

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2026 – 2029

Ibiraçu

Estado do Espírito Santo



O futuro não é um lugar onde estamos indo, mas um lugar que **estamos criando**. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo muda tanto o realizador quando o destino.

Antoine de Saint-Exupéry

EDUARDO MAROZZI ZANOTTI
PREFEITO MUNICIPAL

JOSÉ HERVAN PIGNATON
VICE-PREFEITO MUNICIPAL

FERNANDA PAMPOLINI LINDNER PIGNATON
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AMANDA CORDEIRO DIAS
SUB-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GRUPO TÉCNICO MUNICIPAL
PORTARIA Nº 26.885/2025

FLÁVIA HELENA GORZA DOS SANTOS

Gerente de Controle, Avaliação, Monitoramento e Estatística da Saúde

MARISTELA PEREIRA MAFFEI

Médica Veterinária

EVELINY TRUGILHO SILVA PIGNATON

Coordenador da Estratégia Saúde da Família

KAREN GOMES DE OLIVEIRA

Gerente em Rede

TERESINHA PEREIRA BOZZI

Gerente do Fundo Municipal

ROSIANE BROETTO GRAZZIOTTI FIOROTTI

Gerência em Promoção em Saúde

ADRIANA SIQUEIRA PIOL

Gerente de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

ESTRUTURAÇÃO DO PLANO

1. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO	14
2. ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNÍPIO	22
3. ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO MUNICÍPIO....	26
4. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	64
5. RELAÇÃO DE INDICADORES NA SAÚDE	59
6. DEFINIÇÃO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	69
7. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	98
CONCLUSÃO	99

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde tem o prazer de apresentar à cidade a versão **2026-2029 do Plano Municipal de Saúde**. O principal desafio na elaboração deste plano foi produzir um documento norteador e compatível com as Diretrizes, Objetivos e Metas do próximo quadriênio, assim como com o Plano Plurianual Municipal (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Plano Municipal de Saúde, é um dos principais instrumentos de Gestão, que, fundamentado em referencial básico, reflete as diferentes realidades de saúde de uma população. É síntese de um processo de decisão para enfrentamento de um conjunto de problemas em que se deve revelar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos do governo. Tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2026-2029.

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029 tem como referenciais normativos principais: a Lei Orgânica Municipal, o Decreto Federal no 7.508/2011 (BRASIL, 2011b), a Lei Complementar 141/2012 e a Portaria Ministerial 2.135/2013 (BRASIL, 2013b). Foi elaborado a partir de um processo coordenado pela Grupo Técnico Municipal por meio da Portaria nº 26.885/2025.

Tendo representante das áreas pertinentes a pasta da Gestão de Saúde.

Na elaboração deste Plano foram estruturadas as ferramentas do planejamento estratégico, que a atual direção da Secretaria adotou para guiar seus passos neste período de Governo. O primeiro princípio abordado, a consistência técnica, que significou a descrição dos principais problemas de saúde encontrados, de operações para o enfrentamento, de prazos e de responsáveis, sempre visando à integração de mais de uma área de gestão e o acúmulo histórico de cada setor. Reforçamos também o caminho desenhado e aprovado na cidade de articulação do conjunto das políticas públicas, no sentido de melhorar a qualidade de vida e saúde da população de Ibirapu. O segundo princípio adotado foi o da coerência com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade e de seu financiamento. Apesar da identificação de várias necessidades de expansão da oferta assistencial, verificadas nos vários formatos de diálogos com a sociedade, houve a nítida decisão de embasar as propostas nas possibilidades concretas de viabilização financeira e de sua execução, para não tornar este plano uma peça apenas formal. Este movimento é coerente com o grande esforço feito pela gestão da secretaria em otimizar a utilização dos recursos disponíveis e a disposição política da Prefeitura Municipal em manter os patamares atuais de aporte de recursos do tesouro municipal, bem acima dos definidos na Emenda Constitucional 29.

Outro instrumento utilizado para formulação do Plano, foram as propostas elencadas na Etapa Municipal da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com Direito

Humani", realizada em abril/2025, e teve como tema principal. Na oportunidade foram discutidos e levantados pelas diversas representatividades, os problemas de saúde do município e foram elencadas e aprovadas as propostas (cópia em anexos) de soluções, as quais foram contempladas no Plano para o Secretaria Municipal de Saúde próximo quadriênio. Em reuniões realizadas nas unidades básicas de saúde municipal, com orientações sobre a pauta da Conferência e coleta de sugestões. Por fim, a busca contínua da qualidade da Atenção para todo o sistema municipal é imperiosa, como pode ser observado na ênfase dada aos indicadores de resultados positivos na saúde da população, com rigorosos mecanismos de verificação de metas a serem alcançadas, na regulação sistêmica fundada em princípios públicos e na valorização do trabalhador ao se investir na sua educação permanente, independente do seu vínculo empregatício. Desta forma, não estamos falando de qualquer assistência, mas de um claro giro na humanização do cuidado, onde cada usuário e as suas necessidades ocupem o centro de nossas preocupações em cada uma das horas do dia, já que é assim que o SUS funciona no sentido universal.

Contudo, a consistência deste Plano nos ajuda, gestores, trabalhadores e usuários, a demonstrar, mais uma vez, aos níveis Estadual e Federal, a necessidade de maior aporte de seus recursos para ampliar e qualificar a assistência no Município.

De posse deste documento o gestor municipal poderá ter uma visão no que refere as prioridades da gestão municipal para o setor saúde para o período **2026-2029**, com vistas à implantação, implementação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde no Município de Ibiraçu.

ESTRUTURAÇÃO DO PLANO

a) Base Legal

O planejamento das políticas da Administração Pública Municipal para área da saúde deve ser expresso em dois planos: o PMS e o PPA. Ambos estão previstos na Constituição Federal de 1988.

O PPA está definido expressamente no art. 165 e presente em outros diversos dispositivos. O PMS corresponde ao plano setorial, também previsto no mesmo artigo, porém de forma genérica no § 4º. Esses planos, convergentes entre si, devem orientar as escolhas orçamentárias e a gestão das políticas públicas na área da saúde. Assim, o PPA orienta a elaboração da LDO e da LOA, e o PNS orienta a implementação de iniciativas de gestão no SUS, explicitando os compromissos setoriais de governo, sendo anualizado por meio da Programação Anual de Saúde (PAS).

Quadro 01. Legislações que Normatizam os Instrumentos de Planejamento Federais e Municipais do SUS

Legislação	Conteúdo	Dispositivo Legal
Constituição Federal/1988	Institui o PPA e traz consonância entre PPA e PNS.	Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: § 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. § 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.
Lei 8.080/1990	Dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PNS, compatibiliza as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, além disso observa que o CNS estabelece diretrizes para elaboração do plano.	Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. § 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. § 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde, estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo Legal
Lei 8.142/1990	Define a necessidade de realização das Conferências de Saúde no intuito de propor diretrizes para formulação de políticas.	Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
Decreto 7.508/2011	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. § 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. § 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde. § 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.
LC 141/2012	Sobre o processo de planejamento, planos de saúde e diretrizes dos Conselhos de Saúde	Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. § 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos. § 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional. § 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual. § 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
Portaria e Consolidação 01/GM/M S, 2017	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e define os elementos que compõem o PNS.	Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Parágrafo Único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos: V – compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o

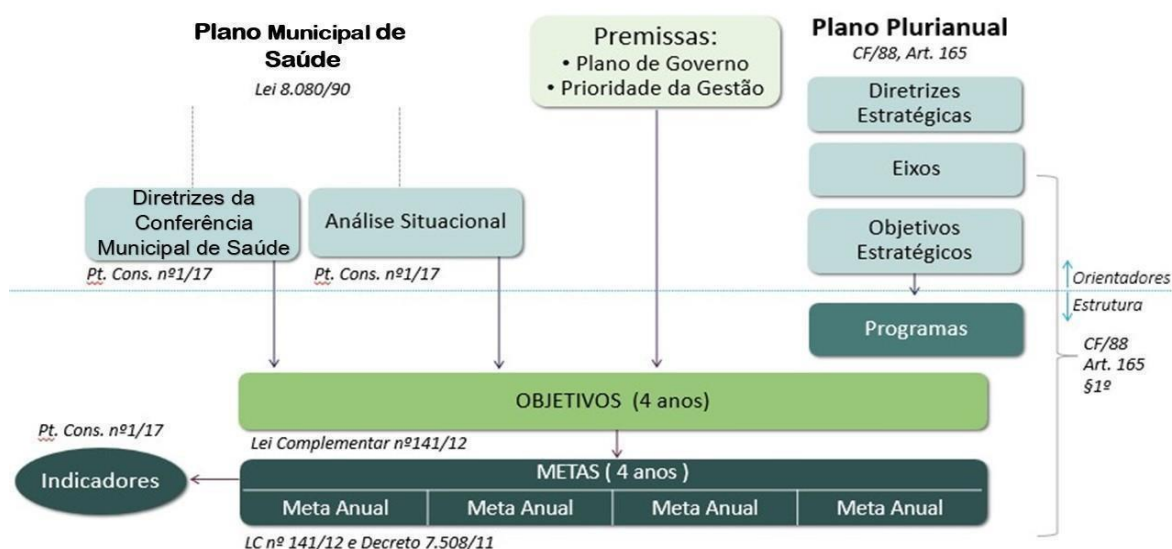
		Relatório de Gestão. § 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. § 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde. Art. 96. O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. § 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. § 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: I – análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: a) estrutura do sistema de saúde; a) redes de atenção à saúde; b) condições socio sanitárias; c) fluxos de acesso; d) recursos financeiros; e) gestão do trabalho e da educação na saúde; e f) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e III - o processo de monitoramento e avaliação. § 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP. 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. § 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. § 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano-calendário. Art. 98. No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos: - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e execução no ano subsequente. Art. 99. O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. § 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; I - a análise da execução orçamentária; e II - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. § 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP.
--	--	---

b) Relação com o Plano Plurianual (PPA)

O PPA expressa o planejamento de médio prazo do Governo Municipal, com vigência de quatro anos, tendo início no segundo ano do mandato do prefeito e fim no primeiro ano do mandato subsequente. Estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração municipal, organizados em programas que resultam em entregas para a sociedade. Para o ciclo 2026-2029, o processo de elaboração conta com a possibilidade de se trabalhar com objetivos, indicadores e metas dentro de cada programa. Campinas historicamente inclui a sociedade civil no processo de planejamento, a partir do PPA – Plano Plurianual, e também através de plataforma digital. Previamente ao processo de elaboração do PPA, com as prioridades estabelecidas para as ações e serviços públicos de saúde, com vistas a contribuir com o processo democrático e constitucional de formulação da política nacional de saúde.

