

Plano Municipal de Saúde





PREFEITO

José Cícero Cardoso Costa

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eugênia Ranyelli Moura Soares

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

José Ronaldo Cabral de Oliveira

ASSESSORIA TÉCNICA

Maria Betânia Cotrim Camerino

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO

Paulo Guilherme da Silva

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Luana Kelly Félix da Silva

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

Wedja Soares dos Santos



COORDENAÇÃO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Talys Rafael da Silva

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Diogo Dionízio Delmiro dos Santos

COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Marcella Vanessa Moreira de Lima

GERENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Everaldo Gomes de Oliveria

GERENTE DE ENDEMIAS

José Lucas dos Santos



1. Sumário

1. Sumário	4
2. APRESENTAÇÃO	7
3. INTRODUÇÃO	8
4. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE	12
4.1. Aspectos Demográficos	12
4.1.1. População residente por faixa etária e sexo	12
4.1.2. Informações sobre Regionalização Estadual	14
4.2. Natalidade	15
4.2.1. Nascidos Vivos.....	15
4.3. Mortalidade.....	15
4.3.1. Mortalidade de residentes.....	15
5. Equipamentos de Saúde.....	24
5.1. Estabelecimentos.....	24
6. Redes de atenção à saúde.....	25
6.1. Organização da Rede de Atenção à Saúde	25
6.2. Rede Cegonha	26

6.3.	Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).....	27
6.4.	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	28
6.5.	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	30
6.6.	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	32
7.	Disposições Gerais sobre os grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação na saúde	33
7.1.	Vigilância em Saúde.....	33
7.2.	Vigilância Epidemiológica	34
7.3.	Plano Nacional de imunização.....	34
7.4.	Vigilância Sanitária e Ambiental	35
7.5.	A Vigilância Ambiental.....	36
7.6.	Vigilância à Saúde do Trabalhador	36
7.7.	Promoção à Saúde.....	37
7.8.	Atenção Primária à Saúde	39
7.9.	Assistência em Saúde Bucal.....	39
7.10.	Assistência de Média e Alta Complexidade	40
7.11.	Assistência Farmacêutica.....	40
8.	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - DOMI	41



9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	51
9.1. Monitoramento.....	51
9.2. Avaliação.....	51



2. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de Gestão e de Controle social, que orienta o papel estratégico da Secretaria Municipal de Saúde como Gestora do Sistema Único de Saúde. Expressa a intenção de construir Políticas Públicas de Saúde de forma democrática, ascendente, que reduza as iniquidades do sistema e contribua a consolidação das condições organizacionais da instituição.

Este documento final representa a síntese de um processo de discussão e decisão sobre o enfrentamento de um conjunto de problemas, que foram selecionados e priorizados a partir de um equilíbrio entre as necessidades de saúde da população Pindobense, respeito às legislações vigentes para o setor saúde, compromissos políticos assumidos, visando a efetivação das ações e o comprometimento das metas estabelecidas.

Este Plano Municipal de Saúde tem o compromisso de publicar e orientar, técnica e politicamente, os compromissos da gestão da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2026-2029, cumprindo um preceito legal e demonstrando respeito com os usuários, bem como o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS.

Eugênia Ranyelli Moura Soares
Secretária Municipal de Saúde de Pindoba



3. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal garante, entre os seus princípios, que é direito de todos e dever do Estado o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre eles, a assistência farmacêutica. Vários fatores têm dificultado o alcance desse cenário ideal, no entanto, a compreensão e a aplicabilidade prática do conceito de assistência Farmacêutica são essenciais para o bom funcionamento do SUS. Apenas o acesso ao medicamento não assegura totalmente a melhora da saúde da população, por isso, o conjunto de ações desenvolvido pela assistência farmacêutica, tendo o medicamento como insumo essencial, não se restringe a esse aspecto, mas envolve, também, a promoção do seu uso racional

O Sistema Único de Saúde – SUS representa um dos principais marcos pós Constituição Federal de 1988. Embora seja reconhecido mundialmente como uma das propostas mais avançadas, em termos de inclusão social e universalidade da assistência, o SUS ainda apresenta problemas. Há uma concordância, entre os estudiosos do tema, que o subfinanciamento é uma das principais causas que nos permite explicar o retrato atual do SUS. Esse quadro, somado ao envelhecimento da população (transição demográfica), e ao gradual crescimento de doenças crônico-degenerativas (transição epidemiológica), implicará em um agravamento da saúde pública caso não haja uma intervenção acertada das três esferas de Governo, com foco no planejamento e na organização do sistema, visando superar a fragmentação da atenção, integrar e otimizar recursos, evitar desperdícios, melhorar a eficiência dos serviços e a qualidade de suas ações.

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2026-2029, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período.

Nessa perspectiva o PMS 2026-2029 está estruturado em consonância com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017, composto de cinco diretrizes, da forma que segue:



Diretrizes:

- I. Fortalecimento e ampliação da Atenção Primária em Saúde;
- II. Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde, por meio de ações de prevenção, promoção e vigilância dos riscos, doenças e agravos à saúde da população;
- III. Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade;
- IV. Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos; e
- V. Implementação da Política de Planejamento, Gestão e Controle Social.

O Plano está dividido em três partes: na primeira parte consta a Análise da Situação de Saúde, na segunda explicita a matriz estratégica, com as diretrizes, os objetivos e as metas. Na terceira consta o monitoramento e a avaliação proposto para o Plano.



