de UBS que realizam a estratificação de risco do idoso	100	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Realizar estratificação risco de idosos em 100% das UBS2- Realizar treinamento contínuo de aperfeiçoamento da estratificação de risco do idoso							
Fortalecimento do serviço diagnóstico e recuperação	número de idosos atendidos na atenção secundária	100	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Ampliar acesso dos idosos a atenção secundária (implantação do MACC) Garantindo abordagem diferenciada no momento do agendamento de consulta ou exames, levando em considerações os limites do idoso.2- Garantir referência para 100% dos idosos (conforme prescrição média) a serviços de diagnóstico							



Ampliar cobertura vacinal do idoso	Cobertura vacinal dos idosos contra Gripe	100	%	100	100	100	100
-------------------------------------------	-------------------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

1- **Atingir 95% de cobertura vacinal do calendário de vacinação do idoso (influenza, COVID-19)**

Manutenção da rede de notificação de violência	Número de Unidades de Saúde que notificam Violência contra idosos	100	%	100	100	100	100
-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- **Notificar 100% de casos de violência (suspeita ou confirmada);**
- 2- **Divulgar o número da Ouvidoria Municipal (mídia, etc.)**
- 3- **Divulgar o número disque 100 (mídia, etc.)**
- 5- **Realizar campanha de combate à violência ao idoso (mídia social, panfleto, rádio, grupos de idosos)**

Diretriz

Fortalecimento da Atenção Primária

Objetivo 4

Fortalecer a Linha de Cuidado as Condições Crônicas

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador para Base)	(Linha- Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2026	2027	2028	2029

Val
or
A
Unidade
n
de
o
Medida

Promover Promoção e Prevenção das doenças crônicas	Número de atividades de promoção e prevenção realizadas	12	Número	3	3	3	3
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	----	--------	---	---	---	---

- 1- **Realizar cadastramento de hipertensos e diabéticos (ACS e UBS)**
- 2- **Realizar 1 matriciamento por quadrimestre, a fim de identificar o perfil do paciente crônico (idade e sexo)**
- 3- **Realizar Campanha de prevenção as principais doenças crônicas, hipertensão, Diabetes, Doença Cardiovascular, Doença Renal Crônica, Neoplasia e Obesidade, (mídia social, panfleto, rádio, grupos de idosos)**



Implementar a estratificação de Risco do crônico Hipertenso e diabético	Número de estratificações de risco para diabético e hipertenso realizadas	100	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Realizar estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, em 100% das UBS2- Realizar treinamento contínuo de aperfeiçoamento da estratificação de risco do paciente com condição crônica							
Atendimento multiprofissional	Número de atendimentos de especialidades realizados por: médico clínico, nutricionista, farmacêutico e enfermagem	100	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Garantir integralidade do cuidado nas UBS com atendimento multiprofissional aos pacientes com condições crônicas,2- Garantir acesso ao MACC (ambulatório com atendimento ao Modelo de atendimento as condições crônicas)							
Garantir atendimento rede de atenção secundária	Número de atendimentos realizados no AME para pacientes crônicos graves	100	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Aderir ao Modelo de atenção a condições crônicas – MACC2- Garantir atendimento no Ambulatório de Médico de Especialidades - AME3- Implementar a pactuação com o CISCOMCAM4- Manter funcionamento do Hospital Municipal							
Implantação de plano de cuidado ao paciente crônico	Número de pacientes crônicos com plano de cuidado	100	%	100	100	100	100
<ol style="list-style-type: none">1- Implantar Protocolo Clínico dirigido para a Hipertensão e o Diabetes							



Garantir tratamento medicamentoso	Plano de cuidado por paciente	100	%	100	100	100	100
------------------------------------------	-------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- **Garantir o acesso de medicamento para tratamento de doenças crônicas**
- 2- **Utilizar protocolo para atendimento farmacêutico (fornecimento de medicamentos conforme REMUME)**

Diretriz
Fortalecimento da Atenção Primária

Objetivo 5
Fortalecer a Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2026	2027	2028	2029

Val
or
A
Unidade
n
de
o
Medida

Implementar a estratificação de Risco do paciente com deficiência	Número de estratificações de risco para diabético e hipertenso realizadas		100	%	100	100	100	100
--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	--	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- **Realizar a estratificação de risco das pessoas com deficiência conforme linha guia da Rede de Atenção (atenção secundária)**