O processo de elaboração do PMS tem início com o estabelecimento de diretrizes pelo CMS, CES e CNS consolidados pela Conferência Nacional de Saúde. Em seguida, a SMS se debruça na elaboração de sua proposta de plano realizando a intervenção conceitual de forma compatibilizada entre PMS e PPA no que tange aos objetivos. Os planos são encaminhados aos atores responsáveis por sua aprovação ou apreciação/validação, a depender de cada instrumento. O PMS é submetido à aprovação do CMS. A proposta do PPA, é apreciada e submetida à validação do Prefeito e encaminhada na forma de projeto de lei à Câmara Municipal para análise, ajuste e publicação, concretizando-se em instrumento de planejamento por meio de Lei. O PMS e o PPA são compatíveis entre si, possuem a mesma vigência e se relacionam quanto aos objetivos. A figura a seguir demonstra como interagem os orientadores estratégicos de cada plano a fim de consolidar os objetivos, metas e indicadores.

Figura 01. Relação PPA e PMS



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

c) Elaboração do PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O PMS compatibiliza as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, tendo por base os princípios e diretrizes do SUS. Conforme definido no art. 96, §3º da Portaria de Consolidação n.º 1, de 2017, sua elaboração considera: a análise situacional; a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e) o processo de monitoramento e avaliação.

A análise de situação em saúde considerou as ações e serviços de saúde desenvolvidos entre 2021-2024, onde a série histórica permitiu além de outras séries históricas relevantes. Na análise de situação, são apresentados dados atualizados e identificados os avanços alcançados, bem como os desafios que ainda permanecem, com o intuito de definir estratégias que produzam alteração na realidade e melhorias na condição de saúde da população.

No primeiro semestre de 2025, foi realizada reunião com o Grupo Técnico de Planejamento do PMS e posterior criação de Portaria efetivando grupo, a fim de orientar acerca da elaboração da análise situacional onde foram revisados os conceitos de cada atributo a ser utilizado, permitindo a compreensão do que se pretende realizar, como e quando, oportunizando o monitoramento dos compromissos do gestor municipal do setor saúde firmados até o final do Plano.

A elaboração dos objetivos e metas levou em consideração, entre outros elementos, as diretrizes provenientes das necessidades da municipalidade e com embasamento na 12ª Conferência Estadual de Saúde e cabe mencionar que o PMS possui compromissos focados em resultados finalísticos a serem entregues para a sociedade. Em alguns casos, o alcance desses resultados não depende exclusivamente da atuação da gestão municipal do SUS, pois o cumprimento das metas depende de esforços realizados em ações intersetoriais pelas demais pastas do executivo e pelos entes federados (direção regional de saúde, estado e união). Nesse sentido, o Ministério da Saúde envida esforços para o aperfeiçoamento da gestão do SUS e da relação entre os gestores do SUS. Esse documento representa um importante referencial para a elaboração de todo o Plano Municipal de Saúde, desde seus objetivos até suas metas e indicadores. A partir dos documentos analisados definimos as seguintes itens: Fortalecer e qualificar a Atenção Primária, ampliando a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e saúde bucal, com vistas à universalização do acesso da população em tempo oportuno, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos, à articulação em rede integrando a atenção primária à especializada; Aprimorar a política de Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar, no âmbito do SUS, ampliando a oferta de serviços com vistas à qualificação do acesso da população em tempo oportuno, à articulação em rede integrando a atenção primária à especializada; Garantir a atenção integral à saúde às pessoas em seus diferentes ciclos de vida e dos segmentos específicos da população estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, com a garantia de acesso a todas as estratégias de

cuidado e tratamento disponíveis no SUS; Reduzir riscos e agravos à saúde da população passíveis de controle por meio das ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção, integrando as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador; Fortalecer a Gestão Municipal do SUS: qualificar os instrumentos de gestão, de execução direta e de contratualização de serviços públicos com a devida fiscalização, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS; garantir o financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde; e promover de forma democrática a participação do Controle Social; fortalecer as ações de educação e de gestão do trabalho no SUS: fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação e a educação permanente; qualificar e valorizar os trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho e fortalecer as ações de Saúde Digital no SUS: aprimorar o cuidado à saúde intensificando a incorporação da inovação e da saúde digital

O Plano Nacional de Saúde 2024-2027 estabelece indicadores gerais da Política Nacional de Saúde que não estão relacionados diretamente com as diretrizes, objetivos, metas e indicadores, no âmbito municipal optamos por manter da lista original somente aqueles que são possíveis de calcular sem perder sua comparabilidade com a abrangência estadual e federal.

Os indicadores de saúde procuram descrever e monitorar a situação de saúde de uma população. Os indicadores relacionados, a seguir, serão utilizados para o acompanhamento da posição do município em relação à Política Nacional de Saúde nos próximos quatro anos.

Anualmente, serão apresentados, por meio de Relatórios Anuais de Gestão, as evoluções em relação aos índices de referência, o que permitirá apurar o impacto gerado pela realização das metas descritas no Plano Municipal de Saúde. A seleção dos indicadores levou em consideração os seguintes critérios: integrar os indicadores Gerais da Política Nacional de Saúde do PNS 2024-2027; integrar os indicadores dos ODS 2030; e/ou Indicadores abordados na análise de situação do Plano.

1. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

1.1 Aspectos Históricos

Em 10 de julho de 1877, partia de Gênova o vapor Colúmbia, com 54 famílias a bordo, para colonizar o atual município de Ibiraçu. A viagem durou 35 dias até Vitória, onde permaneceram em quarentena.

Após a quarentena, as famílias seguiram no vapor Presidente até Santa Cruz e de lá subiram o rio Piraqueaçu em canoas, até chegarem ao Porto de Santana, no Córrego Fundo, onde, sob os comandos do veterano da Guerra do Paraguai, o General Aristides Armínio Guaraná, iniciou a construção da estrada do núcleo, denominado Núcleo Colonial Santa Cruz.

A sede do Núcleo Colonial Santa Cruz, da Colônia Santa Leopoldina, foi logo denominada Conde D'Eu. Em 1890, com a Proclamação da República, o povoado recebeu o nome de Bocaiúva, em homenagem a Quintino Bocaiúva.

Por ocasião da criação do município de Guaraná, o local recebe o nome de Vila Guaraná, numa homenagem merecida ao fundador de Ibiraçu. Entretanto, políticos republicanos, de encontro aos interesses dos velhos imigrantes, em 1892, mudaram o nome da Vila Guaraná para "Pau Gigante", nome originário de uma gigantesca árvore de aproximadamente 60 metros existente entre Ibiraçu e João Neiva.

Em 1892 foi nomeado o Primeiro Oficial do Registro Civil, Sr. Epifânio Gasparini. Em 1932 a vila passou a cidade e, em 1942, a Comarca. O município e a cidade passaram a chamar-se Ibiraçu.

O Município de Ibiraçu até 1988 era composto dos seguintes distritos: Ibiraçu (sede), Acióli, João Neiva e Pendanga. Pela Lei Estadual nº 4076 de 12 de maio de 1988 foi criado o município de João Neiva e instalado a 1º de janeiro de 1989. O município de Ibiraçu ficou reduzido a dois distritos: a Sede Municipal e Pendanga.

O município é cortado pela BR 101 e pela Estrada de Ferro Vitória a Minas. A população estimada é de 12.261 (IBGE, 2025) habitantes. A economia está concentrada na agricultura, na sua maioria pequena propriedades rurais, com predominância das culturas de café e banana. O setor de serviços e comércio também é importante para a movimentação da economia local.

1.2 Informações Territoriais

UF	ES
Município	IBIRAÇU

Região de Saúde	Sudeste
Área	201,24 km
População	11.723

Fonte: Censo IBGE 2022

1.3 Secretaria de Saúde

Nome do Órgão	Secretaria Municipal de Saúde de Ibiracu
Número de CNES	6864805
Horário funcionamento	07h00mim a 16h00mim
CNPJ	14.635.944 / 0001 - 40
Endereço	Rua Martins Pescador, s/nº, B. Profª Ericina, Ibiracu-ES, CEP.: 29670000
Email	sec.saude@ibiracu.es.gov.br
Telefone	(27) 99653 4781 / (27) 3257 0553

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Saúde (CNES) 2025

1.4 Informações de Gestão

Prefeito	Eduardo Marozzi Zanotti
Secretária Municipal de Saúde	Fernanda Pampolini Lindner Pignaton
Email Secretária	Fernandapampolini02@gmail.com
Telefone	(27) 99907 6544

1.5 Fundo de Saúde

Lei de Criação	Lei Municipal nº 1.619
Data de criação	28/05/1991
CNPJ	14.635.944/0001-40
Natureza Jurídica	Fundo Público da Administração Direta Municipal

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

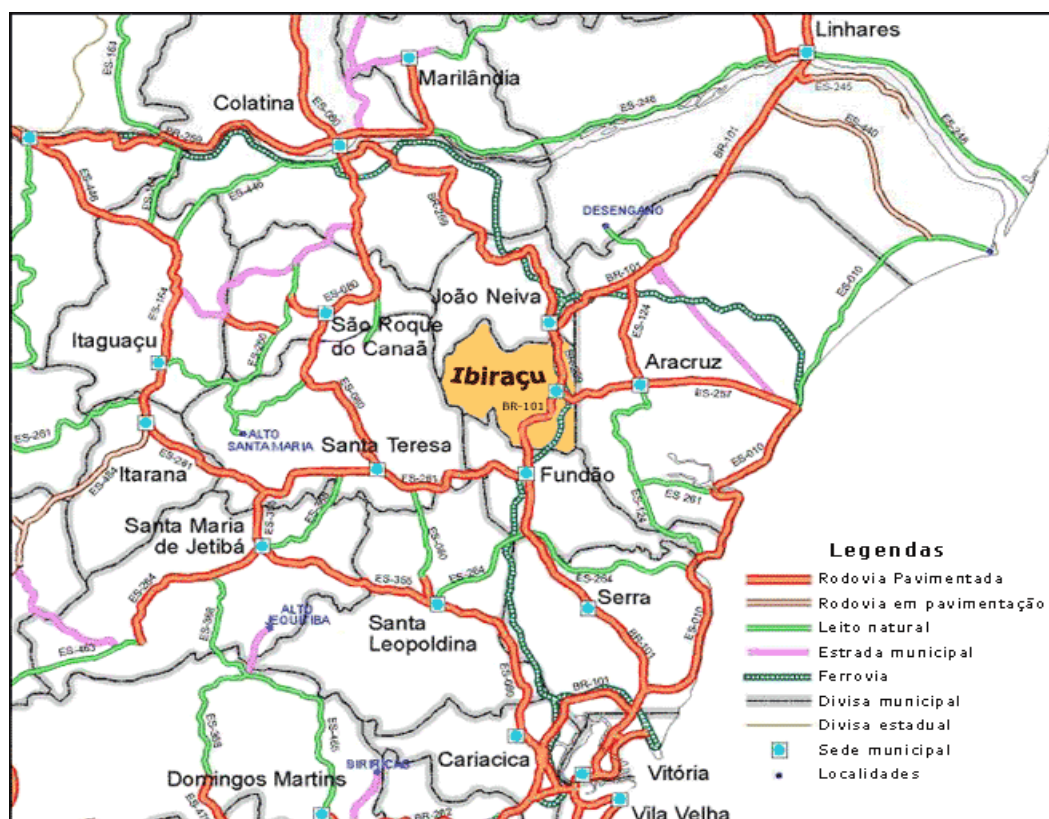
Obs.: Lei específica que criou o Fundo Municipal de Saúde de Ibiracu enquadra-se na referência para sua criação por das condições da Lei Federal nº 8.080/1990 e do Decreto nº 6.710/2025.