Histórico

Pindoba nasceu em consequência de uma promessa feita pelo fazendeiro João Dias que tinha uma propriedade agrícola onde hoje se encontra a cidade. Acometido de grave enfermidade, prometeu a São Sebastião que se ficasse recuperado, construiria uma capela em sua homenagem. A graça foi alcançada e de imediato fez construir em pequeno templo na fazenda. Todos os meses, um sacerdote ia celebrar missa na capela e passou a ser frequentada por moradores da região.

O movimento religioso que naquele lugar se procedia, deu razão para que agricultores de outras regiões transferissem suas moradias para o novo local. A fertilidade das terras contribuiu para atrair inúmeras famílias desejosas de implantar propriedades para exploração de lavouras e criação de gado. Em pouco tempo já existiam muitas casas e o desenvolvimento começou a ser uma constante no novo núcleo que se formava. O primitivo nome foi Pindoba Grande, originário de um tipo de palmeira, já desaparecida. O difícil acesso para o local não contribuía para o progresso inicial e somente com a melhoria de suas estradas foi que alcançou sua fase de desenvolvimento.

Gentílico: pindobense



Formação Administrativa:

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, figura no município de Viçosa o distrito de Pindoba. Assim permanecendo em divisão administrativa referente ao ano de 1933. Pelo decreto-lei nº 2361, de 31-03-1938, o distrito de Pindoba passou a denominar-se Pindoba Grande. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Pindoba Grande ex-Píndoba, figura no município de Viçosa. . Pelo decreto-lei estadual nº 2909, de 30-12-1943, o município de Viçosa passou a denominar-se Assembléia. No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o distrito de Pindoba Grande figura no município de Assembléia ex-Viçosa. Pela lei nº 1473, de 17-09-1949, o município e o distrito de Assembléia voltam a denominar-se Viçosa. Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o distrito de Pindoba Grande, figura no município Viçosa ex-Assembléia. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1955.

Elevado à categoria de município com a denominação de Pindoba, pela lei estadual nº 2070, de 10-10-1957, desmembrado de Viçosa. Sede no atual distrito de Pindoba ex-Pindoba Grande. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1957.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

Alterações toponímicas distritais

Pindoba para Pindoba Grande alterado, pelo decreto-lei nº 2361, de 31-03-1938. Pindoba Grande para simplesmente Pindoba alterado, pela lei estadual nº 2070, de 10-10-1957.

Fonte: IBGE.

4. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

a. Aspectos Demográficos

i. População residente por faixa etária

e sexo Período: 2025

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	90	88	178
5 a 9 anos	99	85	184
10 a 14 anos	109	81	190
15 a 19 anos	111	103	214
20 a 29 anos	233	212	445
30 a 39 anos	170	179	349
40 a 49 anos	213	214	427
50 a 59 anos	176	171	347
60 a 69 anos	129	139	268
70 a 79 anos	59	68	127
80 anos e mais	24	33	57
Total	1.413	1.373	2.786



Considerações:

A população Estimada pelo IBGE para o ano de 2025 é de 2.786 hab.

A população do **sexo masculino** é um pouco maior que do **sexo feminino**, tendo maior predominância nas faixas de 40 aos 49 anos.

ii. Informações sobre Regionalização Estadual

Região de Saúde: 4ª Região de Saúde

Município	Área (Km ²)	População (Hab)	Densidade
ATALAIA	531.983	38.480	72,33
CAJUEIRO	124.344	16.572	133,28
CAPELA	205.283	15.051	73,32
CHÃ PRETA	200.802	6.000	29,88
MAR VERMELHO	91.538	3.208	35,05
PAULO JACINTO	107.943	6.691	61,99
PINDOBA	83.218	2.786	33,48
QUEBRANGULO	299.922	11.303	37,69
VIÇOSA	354.762	24.414	68,82

b. Natalidade

i. Nascidos Vivos

Unidade Federação	2021	2022	2023	2024
Pindoba	29	26	31	23

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MS/SVS/DASIS/SINASC)

c. Mortalidade

i. Mortalidade de residentes

Unidade Federação	2021	2022	2023	2024
Pindoba	17	12	19	16

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

4.4 Principais causas de internação

Causas de Internação por Cid 10. Pindoba - 2021 a 2024.
Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.

Capítulo CID-10	2021	2022	2023	2024	2025
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10	12	3	3	3
II. Neoplasias (tumores)	2	5	5	2	3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	-	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1	3	2	2
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	9	7	1	5
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	1	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	17	5	11	9	4
X. Doenças do aparelho respiratório	8	2	-	8	5
XI. Doenças do aparelho digestivo	11	8	12	6	5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	1	3	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	1	1	2	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	15	4	4	10	5

Capítulo CID-10	2021	2022	2023	2024	2025
XV. Gravidez parto e puerpério	29	20	26	28	30
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	6	2	2	1	3
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	1	-	1	5
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	-	5	6	3
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	8	13	11	13	8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	5	2	1	5	3
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	115	85	92	101	84

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Data da consulta: 10/11/2025.

4.5 Agravos SINAN 2015 - 2020

Principais causas de Morbidade , segundo capítulo CID-10. Pindoba/AL- 2021 a 2024.