Implementar ações de promoção e prevenção	Número de atividades de promoção e prevenção realizadas com a família		100	%	100	100	100	100
--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- **Realizar visita domiciliar para cadastramento familiar (observa morador com deficiência, idade, sexo, orientar, informar etc.)**
- 2- **Realizar visita domiciliar pelo Enfermeiro(a) Médico(a) e especialidades (Conforme definição de priorização da ESF, capacidade instalada e estratificação de risco do paciente)**
- 3- **Realizar visita domiciliar pelo Enfermeiro(a) Médico(a) (orientar às famílias e acompanhantes de pessoas com deficiência)**
- 4- **Implementar a identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e**



da atenção na primeira infância (treinamento e reuniões de ESF)

- 5- Implementar nas UBS o acolhimento e classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência (treinamento e reuniões de ESF)

Implementação do atendimento na atenção secundária (deficiência física)	Pacientes atendidos na Referência de Reabilitação conforme PDR	-	-	-	100	%	100	100	100	100
--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	---	---	---	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Garantir atendimento de reabilitação a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, (em todas as faixas etárias do ciclo de vida)

Implementação do atendimento na atenção secundária (deficiência Auditiva)	Pacientes atendidos na Referência de Reabilitação conforme PDR	-	-	-	100	%	100	100	100	100
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	---	---	---	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Garantir atendimento de reabilitação a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano (em todas as faixas etárias do ciclo de vida)

Implementação do atendimento na atenção secundária (Serviço de OPM)	Pacientes atendidos na Referência de Reabilitação conforme PDR	-	-	-	100	%	100	100	100	100
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	---	---	---	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Garantir atendimento de reabilitação a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano (em todas as faixas etárias do ciclo de vida)

Diretriz

Fortalecimento da Atenção Primária

Objetivo 6

Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Mental

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	para e Base)	Indicador (Linha-	Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2026	2027	2028	2029



Garantir referência para tratamento na atenção secundária e terciária	Número de estabelecimento de referência na atenção secundária	1	Numero	1	1	1	1
------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	---	--------	---	---	---	---

- 1- **Garantir referência secundária e terceira (Álcool e outras drogas, transtorno mental) (conforme pactuação da rede de saúde mental na 11ª RS)**

Diretriz

Fortalecimento da Atenção Primária

Objetivo 7

Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Bucal

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2026	2027	2028	2029

Implementar ações Promoção e Proteção de Saúde	Número de ações de promoção e proteção realizadas	100	%	100	100	100	100
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- **Realizar Campanha sobre promoção, proteção, prevenção e Câncer bucal (mídia social, panfleto, rádio e escolas)**
- 2- **Implementar as ações da atenção a saúde bucal com a linhas de cuidado da saúde**
- 3- **Realizar escovação dental supervisionada, aplicação de flúor, (escolas e ubs)**

Implementação do acesso e acolhimento na atenção primária	Número de pacientes atendidos na atenção primária	100	%	100	100	100	100
------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- **Implementar o acolhimento ao paciente (treinamento e capacitação conforme linhas de cuidado das redes de atenção a Saúde)**
- 2- **Realizar consulta em demanda espontânea, agendada e de urgência (Diagnostico, profilaxia, tratamento, raspagem, restauração, acompanhamento, reabilitação e manutenção etc.) (em toda faixa etária)**
- 3- **Realizar atendimento agendado as gestantes ao bebê recém-nascido (conforme protocolo e linha**



de cuidado materno infantil)

- 4- Realizar atendimento para procedimentos cirúrgicos (respeitando a complexidade do serviço), (exodontia, proptose dentaria, traumas, lesões etc.)

Implementação do atendimento na atenção secundária	Número de estabelecimento de referência para atenção secundária em saúde bucal	1	Número	1	1	1	1
-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---	--------	---	---	---	---

- 1- Garantir referência na atenção secundária para atendimento a saúde bucal (CEO, UPA etc.)