1.6 Conselho Municipal de Saúde

Lei de Criação		Lei Municipal nº 2.647
Data de criação		20/02/2006
Nome do Presidente		Adriana Siqueira Piol
Telefone		(27) 99813 1376
E-mail		cms@ibiracu.es.gov.br
Número de conselheiros por segmento	Usuários	06
	Trabalhadores	03
	Prestadores	01
	Poder executivo	02

1.7 Aspectos Demográficos

Extensão Territorial		201,24 km
Região nacional		Sudeste
Estado		Espírito Santo
Microrregião		Norte
Limites	Norte	João Neiva
	Sul	Fundão
	Leste	Aracruz
	Oeste	Santa Tereza
Latitude		Sul de 19°49'52"
Longitude		Oeste de Greenwich de 40°22'09"
Clima		Quente-úmido
Relevo		Ondulado e montanhoso



Fonte: https://www.achetudoeregiao.com.br/es/mapa_rodoviario_espirito_santo.htm



Fonte: https://www.achetudoeregiao.com.br/es/mapa_rodoviario_espirito_santo.htm



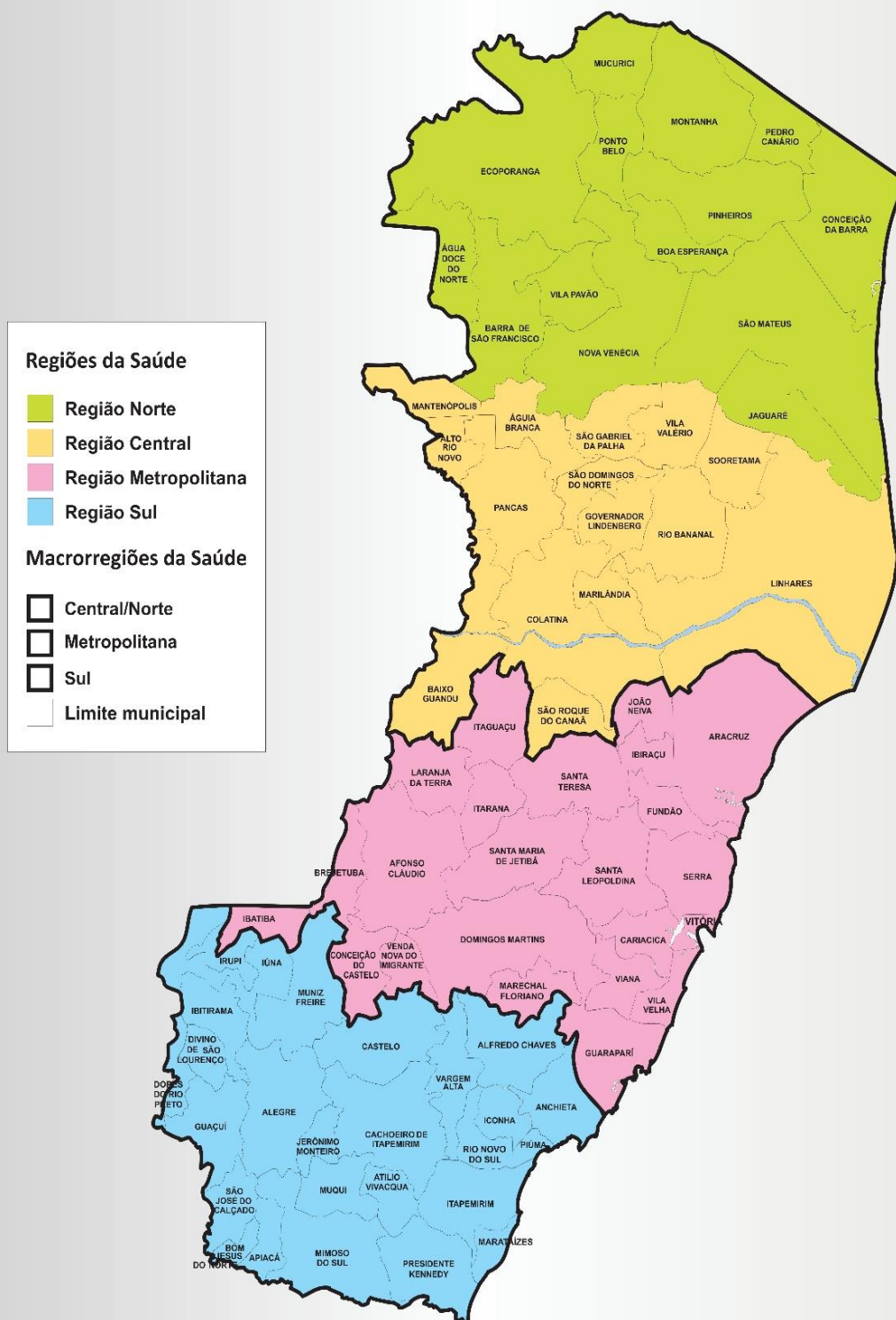
Fonte: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:EspíritoSanto_MesoMicroMunicip

1.8 Regionalização

O PDR - Plano Diretor de Regionalização é um instrumento de planejamento que objetiva organizar a assistência à saúde do estado de forma regionalizada e hierarquizada. Possibilita a elaboração de ações equitativas, de acordo com as características de cada região, e investimentos que permitam ao cidadão ter acesso aos serviços de saúde mais próximos de sua residência, evitando que esse se desloque grandes distâncias em busca de atendimento.

As regiões apresentadas foram definidas a partir do Plano Diretor de Regionalização da Saúde, elaborado em 2011, através de uma metodologia participativa, que valorizou variáveis culturais, socioeconômicas e de identidade regional, além daquelas tradicionalmente utilizadas como porte populacional, malha viária, distância entre os municípios, dentre outras, passando o município de Ibiraçu a pertencer a região central, dentro do plano diretor regional, porém em 2020, através da **Resolução 153/2020** – “Considerando a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde Considerando os estudos realizados na Secretaria Estadual da Saúde a partir da necessidade de revisão do Regionalização Diretor de Regionalização - PDR/2011. Considerando a Resolução nº 011/2020 – CIR NORTE, 20 de outubro de 2020, que aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, integra os 14(quatorze) municípios da Região de Saúde Norte aos municípios que compõe a Região de Saúde Central, constituindo assim uma única região de saúde. Homologada pela Resolução CIB/SUS-ES nº 130/2020. Considerando a Resolução nº 027/2020 – CIR CENTRAL, 10 de novembro de 2020, que aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, integra os 15(quinze) municípios da Região de Saúde Central de Saúde aos municípios que compõe a Região Norte de Saúde, constituindo assim uma única região de saúde. Homologada pela Resolução CIB/SUS-ES nº 149/2020. Considerando a Resolução nº 018/2020 – CIR METROPOLITANA, 15 de dezembro de 2020, que aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que incorpora 03 (três) Municípios: Aracruz, João Neiva e Ibiraçu, na Região Metropolitana de Saúde. Homologada pela Resolução CIB/SUS-ES nº150/2020.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO 2024

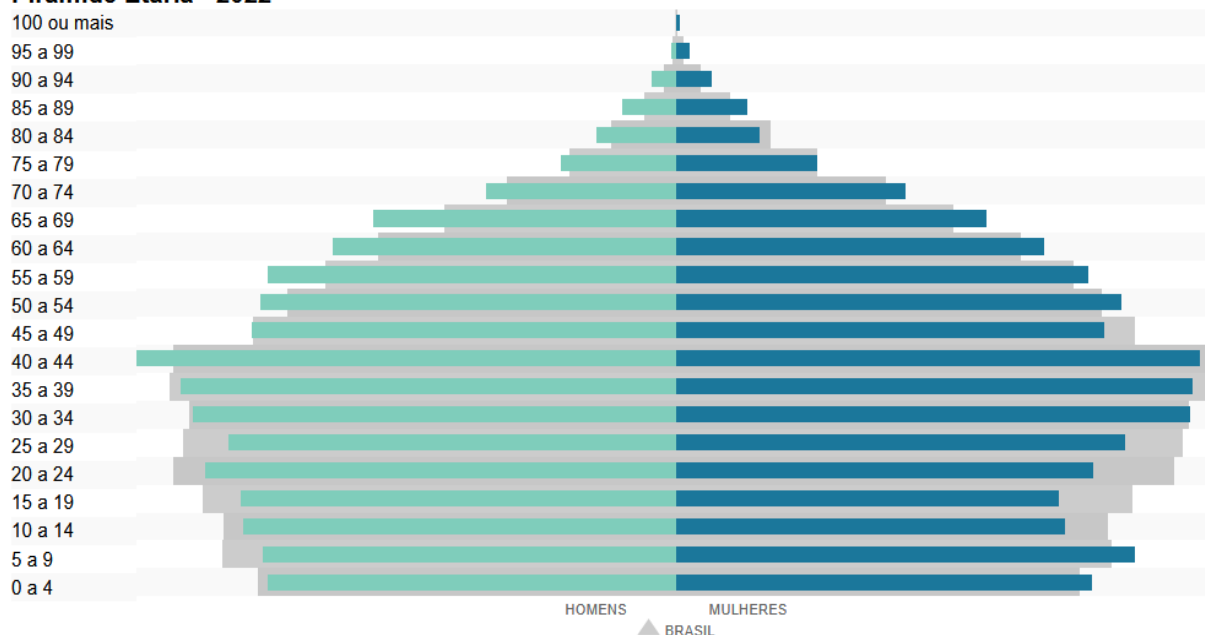


1.9 População total: distribuição por sexo e faixa etária

População Geral		11.723 (IBGE 2022)	
População Faixa Etária			
FAIXA ETÁRIA	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO	TOTAL
< 1 Ano	80	69	169
1 a 4 anos	501	493	993
5 a 9 anos	411	370	781
10 a 14 anos	348	387	735
15 a 19 anos	343	390	733
20 a 29 anos	772	822	1.594
30 a 39 anos	922	876	1.798
40 a 49 anos	852	863	1.715
50 a 59 anos	768	737	1.505
60 ou mais	847	725	1.572
TOTAL	5.348	5.247	11.723

Fonte: IBGE 2022

Pirâmide Etária - 2022



Fonte: IBGE 2022

1.10 Dados Socioeconômico

Ibiraçu, ES, tem um PIB per capita de R\$ 22.794,58 (2021) e uma população de 11.723 habitantes (IBGE 2022), possui uma economia com potencial de consumo, um bom índice de empregabilidade e sobrevivência de empresas, mas enfrenta desafios na diversificação e densidade econômica. Sua população é de cerca de 12,3 mil pessoas (estimativa 2025), com um índice de desenvolvimento humano (IDH) considerado bom, embora em 2010 estivesse na 15ª posição do Espírito Santo. Densidade demográfica em 2022 de 58,25 habitantes por quilômetro quadrado; em relação aos 5.571 municípios do país encontra-se na colocação 1.296º ranking nacional, na região geográfica estadual 2º lugar na classificação de 0 a 6.