AGRAVOS SINAN				
AGRAVOS	2021	2022	2023	2024
Atendimento anti-rábico	7	12	10	9
Sífilis congênita	1	0	0	0
Violência interpessoal/ autoprovocada	2	5	4	6
Acidente de trabalho	0	1	1	1
LER/DORT	0	0	0	0
Sífilis em gestante	0	2	0	0
Tuberculose	1	1	0	0
Coqueluche	0	0	0	0
Febre Chikungunya	0	0	0	0
Febre pelo vírus Zika	0	0	0	0

AGRAVOS	2021	2022	2023	2024
Acidente por animais peçonhentos	1	5	3	0
Febre tifóide	0	0	0	0
Disfonia	0	0	0	0
Leptospirose	0	0	0	0
Intoxicação exógena	0	0	2	3
Leishmaniose Visceral	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

4.6 Informações do Programa de Controle da Esquistossomoses

População trabalhada para controle da Esquistossomoses Pindoba /AL- 2019 / 2020.

PCE	2023	2024/2025
População trabalhada	1261	1034
Quantidade de exames realizados	457	438
Recipientes não recolhidos	-	-
Número de pessoas tratadas	29	11
Número de pessoas a tratar	33	13
Não tratados por contra indicações	1	1
Não tratados por recusa	-	-
Não tratados por ausência	3	1
Número de pessoas sem ovos	424	425

Fonte: Sistema Informatizado do Programa de Controle da Esquistossomoses – SISPCE

4.7 Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas

Número total de casos segundo faixa etária por ano, Pindoba 2021-2024

Faixa Etária	2021	2022	2023	2024
< 1 ano	1	1	1	0
1 a 4 anos	5	4	20	26
5 a 9 anos	0	1	24	26
10 + anos	1	24	34	13
IGN	0	0	0	0
Total	7	30	79	65

Fonte: Sistema de Informatizado de Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas -SIVEPDDA/SMSs

Plano de tratamento mais utilizado por ano, Pindoba 2021-2024

Plano trat.	2021	2022	2023	2024
A	7	30	79	65
B	0	0	0	0
C	0	0	0	0
Ign	0	0	0	0
Total	7	30	79	65

Fonte: Sistema Informatizado de Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas -SIVEPDDA/SMS

5. Equipamentos de Saúde

a. Estabelecimentos

CNES	NOME
4072863	ACADEMIA DE SAUDE DE PINDOBA
9980563	CAF PINDOBA
2719673	CENTRO DE SAUDE VEREADOR JOSE GOMES CALHEIROS
7437382	POSTO DE SAUDE PIMENTAS
2720124	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE PINDOBA



6. Redes de Atenção à Saúde

a. Organização da Rede de Atenção à Saúde

Conforme art. 2º da Portaria Consolidada nº 03, de 28 de setembro de 2017, que trata da **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, diz que:**

Art. 2º As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS obedecerão ao disposto no Anexo I. (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Art. 1º)

Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:

I - Rede Cegonha, na forma do Anexo II;

II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III;

III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV;

IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V;

V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI;



b. Rede Aline:

A Rede Alyne é uma iniciativa do governo brasileiro de atualização da Rede Cegonha, para promover um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança, observando as desigualdades étnico-raciais e locais regionais. A Rede Cegonha foi criada em 2011, no contexto da estruturação das redes de atenção à saúde no SUS, e desempenhou um papel importante na organização da atenção à saúde materna e infantil, promovendo ações de qualificação do pré-natal, a disseminação de um modelo de atenção ao parto e nascimento humanizado e cientificamente embasado, o planejamento reprodutivo e o direito das crianças ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa iniciativa ampliou o rol de exames de pré-natal cofinanciados pelo Ministério da Saúde, incentivou a adoção de práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas, desincentivou práticas proscritas, fortaleceu o debate da humanização do parto e nascimento na agenda do SUS, além de ter dado visibilidade ao planejamento reprodutivo e à saúde das crianças. Foi uma estratégia de alcance nacional que trouxe inovações significativas ao longo dos anos.

Entretanto, observa-se a necessidade de atualização desta iniciativa para aprimorá-la, à luz de novas tecnologias, serviços e cenário epidemiológico, e com o objetivo de pautar as desigualdades étnico-raciais e locais regionais, associadas à persistência dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil no país. Entre os principais desafios enfrentados estão a elevada mortalidade materna evitável, o aumento da porcentagem de nascimentos prematuros; as desigualdades entre as unidades da federação; os efeitos do racismo no acesso e qualidade do cuidado, observados na maior mortalidade na população negra e indígena; as dificuldades para um monitoramento qualificado e a defasagem nos valores de financiamento da Rede Cegonha.

Apesar da estrutura organizativa da Rede Cegonha e das pactuações internacionais, os dados da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (IVIS) indicam que as mortes maternas apresentaram variações entre 2014 e 2023. Em 2021, no contexto da pandemia de Covid-19, o número de mortes aumentou para 3.030, representando um incremento de 74% em comparação a 2014, quando houve 1.739 mortes. Por outro lado, a taxa de mortalidade infantil, que foi reduzida em 80% entre 1990 e 2015, resultado de estratégias que permitiram ao país alcançar a meta de reduzir em dois terços a mortalidade na infância, mantém o seu componente neonatal com tendência de estabilidade nesse período.