Implementação da rede urgência e emergência em saúde bucal	UBs com atendimento de urgência em saúde bucal	100	%	100	100	100	100
-------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Realizar atendimento de urgência e emergência em saúde bucal nas ub's (respeitando a complexidade de cada caso)
 2- Garantir transporte Sanitária de Urgência e emergência para as referências em saúde bucal (atenção secundária e terciária) (ambulância municipal, SAMU)

Diretriz

Fortalecimento da Atenção Primária

Objetivo 8

Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde do homem

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2026	2027	2028	2029

Ampliar o acesso e a adesão da população masculina	Número de consultas agendadas para população masculina	100	%	100	100	100	100
-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Acesso Facilitado: Implementar o "Horário do Trabalhador" (atendimento noturno) nas UBS conforme prévio planejamento, focado na saúde masculina e divulgado ativamente nas empresas locais.
 2- Busca Ativa (Pré-Natal do Parceiro): Utilizar a consulta de pré-natal da parceira como



Diretriz 2

Fortalecimento da Atenção Secundária

Objetivo 1

Fortalecer a Atenção Secundária

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Unidade de Medida	Meta Plano (2026-2029)	Meta Prevista				
					2026	2027	2028	2029	
Implementação das ações do Consórcio	atendimentos realizados no CISCOMCAM			100	%	100	100	100	100
1- Manter pactuação de referência com o (CISCOMCAM e outros consórcios etc.) 2- Implementar o aporte de recurso financeiro no CISCOMCAM									
Implementação das ações do Consórcio SAMU	atendimentos realizados no SAMU			100	%	100	100	100	100
1- Manter pactuação com SAMU									
Implementar dos serviços do Hospital Municipal	atendimentos realizados no Hospital			100%	%	100	100	100	100
1- Manter funcionamento do Hospital Municipal 2- Implementar a aplicação de incentivo financeiro no Hospital Municipal									

Diretriz 3

Fortalecimento da Assistência Farmacêutica

Objetivo

Fortalecer a Assistência Farmacêutica



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
 Gestão 2025-2028

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Unidade de Medida	Meta Plano(2026-2029)	Meta Prevista				
					2026	2027	2028	2029	
Implementar a programação de medicamentos	Número de Remume Elaborada			1	Número	1	1	1	1
1- Elaborar Relação Municipal de Medicamentos (levar em consideração impactos do COVID19)									
Implementação do controle de armazenamento e distribuição de medicamentos	Número de Sistema de controle informatizado			1	Número	1	1	1	1
1- Implementar o sistema informatizado de , armazenamento, dispensação e controle de estoque									
Implementação da Educação em saúde na assistência farmacêutica	Número de ações de educação permanente realizada			12	Numero	3	3	3	3
1- Realizar treinamento ao profissionais da assistência farmacêutica municipal (alinhamento com as linhas de cuidado)									
Implementação do investimento em assistência Farmacêutica	Numero de contrato firmado no consórcio paraná medicamentos			1	Numero	1	1	1	1
1- Atender em 100% das farmácias públicas os critérios sanitários (vigilância sanitária) 2- Implementar o aporte de recurso financeiro municipal no componente básico da assistência farmacêutica									



Implementação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica	Número de Remume Elaborada	1	Numero	1	1	1	1
1- Distribuir medicamento conforme lista REMUME 2- Adquirir medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica pelo consórcio paraná medicamentos							
Implementação do Componente especial da Assistência Farmacêutica	Número de Remume Elaborada	1	Numero	1	1	1	1
1- Buscar junto ao estado e ministério aumento de repasse financeiro para componente especializado da assistência farmacêutica 2- Discutir com a equipe da 11ª Regional de Saúde e Ministério Público impacto da judicialização de medicamentos no município							
Implementar a assistência farmacêutica nas linhas de cuidado da saúde	Número de linhas de cuidado integradas	7	Número	7	7	7	7
1- Revisar a REMUME com foco no atendimento as necessidades das linhas de cuidado da saúde							
Implementação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas	Protocolos incorporados	100	%	100	100	100	100
1- Implementar a dispensação de medicamentos conforme protocolo clínicos terapêuticos (linhas de cuidado) (treinamento, capacitação e reuniões de revisão de protocolo)							
Implementação da promoção prevenção e educação permanente	Número de capacitações realizadas	100	%	100	100	100	100



- 1- Implementar a dispensação orientada (treinamento e capacitação alinhados com as linhas de cuidado da saúde)
- 2- Implementar a realização de consulta farmacêutica (em acordo com as linhas de cuidado)
- 3- Realizar campanha de conscientização sobre uso consciente de medicamento e polimedicamentos (mídia social, radio, panfleto, escolas,