1.10.1 Estabelecimentos Escolares

Municipal	Estadual	Particular	Total
12	02	02	16

Fonte: Secretaria Municipal de Educação – Ibiraçu – Ago/2025

1.10.2 Taxa de alfabetização

Faixa etária	Quantidade	Porcentagem
0 a 14 anos	2.405	97,7%

Fonte: <https://gedu.org.br/municipio/3202504-ibiracu> - Ago/2025

1.10.3 Alunos matriculados

Alunos	Educação especial
3.175	179

Fonte: <https://gedu.org.br/municipio/3202504-ibiracu> - Ago/2025

1.10.4 Habitação e demais

Tipo de Casa	%
Tijolo	93,14
Abastecimento de água	%
Rede Pública	87,73

Coleta Pública	%
Lixo	96,29
Abastecimento de água	%
Filtração	97,81
Tratamento de água no domicílio	%
Rede Pública	87,03
Destino do lixo	%
Coleta Pública	93,96
Domicílio ligado à Rede de energia Elétrica	%
Rede Elétrica	99,82

Fonte: <https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-aneamento/es/ibiracu/jun-25>

1.10.5 Vulnerabilidade Social

A situação da vulnerabilidade social no município - Ibiracu - pode ser analisada pela dinâmica de alguns indicadores: houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 8,94% para 4,20%, entre 2000 e 2010; o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, no mesmo período, passou de 16,30% para 14,15%.

Neste mesmo período, é possível perceber que houve redução no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 11,87% para 8,40%.

Por último, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município. Em 2000, o percentual era de 94,08% e, em 2010, o indicador registrou 97,90%. Até a presente data não houve alterações nos dados por meios oficiais.

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/3202504#sec-vulnerabilidade>

1.10.6 Percentual e estimativa de pobreza e de extrema pobreza com base no CadÚnico, 2022.

Nos órgãos de planejamento e institutos de pesquisa aplicada do Brasil seja em nível federal, estadual ou municipal e em organizações internacionais, como o Banco Mundial, de maneira geral, essa questão vem sendo abordada principalmente por meio da definição de uma linha de pobreza, usada para delimitar o número de pessoas com renda inferior a um determinado nível. Em qualquer sociedade o indivíduo que não tenha condições de alimentarse adequadamente será considerado

pobre. Essa premissa serviu de base para a construção de linhas de extrema pobreza. As necessidades calóricas fornecem o parâmetro que tem sido utilizado para estabelecer a linha de indigência. Outras necessidades como moradia, vestuário, transporte, saúde, educação etc. entraram no cálculo da linha de pobreza. De acordo com Rocha (2006) o indivíduo que, com sua renda familiar per capita, não consegue garantir o valor necessário para própria sobrevivência e da família é considerado pobre, ao passo que indigente, é aquele indivíduo cuja renda familiar per capita não é suficiente nem para cobrir os gastos com a alimentação. O conceito de pobreza remete a uma questão social multifacetada, portanto, não se restringe à renda. Entretanto, isso não reduz a importância dos indicadores baseados na renda para mensurar a pobreza, uma vez que a renda consiste no principal determinante do nível de bemestar da população. As instituições empregam diferentes metodologias ao definirem suas linhas de pobreza. O programa de transferência de renda Auxílio Brasil do Governo Federal considera que estão em situação de extrema pobreza as famílias com renda familiar mensal per capita inferior a R\$105,00 e em situação de pobreza as famílias com renda mensal per capita entre R\$ 105,01 e R\$ 210,00.

O município de Ibiraçu possui 27,2% de informalidade e 26,5% de pessoas inscritas no Cadastro Único (CadÚnico) de acordo com um relatório do IJSN de abril de 2025.

Fonte: https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/cademos/Perfil_Pobreza_2022.pdf

2. ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO MUNICÍPIO

O perfil epidemiológico de um município é uma análise detalhada que descreve a distribuição de doenças e agravos de saúde, os fatores de risco e os determinantes sociais que afetam a população local. Essa análise, baseada em dados como incidência, prevalência e mortalidade, serve para planejar políticas de saúde, estratégias de prevenção e alocar recursos de forma mais eficaz para melhorar a saúde pública.

2.1 Longevidade, mortalidade e fecundidade

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM e faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. O valor dessa variável no município - Ibiraçu - era de 70,59 anos, em 2000, e de 75,08 anos, em 2010. Na UF - Espírito Santo -, a esperança de vida ao nascer era 71,64 anos em 2000, e de 75,10 anos, em 2010, sendo o percentual de Ibiraçu de a taxa alcançou o percentual de 15,08%.

A mortalidade no município de Ibiraçu, no Espírito Santo, apresentou uma taxa de 14,29% óbitos por 1.000 (um mil) nascidos vivos em 2023, segundo dados do IBGE. A taxa de mortalidade infantil em 2022 era de 7,14 para mil nascidos vivos, conforme dados segundo dados de 2023 do Sistema de Informação de Mortalidade/MS/DATASUS.

Pensando em reduzir ainda mais a Taxa de Mortalidade Infantil e óbitos maternos, o município de Ibiraçu se empenha em algumas ações para minimizar esses eventos como: melhorias na assistência ao pré-natal com, captação da gestante no início da gestação, realização de testes rápidos na gestante e parceiro, tratamento imediato nos casos de sífilis positiva, exames complementares necessários em cada trimestre, em caso de gravidez de alto risco, acompanhamento no município e Hospital de referência sendo item fundamental que nossas referência primária para parto com visitas das gestantes às suas instalações para ambientação e orientação dos protocolos de atendimento ao parto, visando incentivar a adesão ao parto normal, e também com Hospitais que sejam nossa referência para Alto Risco.

2.2 Óbitos Maternos e de mulheres em idade fértil (MIF)

Óbitos Maternos referem-se a mortes de mulheres relacionadas à gravidez, parto ou puerpério, enquanto Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) incluem todas as mortes de mulheres entre 10 e 49 anos, de forma a investigar se são ou não óbitos maternos. A investigação de todos os óbitos de MIF é crucial para identificar e corrigir casos de óbitos maternos que não foram declarados corretamente, permitindo a melhoria das políticas de saúde e prevenção.

Ano	Nº Óbitos Maternos	Nº óbitos investigados	% Investigados	Nº de óbitos de MIF	Nº óbitos investigados	% Investigados
2019	0	0	0	2	2	100
2020	0	0	0	2	2	100
2021	0	0	0	8	8	100
2022	0	0	0	4	4	100
2023	0	0	0	5	5	100
2024	0	0	0	2	2	100

Fonte: SIM – Modulo de investigação/2025 – dados sujeitos a alterações

2.3 Óbitos Fetais

Óbitos fetais, ou mortes fetais, ocorrem quando um feto morre antes da completa expulsão ou extração do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação. O evento é um importante indicador de saúde pública e está associado a fatores como o cuidado pré-natal e as condições socioeconômicas. A investigação dos óbitos fetais é crucial para determinar suas causas e implementar medidas que possam prevenir futuras perdas gestacionais. A taxa de mortalidade fetal reflete o estado geral da saúde da mulher, a qualidade da assistência pré-natal e o acesso a serviços de saúde. Fatores como a baixa escolaridade e renda materna, o pré-natal inadequado e a ocorrência de óbitos fetais anteriores podem aumentar o risco dessa perda gestacional.

Ano	Nº Óbitos	Nº óbitos investigados	% Investigados
2020	3	3	100
2021	3	3	100
2022	3	3	100
2023	2	2	100
2024	0	0	100

Fonte: SIM – Modulo de investigação/2025 – dados sujeitos a alterações

2.4 Óbitos Infantis

Óbito infantil são as mortes de crianças menores de um ano e é classificado como neonatal (menores de 28 dias) e pós-neonatal (28 dias a menos de um ano). As causas principais incluem afecções do período perinatal, malformações congênitas e doenças infecciosas. A mortalidade infantil tem diminuído globalmente nas últimas décadas, graças a vacinação, melhorias no pré-natal e cuidados com o recém-nascido, mas ainda exige ações de saúde pública para reduzir mortes evitáveis. As principais causas de óbitos infantis incluem: Afecções originadas no período

perinatal, Malformações congênitas, Doenças infecciosas e parasitárias, Doenças do aparelho respiratório, Causas externas.

Ano	Nº Óbitos	Nº óbitos investigados	% Investigados
2020	2	2	100
2021	2	2	100
2022	1	1	100
2023	2	2	100
2024	2	2	100

Fonte: SIM – Modulo de investigação/2025 – dados sujeitos a alterações

2.5 Mortalidade por grupo de causa - Município de residência

Para ter os dados específicos de mortalidade de mulheres por grupo de causa no seu município, é necessário consultar o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde ou os dados da vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do seu estado e município. Esses dados geralmente incluem neoplasias, doenças circulatórias e causas externas como as mais frequentes, mas a análise deve ser adaptada à sua localidade para obter informações precisas. Este indicador mede a proporção de óbitos por uma determinada causa em relação ao total de óbitos no local e período analisados, geralmente expresso em percentagem. A população considerada como "mulheres" pode variar dependendo da análise. Por exemplo, o estudo mencionado considerou mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos).

Mulher em Idade fértil		Materno		Óbito Infantil		Óbito Fetal		Investigados %
2020	2	2020	0	2020	2	2020	3	100
2021	7	2021	0	2021	2	2021	3	100
2022	3	2022	0	2022	1	2022	3	100
2023	4	2023	0	2023	2	2023	2	100
2024	2	2024	0	2024	2	2024	0	100

Fonte: SIM – Modulo de investigação/2025 – dados sujeitos a alterações

2.6 Mortalidade por grupos de causas

A mortalidade por grupos de causas segundo a CID-10 é um indicador que reflete a proporção de óbitos por categorias de doenças e outras causas, classificadas em capítulos do sistema CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde que é um sistema de

codificação e categorização de doenças, lesões e outras condições de saúde, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ela fornece um "idioma" universal para profissionais de saúde registrarem e comunicarem diagnósticos, facilitando o monitoramento de dados de saúde, o planejamento de ações preventivas e o cumprimento de normas regulamentadoras, como a concessão de auxílios-doença. A mortalidade por grupos de causas ajuda a identificar as principais ameaças à saúde da população e as tendências temporais e geográficas dessas causas. O conhecimento sobre os grupos de causas mais impactantes permite que as autoridades de saúde planejem e implementem estratégias específicas de prevenção e tratamento.