A Rede Cegonha estabeleceu diretrizes e estratégias para aprimorar a atenção à saúde materna e infantil, como a qualificação do cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal, a promoção do parto humanizado e o incentivo ao pré-natal de qualidade. Esses princípios foram mantidos e reforçados na Rede Alyne, destacando a continuidade e a expansão das boas práticas. A experiência dos territórios com a Rede Cegonha proporcionou aprendizados sobre os desafios e oportunidades para implementação da rede de atenção à saúde materna e infantil, permitindo que na formulação da Rede Alyne, em consonância com o Planejamento Regional Integrado (PRI), novas estratégias sejam incorporadas para atender às demandas emergentes e aprimorar o cuidado oferecido de forma mais eficiente e eficaz.

As mudanças propostas visam melhorar o acesso aos serviços de saúde para gestantes e puérperas, recém-nascidos e crianças, fortalecer a atenção primária e promover a integração entre os diversos níveis de atenção induzindo um modelo de saúde integral mais eficaz. A ênfase na humanização do parto e no acompanhamento integral da mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal reflete um compromisso renovado com a saúde de mulheres, crianças e famílias brasileiras. A Rede Alyne propõe aprimoramentos que impactam diretamente a vida das pessoas, especialmente das gestantes, parturientes, puérperas e crianças. A atualização dos componentes da Rede, a incorporação de novos recursos, a nova modalidade de transporte inter-hospitalar e especialistas na regulação obstétrica melhoram significativamente a qualidade da assistência prestada.

O modelo de cuidado humanizado e integral fortalece o protagonismo da mulher durante a gestação e o parto e assegura um acompanhamento contínuo e de qualidade, promovendo uma experiência positiva, mais segura e digna para as famílias. Além disso, ao ampliar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva e integrar diferentes níveis de atenção à saúde, a Rede Alyne promove uma distribuição mais equitativa dos recursos, a fim de reduzir desigualdades regionais e raciais. Essas mudanças contribuem para um sistema de saúde mais eficaz, inclusivo e justo, beneficiando diretamente a população que mais precisa e melhorando os indicadores de saúde no país. Da mesma forma, a Rede Alyne visa induzir o modelo de cuidados progressivos do recém-nascido grave ou potencialmente grave nas unidades neonatais, por meio do fortalecimento da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. Além disso, busca garantir a segurança alimentar e nutricional no início da vida, com a oferta de leite humano nas unidades neonatais e propõe o acompanhamento desses recém-nascidos em ambulatórios de seguimento, visando a redução da



mortalidade infantil e a promoção do desenvolvimento infantil.

São objetivos da Rede Alyne:

- a) Garantir atenção humanizada e de qualidade à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido e à criança;
- b) Reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena;
- c) Ampliar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar e métodos contraceptivos;
- d) Fortalecer a rede de cuidados obstétricos e neonatais em todo o país.
- e) Promover a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Por fim, e para conhecimento com relação ao parto, o município de Pindoba não dispõe de maternidade, sendo as gestantes encaminhadas para o município de Viçosa.

c. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE):

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;



VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

O município de Pindoba dispõe da rede de promoção, prevenção e vigilância à saúde e atenção básica em saúde. Em caso de emergência, o paciente é encaminhado para UPA de Viçosa, que é a referência do município de Pindoba.



d. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

São princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

Acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;

Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;

Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;

Modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;

Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

Atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;



Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

Articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;

Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

Autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;

Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;

Formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

Fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.



A atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas é realizada no município de Pindoba pela atenção básica em parceria com a equipe multiprofissional e consultas com médico especialista.

e. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

Combate a estigmas e preconceitos;

Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

Diversificação das estratégias de cuidado;

Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;



Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

Promoção de estratégias de educação permanente; e

Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

Promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

No município de Pindoba, a atenção psicossocial é trabalhada através de consultas com a psicóloga e os casos de urgência, são encaminhados para UPA de Viçosa.



f. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes:

Atenção Básica;

Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e

Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam:

acessibilidade;

comunicação;

manejo clínico;

medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e

medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

A atenção a pessoa com deficiência é feita no município de Pindoba, através da Atenção Básica, em parceria com a equipe Multiprofissional e consulta com médico especialista.

7. Disposições Gerais sobre os grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação na saúde:

a. **Vigilância em Saúde**

Na concepção abrangente de Vigilância em Saúde (VS), o objeto das ações é o controle dos fatores determinantes e condicionantes, dos riscos e dos danos à saúde da população em determinado território. A forma de organização do modelo de vigilância em saúde privilegia a atuação intersetorial e as intervenções, particulares e integradas, de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base o planejamento das ações, as análises de situações de saúde. Nesta perspectiva, estrategicamente, a Vigilância em Saúde constitui-se um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade e do cuidado, devendo ser entendida como a prática da integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, tendo a promoção da saúde como eixo transversal.

As ações de Vigilância em Saúde envolvem práticas e processos de trabalho que têm como objetivos: vigilância da situação de saúde da população; detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para resposta às emergências de saúde pública; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; vigilância da saúde do trabalhador; vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde; ações de promoção em saúde; outras ações de vigilância, que podem ser feitas em serviços de saúde públicos e privados, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.



b. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica acompanha a situação das doenças e dos agravos mais importantes para a saúde pública. Para tal, realiza a coleta, o processamento, a análise, a interpretação e a divulgação de uma série de dados referentes às condições de saúde da população e atua no monitoramento e avaliação das ações necessárias para a prevenção, bem como na adoção de medidas de controle apropriadas.