Diretriz 4

Fortalecimento da Vigilância em Saúde

Objetivo

Fortalecer a Vigilância em Saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	para e Base)	Indicador (Linha- Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
					2026	2027	2028	2029
Implementação da Vigilância epidemiológica com foco: Arboviroses, DNC, COVID19, inteligência de dados e imunização	Número de Ações desenvolvidas	de	100	%	100	100	100	100
			Valor A Unidade de Medida					
<ol style="list-style-type: none"> 1- Manter atualização dos sistemas de informações (SIM, SINAM, SINASC, SIPNI, GAL, etc. sistemas do ministério da saúde, próprio ou estadual) 2- Emitir boletins de acompanhamento de as arboviroses e COVID-19 3- Implementar integração com a atenção Primária em Saúde para enfrentamento ao COVID19 (reuniões de trabalho) 4- Monitorar em sistema de informação, notificação de síndrome gripal suspeito de COVID19, Síndrome respiratória aguda grave, 5- Monitorar em sistema de informação, casos novos de COVID19 6- Monitorar em sistema de informação doses de vacina doses recebidas e aplicação 7- Monitorar Doenças de notificação Compulsória (Hanseníase, tuberculose, Lista da Portaria MS nº 264/2020) 								



Implementação da Vigilância Ambiental com foco na qualidade da água, agrotóxico e vetores	Ações desenvolvidas	100	%	100	100	100	100
<ul style="list-style-type: none">1- Manter atualização dos sistemas de informações (sistemas do ministério da saúde, próprio ou estadual)2- Realizar coleta de água para vigilância dos parâmetros de coliforme total, cloro residual livre e turbidez (GAL, SISAGUA)3- Realizar campanha de conscientização sobre (população exposta a contaminantes químicos, água para consumo humano, agrotóxico etc.)4- Realizar visita domiciliar pelo ACE (orientação, inspeção, bloqueio etc.)5- Realizar levantamento LIRA (atingir 80% de cobertura em cada ciclo)6- Realizar atividade educativa com a temática dengue (residência, escolas etc)7- Implementar o Plano de contingência da Dengue							
Implementação da Vigilância Sanitária, com foco na inspeção, atividade do setor regulado e Zoonoses	Ações desenvolvidas	100	%	100	100	100	100
<ul style="list-style-type: none">1- Realizar campanha de prevenção/cuidados com animais peçonhentos2- Realizar atividade educativa para o setor regulado3- Realizar inspeção em estabelecimento de interesse da saúde4- Realizar atendimento a denúncias5- Alimentar sistema de informação de interesse da vigilância em Saúde (municipal, estadual e federal)							
Implementação da Vigilância da Promoção de Saúde com foco na Cultura de Paz, desenvolviment o sustentável e educação em saúde.	Ações desenvolvidas	100	%	100	100	100	100



- 1- Realizar campanha de sobre (desenvolvimento sustentável, conservação de alimento, definição/separação de lixo) (mídia social, panfleto, escolas, rádios etc)
- 2-

Implementação da educação permanente em saúde	Número de capacitações realizadas	12	Número	3	3	3	3
-----------------------------------------------	-----------------------------------	----	--------	---	---	---	---

- 1- Treinar/capacitar profissionais da vigilância em saúde (conforme demanda de temas)

Implementação de saúde do trabalhador	Número de capacitações realizadas	12	Número	3	3	3	3
---------------------------------------	-----------------------------------	----	--------	---	---	---	---

- 1- Implementação de sistema de informação (sistemas do ministério da saúde, próprio ou estadual)
- 2- Realizar orientação/palestras em empresa/postos de trabalho em geral (conforme demanda) (urbano e rural)
- 3- Atendimento a denúncias, (ouvidoria, MP etc.)
- 4- Notificação de agravos relacionados ao trabalho
- 5- Notificação de acidente de trabalho grave
- 6- Implementação da Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT)

Diretriz 5

Fortalecimento da Gestão da Saúde

Objetivo 1

Fortalecer a Gestão do SUS Municipal

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Unidade de Medida	Meta Plano (2026-2029)	Meta Prevista				
					2026	2027	2028	2029	
Implementação do Sistema de informação da Saúde (Sistema de informação, próprio, CNES, SINAN, SIA, SIM,	Sistemas informados			100	%	100	100	100	100



SINASC,
 SISAGUA,
 SIEVISA, SINASC,
 SIPNI, ESUS,
 digisus)

- 1- Alimentar regularmente 100% dos sistemas de informação, municipal, estadual e federal
- 2- Capacitar/treinar profissionais de saúde para utilização de sistema de informação