Capítulo CID 10		2020	2021	2022	2023
I.	ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS - Dengue, COVID-19, AIDS, tuberculose, malária, leishmaniose, Doença de Chagas, esquistossomose, leptospirose e dengue, que são causadas por agentes como vírus, bactérias e parasitas, e podem ser transmitidas entre pessoas, animais ou por vetores como insetos.	18	24	7	3
II.	NEOPLASIAS (TUMORES) - refere-se ao crescimento celular anormal e desordenado, que pode formar uma massa no corpo, sendo popularmente conhecida como tumor. A neoplasia pode ser benigna (não cancerosa), que geralmente não se espalha, ou maligna (canceroso), com potencial para invadir e se espalhar para outras partes do corpo (metástase).	12	14	6	14
III.	DOENÇAS DO SANGUE, ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS - afetam a produção e o funcionamento das células do sangue, como glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas, que são produzidas na medula óssea.	-	-	-	-
IV.	DOENÇAS ENDÓCRINAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS - conjunto de condições que afetam o sistema endócrino (hormônios), a nutrição e o metabolismo do corpo, incluem diabetes mellitus, distúrbios da tireoide (hipertireoidismo e hipotireoidismo)	5	5	2	5
V.	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS - resultantes da interação entre fatores genéticos, biológicos, sociais e psicológicos.	-	1	-	2
VI.	DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO - condições neurodegenerativas como Alzheimer e Parkinson, doenças autoimunes como a Esclerose Múltipla, acidentes vasculares cerebrais (AVCs), epilepsia, doenças inflamatórias (meningite, encefalite), tumores cerebrais e da medula, além de doenças infecciosas e neuropatias periféricas	6	3	4	9
VII.	DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS - referem-se a um conjunto de condições que afetam o globo ocular, as estruturas ao redor do olho (como pálpebras, conjuntiva, e glândulas lacrimais) e os nervos ópticos. Incluem condições	-	-	-	-

	como catarata, glaucoma, conjuntivite, erros de refração (miopia, astigmatismo), retinopatia diabética, e degeneração macular.				
VIII.	DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTÓIDE - ouvido e a apófise mastoide são a mastoidite (inflamação do osso mastoide, frequentemente causada por uma otite média não tratada), que se manifesta com dor, edema e febre, e o colesteatoma, um tumor benigno que pode obstruir o ouvido e levar à mastoidite crônica.	-	-	-	-
IX.	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO - são um grupo de condições que afetam o coração e os vasos sanguíneos, como infarto, AVC, insuficiência cardíaca, arritmias, hipertensão, doença arterial coronariana, trombose e doença arterial periférica.	15	16	22	11
X.	DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO - respiratório incluem asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), pneumonia, bronquite, sinusite, rinite, e o câncer do pulmão.	4	1	3	11
XI.	DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO - problemas comuns como gastrite, refluxo gastroesofágico, diarreia, constipação intestinal, síndrome do intestino irritável e infecções intestinais, além de condições mais sérias como úlceras, diverticulite, doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn, colite ulcerativa), doença celíaca, pancreatite e cânceres gastrointestinais.	3	3	3	4
XII.	DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO - infecções (bacterianas, virais, fúngicas e parasitárias), doenças inflamatórias como dermatites e psoríase, e outras alterações como úlceras e tumores.	-	-	3	-
XIII.	DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO - osteoporose (enfraquecimento ósseo), artrite (inflamação das articulações), tendinite (inflamação dos tendões) e doenças autoimunes do tecido conjuntivo como lúpus, artrite reumatoide e escleroderma.	-	-	-	-
XIV.	DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO - problemas que afetam rins, bexiga, ureteres, uretra, e órgãos reprodutores masculinos e femininos, incluindo infecções (como infecções urinárias e sexualmente transmitidas - ISTs), cálculos renais (pedras nos rins), incontinência urinária, hiperplasia da próstata em homens, tumores, e doença renal crônica	3	1	3	3
XV.	GRAVIDEZ PARTO E PUERPÉRIO - são fases interligadas do processo de gestação.	-	-	-	-
XVI.	ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL - condições como asfixia neonatal, traumas do parto, prematuridade, infecções congênitas, distúrbios metabólicos, dificuldades respiratórias e cardiovasculares específicas, e problemas de pele ou temperatura no recém-nascido.	1	1	1	1

XVII.	MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS - são defeitos estruturais ou morfológicos, como fendas labiais ou problemas cardíacos, as deformidades resultam de problemas na posição ou forma de estruturas.	1	-	-	-
XVIII.	SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE LABORATÓRIO - sintomas inespecíficos (febre, dor), sinais objetivos (saliências, erupções cutâneas).	-	2	-	1
XIX.	LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS.	-	-	-	-
XX.	CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE - acidentes, como os de transporte, quedas e afogamentos, bem como violências, como agressões, homicídios e suicídios	5	7	9	9
XXI.	CONTATOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE - quando a pessoa procura o serviço de saúde para aconselhamento médico ou para obter explicações sobre os resultados de exames.	-	-	-	-
TOTAL		73	78	63	73

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

2.7 Principais causas de internação por local de residência

Capítulo CID 10		2023	2024
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	35	32
II.	Neoplasias (tumores)	97	93
III.	Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	8	1
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15	16
V.	Transtornos mentais e comportamentais	3	8
VI.	Doenças do sistema nervoso	10	23
VII.	Doenças do olho e anexos	11	14
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	3
IX.	Doenças do aparelho circulatório	89	79
X.	Doenças do aparelho respiratório	83	56
XI.	Doenças do aparelho digestivo	96	99
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	8
XIII.	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	21	19
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	60	52
XV.	Gravidez parto e puerpério	88	86
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	14	9
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	11	6

XVIII.	Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	18	18
XIX.	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externa	88	89
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-
XXI.	Contatos com serviços de saúde	13	12
TOTAL		762	723

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

2.7.1 Internações- Procedimentos hospitalares do SUS por local de residência

Ano	Nº Internações	Baseado na população anual %
2021	612	4,87
2022	603	5,14
2023	762	6,50
2024	723	6,16
2025	344	2,93

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi> - ago/25

Obs.: Informações do ano 2025 são inerentes até o mês de junho.

2.8 Total de nascidos vivos por sexo

Ano	Masculino	Feminino	Total
	Nº Absoluto	Nº Absoluto	Nº Absoluto
2020	82	79	152
2021	76	70	146
2022	74	66	140
2023	81	59	140
2024	69	80	149

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – ago/2025

2.9 Notificação de Agravos e Proporção de cura de casos

A notificação de agravos de saúde é a comunicação obrigatória de casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos ou eventos de saúde pública para as autoridades sanitárias, realizada por profissionais e estabelecimentos de saúde por meio do **e-SUS VS** é um software público que atende as necessidades de modernização do cuidado e Vigilância em Saúde em todas as unidades de saúde públicas desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde por meio do

Estado do Espírito Santo. Esse sistema é fundamental para o monitoramento de surtos, a avaliação de riscos e o planejamento de ações de vigilância e intervenção em saúde no nível municipal, estadual e nacional.

Tabela abaixo com informações inerentes ao ano de 2024.

Agravos	Notificados	Confirmados	Cura	Percentual %
	Nº Absoluto	Nº Absoluto		
Acidentes por animais peçonhentos (escorpião, aranha, cobra)	26	26	26	100
Atendimento Antirrábico Humano	45	14	14	100
Chikungunya	35	10	10	100
Dengue	967	276	276	100
Doença aguda pelo Zika vírus	12	1	1	-
Esporotricose Humana (fungo de pele)	5	5	-	-
Esquistossomose	0	0	-	-
Eventos adversos pós vacinação	0	0	-	-
Infecção pelo novo coronavírus (COVID-19)	638	436	436	100
Hanseníase	1	1	1	100
Malária	0	0	-	-
Oropouche	24	24	24	100
Sífilis em Gestante	4	4	4	100
Sífilis não especificada Adquirida	1	1	1	100
Tuberculose	6	6	1	16,67
Violência Interpessoal/Autoprovocada	31	31	31	100

Fonte: <https://esusvs.saude.es.gov.br> – ago/2025

Obs.: Nos casos de **tuberculose** o Município informa que 1 somente é residente, 1 é "pessoa em situação de rua" e na atual data encontra-se detido pelo sistema prisional em outra cidade no Estado do ES, 04 casos surgiram em época de "colheita de café" foram transferidos para cidade de origem com transferência ao setor competente de saúde.

2.10 Percentual de Cobertura do Calendário Nacional de Vacinação

Conforme a Sociedade Brasileira de Imunizações (SbIm), a vacina tem como principal função gerar imunidade, a vacinação sensibiliza o sistema imunológico do organismo, fazendo com que ele crie defesas, anticorpos especiais contra uma série de doenças que quando ocorrem, podem acarretar a morte ou deixar graves sequelas na pessoa acometida. A importância da vacinação não está somente na proteção individual, mas porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e saúde das

pessoas vitimizadas. “No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza vacinas que atendam a crianças, adolescentes, gestantes, trabalhadores, pessoas com mais de 60 anos, população indígena etc. É importante destacar que o PNI (Programa Nacional de Imunização) trabalha com metas importantes, como a de vacinar 90/95% da população.” Hoje o Município de Ibiracú trabalha e tem implantado o Sistema de Informação Estadual Vacina e Confia, plataforma oficial de gestão estadual da imunização no Espírito Santo que visa estabelecer um controle efetivo na distribuição e aplicação de vacinas no Estado.

Vacina – ano de 2024	Quantidade	Percentual %
Covid-19	270	
Influenza	4.765	
Vacina Tríplice bacteriana acelular	280	
Vacina Varicela (atenuada)	94	
Vacina ACWY meningite	362	
Vacina Dupla adulto	533	
Vacina Rotavírus humano	281	
Vacina Tríplice viral	208	
Vacina DTP/HB/Hib	411	
Vacina Poliomielite Oral (Bivalente) - VOP	196	
Vacina Poliomielite inativada - VIP	643	
TOTALIDADE	8.043	68,60

Fonte: <https://vacinaeconfia.saude.es.gov.br> – ago/2025

3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Sistema Municipal de Saúde de Ibirapu, de acordo com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, tem a responsabilidade de desenvolver as ações e serviços públicos de saúde de acordo com as diretrizes previstas no artigo nº 198 da Constituição Federal no âmbito do município, sendo representado pela Secretaria Municipal de Saúde. O fortalecimento da gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento não depende apenas do governo federal, mas também, e principalmente, da participação decisiva dos prefeitos e de seus secretários de Saúde, a qual, aliás, já vem ocorrendo na maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos.

A organização do SUS do Município de Ibirapu está pautada na forma a integrar os diversos serviços que compõem o sistema de saúde e ampliar a comunicação entre eles. O planejamento das ações de saúde envolve a articulação e a cooperação entre atores sociais e políticos embasado em uma visão ascendente. A análise de saúde é importante para subsidiar o processo de planejamento, com informações e evidências para definição de diretrizes, objetivos, indicadores e metas do Pacto pela Saúde dentro da realidade do município, sendo possível serem atingidos. A análise situacional das condições de saúde da população, de determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde permitiu a identificação dos problemas e orientou o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde a definir as medidas a serem adotadas a partir da necessidade da população. assegurar a publicitação de prestação de contas dos recursos estaduais e federais ao Conselho Municipal de Saúde; e implantar e monitorar indicadores de gestão para aplicação dos recursos destinados. Pretende-se fortalecer a cultura do planejamento, apesar de existir algumas normatizações, para que ele não seja uma resposta à burocracia federativa, mas uma ferramenta de utilização e apropriação para todos.