As ações e serviços de vigilância epidemiológica estão estruturados na Coordenação Geral de Vigilância em Saúde, subdividida nas seguintes coordenações técnicas e/ou programas:

Vigilância Epidemiológica (CVE) – que incorpora os núcleos de: vigilância das doenças transmissíveis (hanseníase, tuberculose e hepatites virais), doenças respiratórias e imunopreveníveis, doenças de veiculação hídrica e doenças transmitidas por vetores e zoonoses; Doenças e agravos não Transmissíveis (DANTs); Vigilância do Óbito (CVO); Doenças Transmissíveis Sexualmente (DST/HIV/AIDS);

c. Plano Nacional de imunização

O Programa Nacional de Imunizações é considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, tendo logrado em todo seu período de existência êxitos concretizados pela eliminação da poliomielite e da circulação do vírus autóctone da rubéola e drástica diminuição da incidência de doenças imunopreveníveis, como difteria, tétano, coqueluche e meningites. Os avanços na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis ao longo dos anos foram alcançados pelo desenvolvimento de diversas estratégias que combinaram ações de rotina e campanhas, além da ampliação da oferta de vacinas e de segmentos populacionais atendidos.

O Programa Nacional de Imunizações estabelece metas para as coberturas vacinais, sendo preconizadas para a maioria das vacinas o alcance de pelo menos 95%, com exceção das vacinas BCG e rotavírus, cujas metas são de 90% para cada uma.



Para a homogeneidade de coberturas vacinais (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae B e hepatite B - DTP/HB/Hib), a proporção com 95% de cobertura vacinal em nenhum dos anos houve o alcance das metas estipuladas pelo MS nas coberturas vacinais. Em 2021 foi realizada a inclusão da vacina contra COVID sendo definida a estratégia de vacinação por faixa etária e grupos prioritários.

Atualmente O PNI exerce suas atividades na unidade básica de saúde do município de Pindoba que dispõe de todas as vacinas do calendário básico de vacinação além do sistema implantado SI-PNI para inclusão dos dados de vacinação.

d. Vigilância Sanitária e Ambiental

A **Vigilância Sanitária (VISA)** constitui-se em *“um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).*

A **Vigilância Sanitária** atua sobre um grande número de ações de saúde coletiva, sustentada pelas mais diferentes áreas do conhecimento técnico-científico e guiada pelo conhecimento sobre as leis, incluindo a legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Atualmente, a VISA exerce suas atividades de fiscalização em todos os estabelecimentos de interesse público, dos menos aos mais complexos, dentre eles instituições de saúde, estabelecimentos comerciais, escolas, feiras, distribuidoras, clínicas veterinárias, dedetizadoras, construções, dentre outras.



e. A Vigilância Ambiental

Tem como objeto monitorar e controlar uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visando eliminar ou reduzir a exposição humana a fatores prejudiciais à saúde. Essas ações são necessárias devido aos evidentes sinais de deterioração do ambiente em escala planetária, visualizados em alguns fatores: degradação progressiva dos ecossistemas; contaminação crescente da atmosfera, solo e água; aquecimento global; disposição inadequada de resíduos industriais; contaminação de mananciais de água; e péssimas condições de trabalho e moradia.

Para a execução das ações de Vigilância Ambiental em Saúde já existem instrumentos legais do SUS, definidos por meio de leis, decretos e portarias. Especificamente a Lei n.º 8.080/90 explicita, nos artigos 3º, 6º, 7º, 15º e 16º, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e as atribuições relacionadas à área de saúde ambiental.

f. Vigilância à Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador é garantida pela Portaria da RENAST n.º 2.728/GM, de 11 de novembro 2009, pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e suas atribuições, tendo financiamentos próprios, oriundos do Ministério da Saúde.

O CEREST tem como finalidade favorecer o bem-estar dos trabalhadores - urbanos e rurais ativos e inativos, com ou sem vínculo empregatício, de forma individual ou coletiva, bem como dar ênfase aos processos de promoção e vigilância à sua saúde, assistência e orientação aos acometidos por acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho. O Centro tem o papel de articular e organizar ações intra e intersetoriais, assumindo a retaguarda técnica e se tornando polo irradiador de experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.



Os objetivos principais do CEREST são:

Participar da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e apoio matricial, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;

Promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS;

Executar na rede própria e complementar do SUS, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador, nos sistemas de informação em saúde;

Capacitar trabalhadores de empresas, sindicatos, unidades de saúde e profissionais do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho;

Contribuir na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente;

A análise do trabalho das diversas áreas técnicas que compõem a Vigilância em Saúde, expressa nos documentos institucionais de avaliação da Política de Saúde, demonstra que a VS tem cumprido um papel marcante de suporte ao sistema de saúde, inclusive de subsidiar as equipes gestoras na tomada de decisões.