Implementação do Financiamento em Saúde	Mínimo aplicado Saúde	R\$ em	15	%	15	15	15	15
-----------------------------------------	-----------------------	--------	----	---	----	----	----	----

- 1- Implementar o aporte de recurso financeiro de custeio e capital com garantia de aplicação mínima de 15% da receita municipal, para atendimento a estrutura da saúde municipal e referenciada.
- 2- Buscar incentivo financeiro de emendas parlamentares
- 3-

Implementação do processo de regionalização da saúde com foco (garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar)	Referência atenção secundária	na	100	%	100	100	100	100
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	----	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Participar das reuniões do CRESEMS 11RS
- 2- Participar das reuniões da CIR 11RS
- 3- Participar das reuniões da CIB Estadual
- 4- Manter participação em grupo condutor das redes de atenção a saúde,
- 5- Implantar processo de Territorialização (Classificação de risco familiar e do indivíduo, Escala de Coelho)

Fortalecimento do Controle Social com foco (monitoramento, avaliação e	Número de reuniões realizadas		48	Número	12	12	12	12
------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	--	----	--------	----	----	----	----



participação
popular)

- 1- Garantir condições administrativas de funcionamento do conselho de saúde
- 2- Atender as demandas deliberadas no conselho de saúde
- 3- Realizar conferência de saúde conforme previsto na lei de criação do conselho de saúde
- 4- Garantir nas reuniões do conselho de saúde, com direito a voz a participação das entidades com interesse na participação popular,
- 5- Apresentar demandas do planejamento, estrutura e ampliação do SUS ao parecer conclusivo do conselho de saúde
- 6-

Implementação da educação em Saúde	Número de capacitações realizadas	12	Número	3	3	3	3
-------------------------------------------	-----------------------------------	----	--------	---	---	---	---

- 1- Garantir aplicação do plano de educação permanente desenvolvido pelas equipes de saúde (incentivo financeiro, estrutura etc.)

Implementação da ouvidoria	Número de demandas atendidas	100	%	100	100	100	100
-----------------------------------	------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Garantir estrutura administrativa para funcionamento da ouvidoria municipal (telefone/meios de comunicação, sala, profissional, recurso etc.)
- 2- Utilizar a ouvidoria como ferramenta administrativa da gestão municipal
- 3- Atender as demandas ouvidoria (dentro dos limites de responsabilidade municipal)
- 4- Encaminhar demandas de ouvidoria para órgão, entidades, entes de outra esfera de responsabilidade
- 5- Implementar o sistema de informação da ouvidoria (municipal, estadual e federal)
- 6- Capacitar/treinamento o ouvidor(a)

Implementação do Controle, regulação, avaliação, monitoramento e auditoria municipal	Ciclo de regulação implantado	100	%	100	100	100	100
---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Implementar protocolos de regulação de acesso a atenção secundária e terciária conforme orientação das linhas de cuidado da saúde
- 2- Implementar a utilização dos sistemas de regulação do Estado do Paraná
- 3- Manter estrutura administrativa da equipe de regulação (Farmácia, especialidades, consórcio etc.)
- 4- Realizar monitoramento/avaliação e prestação de contas quadrimestral, dos programas/projetos, produção e aplicação financeira da saúde, em Relatório de Gestão (RGQ)
- 5- Realizar monitoramento/avaliação e prestação de contas Anual, dos programas/projetos,



produção e aplicação financeira da saúde, em Relatório de Gestão (RAG)

Implementação do acesso à saúde com o fortalecimento das redes de atenção à saúde	Adesão das redes de atenção a saúde	100	%	100	100	100	100
------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----	---	-----	-----	-----	-----

- 1- Aderir as redes de atenção a saúde conforme avanço das redes no estado no Paraná e na 11ª Região de Saúde



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
Gestão 2025-2028

Anexo I

Rename

Componente Básico da Assistência Farmacêutica



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
Gestão 2025-2028

Anexo II

Dengue

Plano de Contingência



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
Gestão 2025-2028

Anexo III

COVID 19

Plano de Contingência COVID 19



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
Gestão 2025-2028

Anexo IV

Saúde da Mulher e da Criança

Linha Guia Rede materno infantil



Administração Municipal
CAMPINA DA LAGOA
Gestão 2025-2028

Anexo V

Lei Orçamentária Anual – LOA 2022