3.1 - A Secretaria Municipal de Saúde de Ibirapu, tem sua estrutura organizacional composta por:

Atenção Primária a Saúde

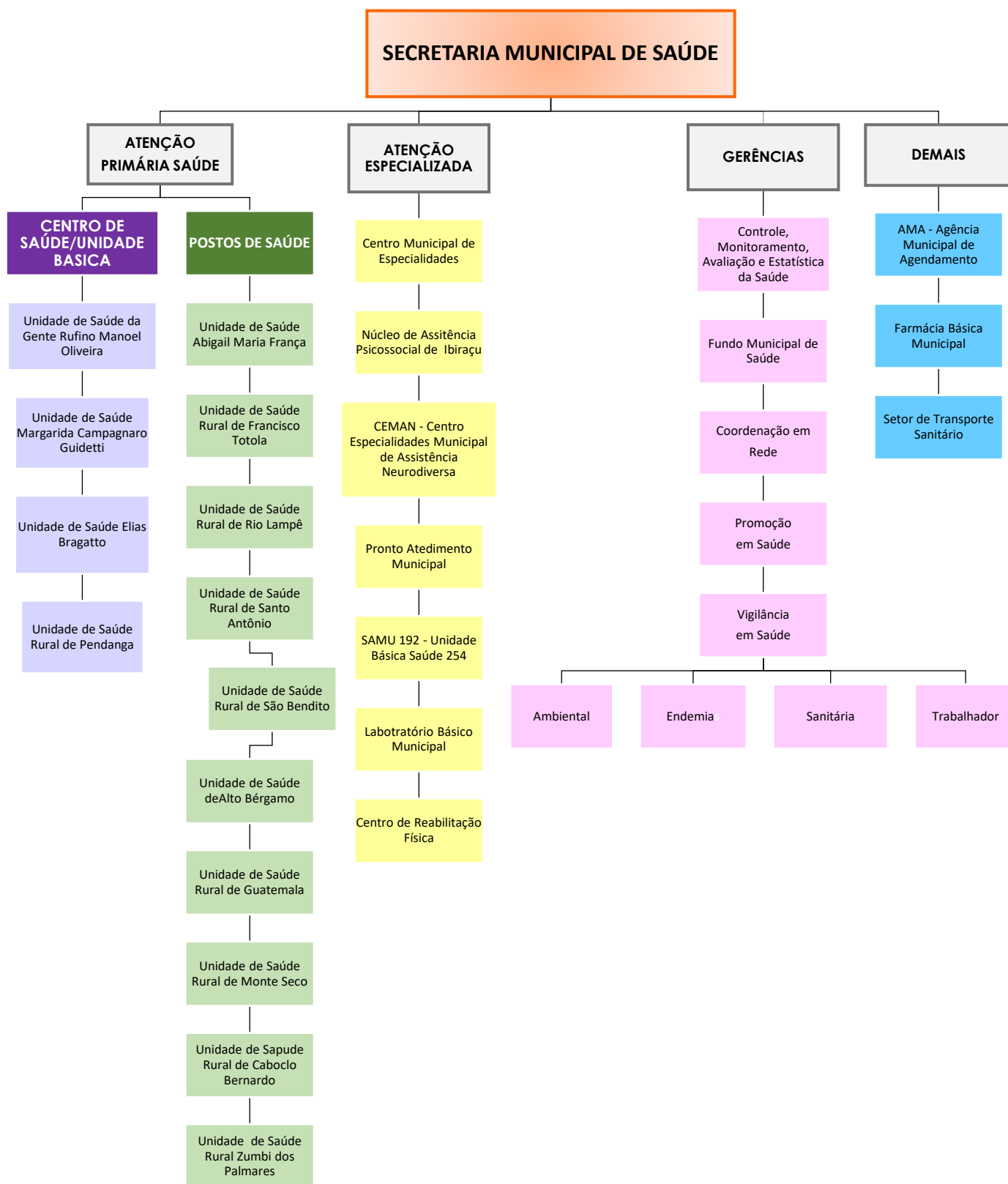
Atenção de Média e Alta Especializada

Núcleo de Assistência Psicossocial

Vigilância em Saúde

Assistência Farmacêutica

Central de Regulação



3.2 Rede Física Prestadora de Serviços de Saúde Municipal 2025, por tipo de estabelecimento.

Rede Física					
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal		Total
			Público	Privado	
POSTO DE SAÚDE	0	0	11	0	11
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	0	0	4	0	4
CONSULTÓRIO ISOLADO	0	0	0	8	8
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	1	0	2	4	7
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	0	0	0	2	2
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	1	0	0	0	1
CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	0	0	1	0	1
PRONTO ATENDIMENTO	0	0	1	0	1
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	0	0	0	4	4
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	0	0	1	0	1
TOTAL					40

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)
Data da consulta: 23/09/2025

3.3 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde, é caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a redução de danos, bem como a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na qualidade de vida da população. A Atenção Básica é a porta de entrada dos usuários para o Sistema Único de Saúde (SUS), também funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde dos mais simples aos mais complexos, o modelo adotado pelo MS para Atenção básica no Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A APS se orienta pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, assim como tem suas ações pautadas na continuidade do cuidado e na humanização da assistência. O trabalho realizado pelas Equipes de Saúde da Família visa o atendimento ao seu território de abrangência, com prioridades em alguns programas como controle da hipertensão arterial e diabetes, saúde da mulher, planejamento familiar, saúde do homem, controle de tuberculose e hanseníase, saúde da criança, saúde na adolescência e juventude, saúde do idoso, programa bolsa família, sistema de vigilância alimentar e nutricional, nas unidades de saúde também são realizados procedimentos como palestras educativas, acolhimento aos pacientes, curativos, inalações, teste de glicemia capilar, aferição de pressão arterial, imunização, sutura e remoção, coleta de exames laboratoriais, coleta de citopatológica, dentre outros.,

O município conta atualmente com 04 - Estratégia de Saúde da Família. A cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde é de 100%, incluindo a saúde bucal. As equipes de Estratégia de Saúde da Família contam com veículos próprios adquiridos com recursos de emenda parlamentar federal para garantir a realização dos serviços a nível domiciliar e também na zona rural. Cada equipe da saúde da família é composta por: 01 Médico da Saúde da Família, 01 Enfermeiro, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Agente Comunitário de Saúde e a equipe odontológica composta por 01 odontólogo clínico geral e 01 auxiliar de saúde bucal, dentre demais funcionários dentre eles trabalhador de área pública, recepcionista, administrativo. É importante lembrar que o modelo da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, foi considerado prioritário em nosso município, uma vez que a maioria da população está sendo atendida nesse desenho organizativo de saúde desde o ano de 1.999. Todas as equipes, desenvolvem suas ações seguindo os Programas preconizados pelo Ministério da Saúde como:

- 1. Saúde da Criança:** este programa é desenvolvido pelas equipes, através da puericultura, ou seja, um conjunto de ações voltadas à vigilância do crescimento e desenvolvimento para promoção de atenção integral à saúde da criança nos 02 primeiros anos de vida. A 1ª consulta é realizada de forma presencial por profissional médico ou enfermeiro, até o 30º dia de vida. Após o 1º mês, o acompanhamento das crianças passa a ser feito a cada 2 meses até completar 1 ano. E depois a cada 3 meses até completar 02 anos de vida. Em cada consulta é realizado registro de peso e altura e verificado a situação vacinal. Após os 2 anos, as mães são orientadas a trazer a criança anualmente para consulta de rotina ou em caso de intercorrências.
- 2. Saúde da Mulher:** é um programa voltado à população feminina, com atenção às necessidades dos diferentes ciclos de vida, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, prevenção precoce de câncer de colo de útero e mama, através do exame Papanicolau, são realizados no monitoramento dos casos com alteração, e se necessário são encaminhada (s) a saúde estadual. Também são solicitados exames de mamografia, inclusive o Município possui mamógrafo para execução dos exames de rotina e orientação do auto exame das mamas. Outras ações voltadas para as mulheres como aconselhamento sobre comportamento sexual, métodos contraceptivos, esterilização, dores menstruais, planejamento familiar e ações de acompanhamento do pré-natal e puerpério. Atualmente, a gestante é considerada prioritária nos atendimentos, esta passa por consultas médicas e odontológicas mensais, realiza os exames de rotina do pré-natal, como teste rápido de Sífilis, HIV, Hepatites e ainda exames complementares de laboratório e ultrassom. Também é orientada quanto a imunização na 20ª semana de gestação. São realizadas reuniões de grupos com as gestantes por equipe multiprofissional, onde são abordados temas educativos sobre a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com o Recém Nascido e as gestantes desnutridas ou obesas são encaminhadas a nutricionista para orientação alimentar. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde,

todas as gestantes realizam no mínimo 07 consultas médicas de pré-natal, sendo a 1ª, até 12 semanas de gestação. Saúde do Idoso: neste programa os usuários passam por consulta médica ou de enfermagem a cada seis meses, para os casos de portadores de Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus. Nesta consulta são aferidos a pressão arterial, o peso e altura, glicemia capilar e avaliação dos pés, além disso também são solicitados exames laboratoriais, e prescrição de medicamentos para a prevenção das complicações. São realizadas palestras e reuniões com grupos de idosos, com temas ligados ao diabetes ou hipertensão e orientação quanto a prática de atividade física e alimentação saudável.

3. **Saúde Bucal:** as equipes de saúde bucal são compostas por 01 Dentista e 01 Auxiliar de Saúde Bucal nas quatro Estratégias de Saúde da Família do município, possuímos com 04 cirurgiões dentistas Dentistas, 01 odontólogo clínico geral e 04 Auxiliares Bucais, onde são realizados procedimentos clínicos básicos. Também é executado campanhas de saúde bucal nas escolas em todas as de ensino fundamental, onde são realizadas as ações do PSE no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Em relação aos atendimentos odontológicos especializados, para melhorar ainda mais o acesso da população aos serviços odontológicos.
4. **Saúde do Trabalhador:** este Programa ainda não está bem definido em nosso município, mas conta com digitador, enfermeiro, técnico de enfermagem e as unidades básicas de saúde atendem os trabalhadores, mas em sua maioria não realizam as notificações relacionadas as doenças ocupacionais e no monitoramento de doenças e agravos relacionados ao trabalho, como as doenças ocupacionais.
5. **Saúde do Idoso:** A saúde da pessoa se orienta pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) e pelo Estatuto da Pessoa Idosa, visando a atenção integral, a prevenção de doenças e a promoção da autonomia. O planejamento deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com a Atenção Básica (AB) como porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Garante que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam a referência para o cuidado do idoso, onde a maioria dos problemas de saúde, como hipertensão e diabetes, devem ser acompanhados e resolvidos. O idoso tem acesso a diferentes níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade), com fluxos claros de encaminhamento, se necessário.
6. **Saúde do homem:** são ações e serviços de saúde que visam garantir a atenção integral à população masculina, dos 20 aos 59 anos, e, posteriormente, também a população idosa. O principal objetivo é facilitar e ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, combatendo a tendência cultural de que eles procuram menos os cuidados preventivos e médicos.