g. Promoção à Saúde

O contexto nacional e internacional apontou novos desafios e compromissos que motivaram o aprimoramento e a atualização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006. A nova política dialoga com os acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro e está articulada com as demais políticas. Ela incorpora o saber popular e tradicional às práticas em saúde e valoriza a formação e a educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores. A efetivação da Promoção



da Saúde nos territórios consiste no desenvolvimento de políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas a evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças. Dessa forma, as ações de Promoção à Saúde no Município de Pindoba estão voltadas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva, exercidas sobre os condicionantes e determinantes, e estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida da população. Conforme a PNPS, compete à esfera municipal realizar ações baseadas nos temas prioritários da política, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional e Municipal de Saúde, Pactos Interfederativos e Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, bem como Acordos Internacionais firmados pelo governo brasileiro em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias, a saber: formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura de paz e direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável. Nessa perspectiva, os objetivos macros da Promoção e Educação em Saúde no Município compreendem: 1) estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social; 2) contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero entre gerações étnico-raciais, culturais territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; 3) Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver; 4) promover processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e os valores expressos na PNPS para trabalhadores, gestores e cidadãos.



h. Atenção Primária à Saúde

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o nível de atenção responsável por oferecer a porta de entrada prioritária para todas as necessidades e problemas de saúde dos usuários. Embora outros serviços de saúde possam ser procurados com maior frequência — como as unidades de urgência e emergência — é na APS que deve estar garantido o ponto de partida para o cuidado integral e humanizado à saúde.

Dessa forma, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde deve ocorrer em um espaço acessível, acolhedor e capaz de oferecer atendimento de qualidade, sempre orientado pelos princípios da integralidade do cuidado (CONASEMS; COSEMS-RJ, 2016).

A Atenção Primária à Saúde, também denominada Atenção Básica, é compreendida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, voltadas a diferentes grupos populacionais nos territórios (CONASS, 2013).

Quando bem estruturada, a APS assegura o acesso da população aos serviços de saúde e à atenção mais adequada dos profissionais, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para menores custos operacionais no âmbito do SUS.

Novo modelo de financiamento da APS

Com o intuito de fortalecer ainda mais a APS e valorizar a lógica do cuidado territorial e contínuo, o Ministério da Saúde instituiu um novo modelo de cofinanciamento federal para a APS, por meio da Portaria GM/MS n.º 3.493/2024 (10 de abril de 2024). As principais mudanças são:

O modelo passa a ter três componentes de repasse para as equipes de APS (equipes de Saúde da Família – eSF e equipes de Atenção Primária – eAP):

Componente fixo – valor mensal por equipe, transferido aos municípios conforme o estrato de cada município no Índice de Equidade e Dimensionamento (IED).

Componente de vínculo e acompanhamento territorial – valor mensal por equipe, considerando critérios demográficos e de vulnerabilidade (por exemplo, pessoas menores de 5 anos ou maiores de 60 anos, beneficiários de programas sociais), atualizações de cadastro, acompanhamento de pessoas vinculadas às equipes, e satisfação dos usuários. Serviços e Informações do Brasil+1

Componente de qualidade – valor mensal por equipe, condicionado ao desempenho em indicadores de saúde pactuados, ou seja, resultados efetivos alcançados pelas equipes.

O novo modelo entrou em fase de transição em maio de 2024 e os valores começaram a valer a partir da parcela de repasse 05/2024. Em termos de impacto, a mudança significou um acréscimo estimado de cerca de 33% no repasse federal para equipes de eSF/eAP em comparação aos valores de 2023.

O modelo enfatiza fortemente o vínculo entre população e equipe, o acompanhamento contínuo no território, a atualização cadastral e a cobertura qualificada: isso reforça que não basta apenas existir equipes, mas que elas estejam efetivamente ligadas às pessoas e realizem o acompanhamento de seus usuários.

Para que os municípios recebam os recursos, é exigido: credenciamento das equipes (eSF, eAP, eSB – equipes de Saúde Bucal, eMulti – equipes multiprofissionais) junto ao Ministério da Saúde; cadastro das equipes no SCNES; ausência de irregularidades que suspendam o repasse.

i. Assistência em Saúde Bucal

O principal objetivo da assistência em saúde bucal é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, e assim promover a ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos cidadãos do nosso município. Assim como assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, promovendo prevenção e recuperação da saúde bucal da população, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.



j. Assistência de Média e Alta Complexidade

O município de Pindoba dispõe da rede de promoção, prevenção e vigilância à saúde e atenção básica em saúde. Em caso de emergência, o paciente é encaminhado para UPA de Viçosa, que é a referência do município de Pindoba.

k. Assistência Farmacêutica

Assistência Farmacêutica é um conjunto de atos destinados a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade com procedimentos individuais e coletivos, nas quais os medicamentos e correlatos são insumos essenciais e visam a sua obtenção e o uso racional. Este conjunto de ações envolve a sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, garantindo a qualidade dos produtos e serviços, monitorizando e avaliando a sua utilização, a fim de obter resultados específicos e melhorar a vida da população, além de manter uma interação mais próxima com o paciente.

8. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - DOMI.

Diretriz 1: Fortalecimento e ampliação da Atenção Primária em Saúde.									
Objetivo: Promover o acesso dos usuários do SUS a unidades de saúde estruturadas e equipes resolutivas, visando a melhoria do nível de saúde desta população.									
Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Garantir boa a capacitação do quadro técnico da Equipe Estratégia da Família	Percentual do quadro técnico capacitado	-	-	%	100	100	100	100	100
Modernização da estrutura física da Unidade de Saúde	Unidade Modernizada	-	-	Número absoluto	1	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcancem conceito bom em relação ao indicador de Desenvolvimento infantil nos anos do quadriênio	Nº de equipes com conceito Bom no indicador de Desenvolvimento Infantil								
Garantir que as equipes alcancem conceito bom em relação ao indicador de cuidado da pessoa com hipertensão arterial nos anos do quadriênio	Nº de equipes com conceito bom no indicador de cuidado da pessoa com hipertensão								
Garantir que as equipes alcancem conceito bom em relação ao indicador de cuidado da pessoa com Diabetes nos anos do quadriênio	Nº de equipes com conceito bom no indicador de cuidado da pessoa com diabetes								

Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Garantir que as equipes alcancem conceito bom em relação ao indicador de cuidado com a pessoa idosa nos anos do quadriênio	Nº de equipes com conceito bom no indicador de cuidado com a pessoa idosa				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcancem conceito bom em relação ao indicador de cuidado da gestante e puérpera nos anos do quadriênio	Nº de equipes com conceito bom no indicador de Gestante e puérpera				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcancem conceito Bom em relação ao indicador de proporção de atendimentos programados em relação ao total de atendimentos na APS, medindo o equilíbrio entre organização da agenda e acolhimento da demanda.	Nº de equipes com conceito bom no indicador proporção de atendimentos programados em relação ao total de atendimentos na APS, medindo o equilíbrio entre organização da agenda e acolhimento da demanda..				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcancem conceito Bom em relação ao indicador de Prevenção do câncer nos anos do quadriênio	Nº de equipes com conceito bom no indicador de Prevenção do câncer.				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcancem o conceito bom em relação ao indicador de Primeira Consulta Programada por equipe de Saúde Bucal (eSB).	Nº de equipes com conceito bom no indicador de Primeira Consulta Programada por equipe de Saúde Bucal (eSB).				4	1	1	1	1

Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Garantir que as equipes alcacem o conceito bom em relação ao indicador de Tratamento Concluído por equipe de Saúde Bucal (eSB).	Nº de equipes com conceito bom no indicador Taxa de Tratamento Concluído por equipe de Saúde Bucal (eSB).				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcacem o conceito bom em relação ao indicador de Taxa de exodontia por equipe de Saúde Bucal (eSB)	Nº de equipes com conceito bom no indicador de Taxa de exodontia por equipe de Saúde Bucal (eSB)				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcacem o conceito bom em relação ao indicador de Escovação Supervisionada por equipe de Saúde Bucal (eSB) em faixa etária escolar (6 a 12 anos).	Nº de equipes com conceito bom no indicador de Escovação Supervisionada por equipe de Saúde Bucal (eSB) em faixa etária escolar (6 a 12 anos)..				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcacem o conceito bom em relação ao indicador de Procedimentos odontológicos individuais preventivos por equipe de Saúde Bucal (eSB).	Nº de equipes com conceito bom no indicador de Procedimentos odontológicos individuais preventivos por equipe de Saúde Bucal (eSB).				4	1	1	1	1
Garantir que as equipes alcacem o conceito bom em relação ao indicador de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) por equipe de Saúde Bucal (eSB).	Nº de equipes com conceito bom no indicador de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) por equipe de Saúde Bucal (eSB).				4	1	1	1	1

Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Proporção de ações voltadas para o cuidado centrado na pessoa realizadas pela eMulti de forma compartilhada entre profissionais de eMulti e outros profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).	proporção de ações voltadas para o cuidado centrado na pessoa realizadas pela eMulti de forma compartilhada entre profissionais de eMulti e outros profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).				80	80	80	80	80
média de atendimentos por pessoa realizados pela equipe Multiprofissional (eMulti) na APS	Media de atendimentos por pessoa realizados pela equipe Multiprofissional (eMulti) na APS				80				
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica				100	100	100	100	100
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica				100	100	100	100	100
Ações Prevenção da violência e promoção da cultura da paz, Verificação da situação vacinal, Saúde sexual e reprodutiva, Alimentação saudável e Saúde Mental nas escolas pactuadas na adesão ao PSE no município no período avaliado.	Número de Ações do PSE realizadas				56	14	14	14	14

Diretriz 2: Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde, por meio de ações de prevenção, promoção e vigilância dos riscos, doenças e agravos à saúde da população.

Objetivo: Promover a saúde e prevenir as doenças, outros agravos e riscos à população.

Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Investigar os casos de doenças e ou agravos transmissíveis de notificação compulsória que necessitam investigação epidemiológica	Percentual de investigações de casos e/ou agravos de notificação compulsória				100	100	100	100	100
Realizar ações de combate ao Aedes aegypti.	Percentual de Ações de combate ao Aedes aegypti realizados				100	100	100	100	100
Cura de casos novos de tuberculose pulmonar	Taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar				95	95	95	95	95
Investigar Doenças Transmitidas por Alimentos notificadas	Percentual de doenças transmitidas por alimentos notificados				100	100	100	100	100
Realizar ações voltadas a saúde do trabalhador	Percentual de Ações voltadas a saúde do trabalhador				90	90	90	90	90

Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de medida		2022	2023	2024	2025
Mortalidade Infantil	Taxa de mortalidade infantil				0	0	0	0	0
Controle vetorial nos casos confirmados de dengue	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue				4	4	4	4	4
Diagnosticar e tratar casos de esquistossomose	Percentual de diagnósticos e tratar casos de esquistossomose				95	95	95	95	95
Realizar amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez				100	100	100	100	100
Realizar ações de Vigilância Sanitária	Percentual de realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias				95	95	95	95	95
Investigar os óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados				95	95	95	95	95
Manter a Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida				100	100	100	100	100

Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de medida		2026	2023	2024	2025
Registrar os casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação				100	100	100	100	100
Cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes				90	90	90	90	100
Manter o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade				0	0	0	0	0
Manter o preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho				100	100	100	100	100
Manter o número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos				0	0	0	0	0

Diretriz 3: Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade.