Atualmente esse trabalho a atenção primária é voltada apenas para atualização das vacinas e dos exames preventivos, principalmente do Papanicolau e PSA. São fornecidos EPIs para os

servidores pela coordenação da APS como luvas, máscaras, jalecos descartáveis, óculos de proteção, calçados específicos e filtro solar para os que trabalham com exposição solar. Também são realizados exames admissionais e periódicos com o médico do trabalho para todos os contratados pela prefeitura, mas com certeza é necessário um trabalho mais específico voltado para os trabalhadores em geral. Também são realizadas várias Campanhas de Prevenção com envolvimento da população, funcionários públicos municipais e equipes de Atenção Primária como: Outubro Rosa, Novembro Azul, Setembro Amarelo, Campanha de Imunização, Prevenção ao Câncer do Colo do Útero, Aleitamento Materno, Vacinação animal e etc.

3.4 Benefícios eventuais

Os benefícios disponibilizados com o objetivo de assegurar o acesso aos benefícios como fralda, suplemento, medicação em caráter de urgência com qualidade, e promover atendimento da população, a Secretaria de Saúde atende a população dentro do limite estipulado **Lei nº 3.514/2013** do município de Ibiraçu, no Espírito Santo, por meio do Programa de Assistência à Saúde do Cidadão, autorizando o Poder Executivo a realizar despesas com ações na área de saúde para atender às famílias e cidadãos do município, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Os processos oriundos das via entrada no setor de Protocolo, gerados através de prescrição médica são analisados no setor e encaminhados ao almoxarifado central onde os benefícios são dispensados medicamentos essenciais e os de natureza emergencial, mediante apresentação de receituário médico atualizado em primeira via, devendo quando tratar-se de medicamento de uso prolongado, apresentar laudo médico circunstanciado e original. O fornecimento de exames médicos e laboratoriais especiais não executados por órgãos oficiais, justificada a sua urgência por laudo médico atualizado; e empréstimos de cadeiras de rodas, cadeiras de banho, muletas e colchões destinados à habilitação ou reabilitação de pessoas acidentadas, cama hospitalar à doentes ou portadoras de deficiência física, mediante apresentação de atestado médico, quando exigível e doação de fraldas geriátricas para idosos e acamados.

3.5 Assistência Farmacêutica e Insumos

Neste componente à aquisição dos medicamentos no âmbito da atenção básica em saúde, com base em valores per capita, financiados pelas três esferas de gestão (financiamento tripartite) e gerenciado pela esfera municipal. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) do Estado estabeleceu a operacionalização sistemática, respeitando a aplicação mínima dos valores monetários/habitante/ano, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e alterada pela Portaria 2.001 de 03 de agosto de 2017.

A Farmácia Básica contempla a dispensação de um elenco de 155 (cento e cinquenta e cinco) remédios devidamente registrados na REMUNE – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

(expostos no site da prefeitura diariamente com quantitativo e faltosos), conta com o gerenciamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, criado o Programa Estadual de Registro de Preço (PERP) com o objetivo de adquirir os medicamentos básicos de forma centralizada, otimizando a aplicação de recursos financeiros, reduzindo gastos na compra de medicamentos fornecidos pelos municípios. Informa-se ainda que medicamentos de alto custo não presentes na REMUNE e RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, são adquiridos por recursos próprios da gestão por intermédio de processos devidamente dotados de documentos, laudos de especialidade abertos no setor de Protocolo da Prefeitura Municipal de Ibiraçu, avaliados rigorosamente e liberados após compra efetuada por meio de licitação em conformidade lei. Já os medicamentos especializados dispensados pelo Governo do Estado do Espírito Santo, onde foi destinado ao Município de Ibiraçu a responsabilidade do farmacêutico como também a abertura de processo de solicitação por meio de formulários específicos dispensados, o acompanhamento de liberação, busca dos respectivos na Farmácia Cidadã no Município da Aracruz/ES e dispensação.

Atualmente o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica está distribuído da em conformidade a Portaria GM/MS Nº 5.632, de 25 de outubro de 2024:

Esfera	Valor
Governo Federal	R\$ 7,55 por habitante/ano/município
Governo Estadual	R\$ 3,61 por habitante/ano/município
Governo Municipal	R\$ 3,61 por habitante/ano/município

O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) em Ibiraçu, como em todo o Brasil, é tripartite, envolvendo o Governo Federal, o Governo do Estado do Espírito Santo e o próprio município de Ibiraçu. Em 2024, o financiamento em nível estadual e municipal foi detalhado pela CIB nº 246/2024, que estabeleceu um valor mínimo de R\$ 3,61 por habitante/ano para o repasse municipal, com base no Censo de 2022, e um incremento no repasse estadual.

O município possui uma farmácia municipal centralizada, e conta com uma equipe de 02 Farmacêuticos, 02 Assistentes Administrativos, 01 estagiário. O município arca com a maior parte dos medicamentos distribuídos a população e por isso optou por uma padronização de medicamentos, através da REMUME com um elenco de 155 (cento e cinquenta e cinco) que são adquiridos, com prioridade para atender os programas do MS da Atenção Primária a Saúde. Os critérios e formas de aquisição de medicamentos pelo município, são adquiridos por meio de licitação e/ou ata de registro de preços. Em casos extras pode ocorrer a compra é realizada pelo sistema de compra direta com três orçamentos, com dispensa de Licitação (*mandados judiciais*), ocasionalmente alguns pacientes com listagem de medicamentos não constantes na nossa grade

e também que não se enquadram no Alto Custo e recorrerem à justiça para que o município adquira tais medicamentos.

Os medicamentos passam por inspeção dos funcionários da farmácia, onde são verificados o lote e a validade incluso no sistema do RGSystem que controla entrada, saída, quantitativo, dispensados, em estoque e demais. Após o cadastramento eles são armazenados em prateleiras por ordem alfabética em sala própria, com ventilação adequada, além dos medicamentos acondicionamento em câmara fria específica quais exigem refrigeração.

3.6 Sistema de Informação

A gestão da saúde está informatizada, salvo as unidades básicas de saúde rurais, onde não há acesso a internet. Os setores são equipadas com computadores, impressoras, celular, tablets, etc. Possui boa conectividade, com suporte próprio. Atualmente o município operacionaliza diversos sistemas, pelos profissionais de diferentes áreas: Faturamento - CNES, SIA, BPA, Transmissor DATASUS. Planejamento - DIGISUS, E-GESTOR AB, FNS, INVESTSUS, MV Regulação, PPI.

Vigilância em Saúde - SIM, SINASC, SINAN, SIPNI, VACINAECONFIA, GAL, ESUS-VS, SISCATMOS, SISSOLO, SIES E VIGIAGUA.

Atenção Básica - SISVAN, SIS, CADWEB, e-SUS, MV Regulação, SICAN, E-GESTOR, ESUS-AB

3.7 Transporte Sanitário

O Transporte Sanitário, é o transporte de pessoas portadoras de quadro de saúde agudo ou cronicamente enfermas, avaliadas por profissionais de saúde em domicílio ou na Unidade de Saúde e que não possuem risco imediato de morrer, mas necessitam de encaminhamento a outra unidade de saúde de referência, geralmente, de maior complexidade. No Município de Ibiráçu, o Transporte Sanitário realizará deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo fora do município., em situações previsíveis de atenção programada com a realização de procedimentos regulados e agendados, realizado por veículo tipo ambulância A para pacientes com dificuldades de locomoção ou em decúbito horizontal. O serviço de Transporte Sanitário Público pretende atender os encaminhamentos dos profissionais da rede de saúde do município para local de referencia que atende media e alta complexidade com necessidades de realização de exames e consultas programadas com especialistas. Com este serviço em funcionamento, a qualidade do transporte dos usuários do sistema público de saúde terá a seu favor serviço mais seguro e humanizado. Toda a demanda de serviços de saúde de Atenção Primária é encaminhada às Unidades Básicas de Saúde. Há no município serviços de Média Complexidade que está terceirizado e os demais atendimentos de médias e altas complexidades são referenciados pela regulação para outros municípios tais como Colatina, Cachoeiro de Itapemirim, Baixo Gandú, Santa

Teresa, João Neiva, Aracruz, Linhares, Vila Velha, Serra, Vitória, Santa Maria de Jetibá, Cariacica, Guarapari, Cariacica dentre outros que haja regulação.

Na presente data o serviço conta no setor de transporte com 03 ambulâncias disponíveis para o Pronto Atendimento Municipal para os casos de urgência e emergência. Possui 02 veículos modelo Virtus, 03 veículos modelo C3, 01 veículo Spin, 01 micro ônibus, 01 ônibus e 02 Vans, para transporte de pacientes com diferentes patologias e na Atenção Primária 01 pickup Toro fiat, 02 kiwid, 01 gol, 01 etios sedan. O setor de transporte conta com 01 funcionária específica para controle e agendamento com telefone específico para o setor.

3.8 Controle, Monitoramento, Avaliação e Estatística da Saúde.

Tem por finalidade realizar o devido controle, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde contratualizados com a rede pública, cuidando da realização de todas as atividades necessárias para subsidiar a Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde no bom cumprimento de sua finalidade e responsabilidades supra definidas para o setor público e avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e satisfação dos usuários como também a utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação das ações integradas às demais que farão o acompanhamento dos fluxos de referência de programação assistencial.

Ainda se entende por Controle, o monitoramento de normas e eventos, processos e produtos, com a finalidade de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações que requeiram uma ação avaliativa mais detalhada. Avaliação, por sua vez, consiste na análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o intuito de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecidos para o sistema de saúde, de acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu art. 198, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público realizar a regulamentação, fiscalização e controle, diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988). Neste sentido, cabem à União, Estados, Distrito Federal e Municípios definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

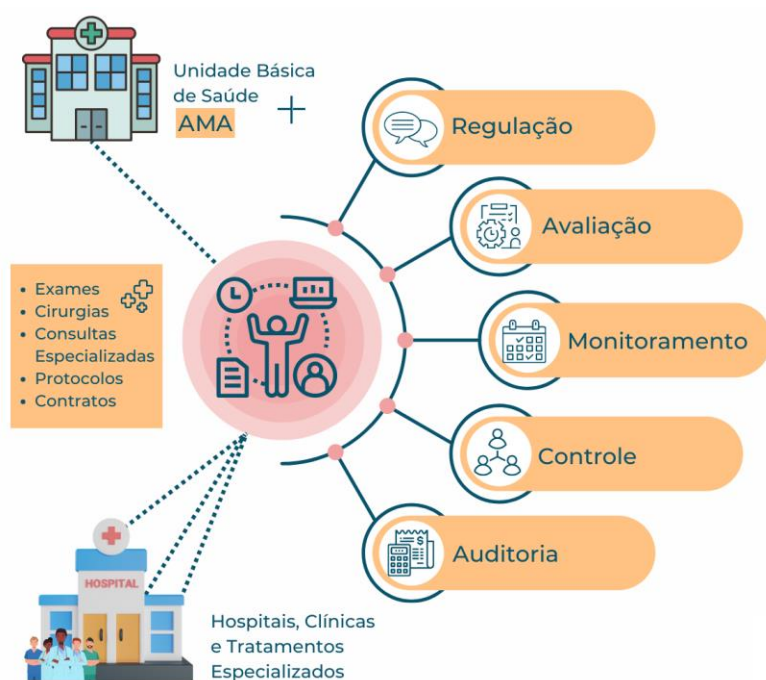
3.9 Laboratório Básico Municipal

É um setor de apoio diagnóstico à atuação clínica. Este serviço da Prefeitura, por meio da Secretaria de Saúde, é responsável pela realização de diversos exames para análise de doenças dentre eles testes rápidos para covid e resultados e também é um grande processador de dados, na medida em que auxilia outros setores da secretaria a realizarem ações em saúde pública. São oferecidos exames mais restritos, nos setores de Bioquímica: Parasitologia, Sorologia onde o material coletado

é enviado ao laboratório do Estado do Espírito Santo – LACEN, realiza mais de 192 análises de interesse à saúde pública, incluindo diagnósticos de doenças respiratórias, arboviroses, doenças entéricas (causadas por bactérias, vírus e parasitas) e outras infecções como tais como Tuberculose, Hanseníase, Sorologia Dengue RT PCR, Chikungunya, Zika Vírus, Malária, Esquistossomose, Leishmaniose, Oropouche, Influenza dentre outros e no laboratório municipal os testes rápidos Coronavírus COVID-19, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C, HIV e Dengue NS1. Os exames do pezinho coletados são encaminhados à APAE Vitória – ES. Inerente as biópsias recebidas, são encaminhadas ao Laboratório LAPAES (Vitória/ES) conforme pactuação. Ressalta-se que por meio de consórcio público temos apoio dos Laboratório Thonson e LADEPAF - Laboratório de Análises Clínicas.