Objetivo: Promover o acesso dos usuários do SUS a serviços de médica complexidade no próprio território, visando a melhoria do nível de saúde desta população.

Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de medida		2026	2023	2024	2025
Garantir o atendimento de Pacientes cadastrados no TFD	Percentual de Pacientes cadastrados atendidos	-	-	%	100	100	100	100	100
Acesso de usuários ao serviço de Saúde Mental	Percentual de usuários ao serviço de Saúde Mental	-	-	%	100	100	100	100	100
Capacitação do quadro técnico especializado	Percentual do quadro técnico especializado capacitado	-	-	%	100	100	100	100	100
Oferta de exames especializados	Percentual de oferta de exames especializados	-	-	%	40	10	10	10	10
Oferta de consultas especializadas	Percentual de oferta de consultas especializadas	-	-	%	40	10	10	10	10

Diretriz 4: Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos.									
Objetivo: Garantir o acesso da população a medicamentos e correlatos, promovendo a qualidade da assistência farmacêutica e a utilização do uso racional de medicamentos.									
Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de medida		2026	2023	2024	2025
Qualificação dos profissionais quanto ao uso racional dos medicamentos, focando a importância do uso adequado e essencial para cada tipo de tratamento.	Percentual de técnicos capacitados quanto ao uso racional de medicamentos.	-	-	%	100	100	100	100	100
Qualificação dos profissionais quanto ao sistema HORUS	Percentual de técnicos capacitados.	-	-	%	100	100	100	100	100
Elaborar relatórios semestrais entrada saída e dispensação de medicamentos e correlatos	Número de relatórios entregues.	-	-	Número absoluto	8	2	2	2	2
Fornecer medicamentos e insumos aos usuários do município conforme relação municipal.	Percentual de fornecimentos de medicamentos e insumos.	-	-	%	100%	90	100	100	100
Reestruturar os ambientes da assistência farmacêutica	Percentual de ambientes reestruturados.	-	-	%	100	100	-	-	100

Diretriz 5: Implementação e Fortalecimento da Política de Planejamento, Gestão e Controle Social.									
Objetivo: Implementar e fortalecer o planejamento de forma participativa em conjunto com o controle social para maior eficiência do SUS no município.									
Meta	Indicador	Linha de base			Meta do Plano (2026- 2029)	Metas previstas			
		Valor	Ano	Unidade de medida		2026	2023	2024	2025
Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde	Conselho Fortalecido	1	2020	Numero Absoluto	1	1	1	1	1
Implementar Ouvidoria Municipal	Ouvidoria Implementada	1	2020	Numero Absoluto	1	1	1	1	1
Implementar o Serviço de Regulação, Controle e Avaliação	Serviço de Regulação, Controle e Avaliação Implementado	1	2020	Numero Absoluto	1	1	1	1	1
Elaboração dos Instrumentos de Gestão do SUS	Instrumentos Elaborados	-	-	Numero Absoluto	21	6	5	5	5
Modernização do parque tecnológico da SEDE	Sede da SMS Modernizada	-	-	Numero Absoluto	1	1	-	1	-

9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

a. Monitoramento

O monitoramento pode ser entendido como um instrumento de acompanhamento sistemático que tem por objetivo gerar informações úteis e confiáveis, que permitam aos gestores públicos obter melhores desempenhos ao fim de cada exercício, prestando melhores serviços à sociedade. O monitoramento deve, portanto, gerar subsídios que permitam avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das políticas adotadas. Em um ambiente onde os recursos são escassos e as demandas sociais são urgentes, não interessa apenas se as metas das ações foram alcançadas (entregas previstas), mas fatores como qualidade do gasto e impacto socioeconômico devem ser analisados e tratados de acordo com suas especificidades.

b. Avaliação

Enquanto o monitoramento é extremamente importante para dar ciência sobre o andamento da política, além de permitir aos gestores tomarem medidas preventivas ou necessárias, no caso de desvios de rota em relação ao alcance dos objetivos estabelecidos, a avaliação permite identificar, dentre outras informações, a relevância da política, subsidiando o processo de tomada de decisão enquanto da sua continuidade.

No âmbito da Saúde, a operacionalização do Plano de Saúde se dá por meio da Programação Anual de Saúde, conforme descrito na Portaria de Consolidação N° 01, que diz:

“Art. 97. a Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º)”

Nesse sentido, os critérios para avaliação do Plano Municipal de Saúde - PMS 2026-2029 se darão: forma anual, via PAS e de forma quadrienal, via o somatório da execução das quatro Programação Anual de Saúde – PAS e pelo Relatório Anual de Gestão – RAG.