3.10 AMA – Agência Municipal de Regulação

A municipalidade conta hoje com um pequeno núcleo de Regulação implantado com equipe mínima de 01 Médico Regulador e 03 assistente administrativos, possui um sistema informatizado para regular toda demanda de procedimentos de média e alta complexidade fora do município. Responsável por organizar e otimizar o acesso da população aos serviços de saúde, como consultas, exames, internamentos e cirurgias, garantindo o uso equitativo dos recursos públicos e a integralidade do cuidado. Ele coordena a demanda e a oferta de serviços, supervisiona o fluxo de pacientes entre os diferentes níveis de atenção e utiliza sistemas informatizados como o SISREG como também os serviços comprados por meio de consórcio público para gerir esses processos, assegurando o cumprimento das diretrizes.



Regulação em Saúde

A Regulação em Saúde desempenha um papel fundamental na gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é essencial para garantir que os recursos sejam utilizados de forma adequada e equitativa.

Através do Núcleo de Regulação, é possível controlar a oferta e a demanda de serviços públicos de saúde na cidade, promovendo a organização e a eficiência da Rede de Atenção à Saúde.

3.11 SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Unidade Básica Ibirapu 254

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 é um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde e faz parte da Rede Assistencial Pré-Hospitalar Móvel de atendimento às urgências. O Município de Ibirapu por meio de convênio com o Estado do Espírito Santo, implicando nos valores de recursos estadual e municipal. O atendimento pré-hospitalar móvel em situações de urgência é caracterizado pela busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. Este tipo de atendimento evita o agravamento da condição da vítima, minimizando o sofrimento, prevenindo sequelas ou mesmo evitando o óbito, por meio de atendimento e/ou transporte adequado. O serviço é gratuito, acessado pelo número 192, funciona 24 horas por dia e 07 dias por semana, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acionados por uma Central de Regulação das Urgências. Por isso o SAMU 192 tem papel fundamental na organização do atendimento na rede de Atenção às Urgências com a função de garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS, referindo-se ao atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão, ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência e que mesmo assim ainda necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade no tratamento. O serviço é regulado através da Central de Regulação Médica de Urgências do SAMU localizando no Município da Serra-ES, e a base municipal fica localizado anexo ao Pronto Atendimento Municipal de Ibirapu.

3.12 Ouvidoria Municipal - SUS

A Ouvidoria Municipal foi regulamentada pelo DECRETO N.º 6.659/2024 onde regulamentou a LEI FEDERAL N.º 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos usuários de serviços públicos, institui o sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Municipal, e dá outras providências inerente ao cargo de Ouvidor. A Lei de criação do cargo de ouvidor foi LEI N.º 3.080/2010 dispõe sobre a nova estrutura organizacional da PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIRAPU, cria e extingue cargos de provimento em Comissão e dá outras providências, onde consta a regulamentação do cargo de Ouvidor. A Ouvidoria tem a responsabilidade de acolher as manifestações dos munícipes "usuários do SUS, inseri as demandas no sistema informatizado disposto no site oficial da Prefeitura Municipal de Ibirapu, repassar as mesmas aos diversos setores e posterior prestar devolutiva para o requerente, conforme protocolo instituído. As demandas somente são encerradas com autorização do usuário após o mesmo receber a resposta, caso não haja aceitação da resposta a demanda é devolvida para que sejam feitas novas averiguações. A

Ouvidoria tem também como função o esclarecimento de dúvidas e a disseminação de informação sempre que for procurada para esse fim.

3.13 Centro de Reabilitação e Fisioterapia

O Centro de Reabilitação do Município, conta hoje com 02 (dois) profissionais fisioterapeuta gerais e 01 (um) assistente administrativo, promovendo serviços nas especialidades de fisioterapia ortopédica, fisioterapia neurológica, fisioterapia pós acidente nas diversas vertentes é disponibilizado serviços de reabilitação. A proposta do município é a organização dos serviços cujo objetivo é proporcionar atenção ambulatorial especializada em reabilitação, diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistida. O serviço conta ainda com veículos adaptados para o transporte dos usuários cuja deficiência interfira em sua mobilidade e em sua acessibilidade aos meios de transporte convencionais para se deslocar nas consultas e exames agendados.

3.14 Pronto Atendimento Municipal

Dispõem atendimento de 24h é o apoio da atenção básica de saúde do município. Tem como suporte diagnóstico serviço de laboratório e radiologia, disponíveis, é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária. Uma rede organizada de atenção às urgências em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar no intuito a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade com meio da Regulação de Vagas pactuadas com o Estado do Espírito Santo e/ou em maior gravidade regulados via SAMU.

A capacidade operacional do Pronto Atendimento Oswaldo Lanschi de Ibirapu conta com: sala de emergência, 02 enfermarias, 02 consultórios médicos, sala de radiologia, sala de medicação/repouso, sala de curativo, sala de nebulização, sala de raio-x/ mamógrafo, sala de pequenas cirurgias, laboratório, farmácia básica, sala de pesagem, sala de repouso para funcionários, almoxarife, sala de expurgo, sala de imunização, sala de Desinfecção de equipamentos e/ou aparelhos, sala de repouso para profissionais da saúde, recepção, banheiro (s), cozinha, lavanderia e necrotério.

O Pronto Atendimento possui elenco de profissionais constantes em 07 enfermeiros (as), 14 médico (as) clínico gerais, 01 médico cirurgião geral, 14 técnico (as) de enfermagem, 07 condutores de ambulância, 04 recepcionistas, 02 técnicos em radiologia, 04 trabalhadores (as) de limpeza de

áreas públicas e 01 Gerente Administrativo. Ressaltando ainda que dentre os profissionais citados temos um Enfermeiro RT (responsável técnico) e um médico Diretor Clínico.

3.15 Centro Municipal de Especialidades

Esta Unidade possui demandas organizadas, com demanda referenciada sem atendimento de urgências ou emergências, internação ou procedimentos cirúrgicos caracterizados em nível de "ambulatório". Conta com profissionais nas especialidades básicas, oferecendo médicos nas áreas de ginecologia, clínico geral, pediatria, psiquiatria, neurologia, ortopedia, nutricionista, cardiologista, fonoaudiólogo, enfermagem, técnicos de enfermagem inclusive capacitados na área de imunização, recepcionista e trabalhador de limpeza de área pública.

3.16 Setor de imunização

Além do armazenamento e organização das vacinas, sendo responsável pelas campanhas de vacinação e realização de bloqueios para evitar as doenças preveníveis. No momento 02 (duas) salas de vacinas estão disponíveis para realização de vacinas com funcionamento entre 07:00hs até às 16:00hs e nos dias segunda a sexta-feira, tendo funcionamento estendido aos sábados em época de Campanhas preconizadas pelo Ministério da Saúde e/ou busca ativa nas escolas; em visitas aos acamados e idosos juntamente a equipe de saúde da atenção primária. Para algumas vacinas especiais é realizado agendamento conforme orientação do Programa Estadual de Imunização. O setor efetua monitoramento das campanhas de vacinação com maior transparência e integração e utiliza o Programa desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, informações de vacinação de maneira resumida para auxiliar numa visualização rápida e geral. O Vacina e Confia é uma plataforma que oferece serviços como agendamento de vacinas, controle de salas de vacinação e de soro antiveneno, monitoramento de dados e apoio à Política Estadual de Imunização, beneficiando tanto a população quanto os gestores de saúde.

3.17 Núcleo de Assistência Psicossocial de Ibirapu

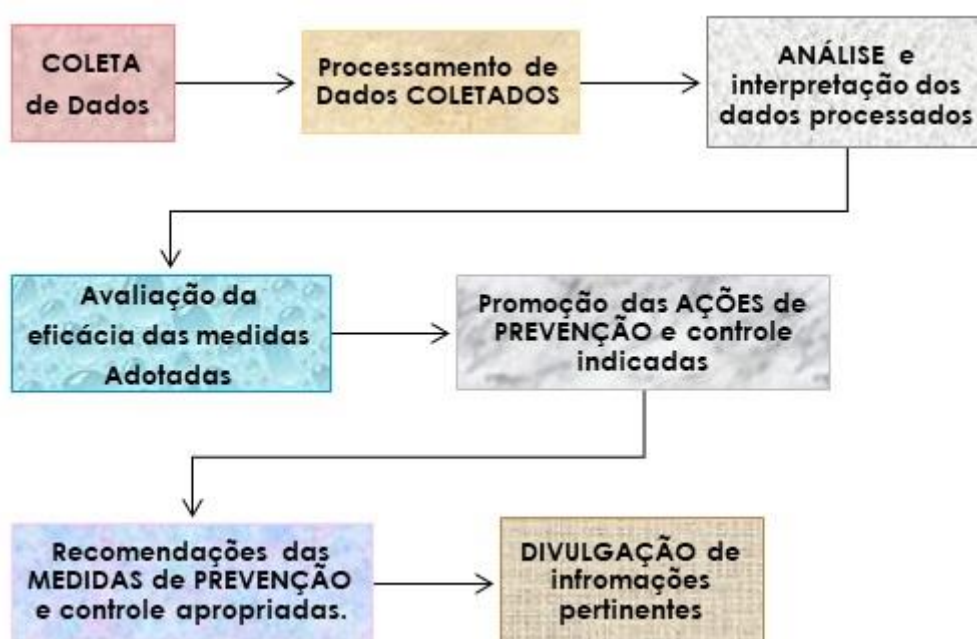
O programa de Atenção à Saúde Mental tem como objetivo promover o cuidado integral às pessoas com sofrimento, transtornos mentais incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, como também disponibiliza a atenção e apoio necessário aos respectivos familiares de cada paciente.

O Município conta com equipe multidisciplinar com: 02 psicólogos, 02 psiquiatras, 01 neurologista, 01 assistente administrativo, 01 assistente social, 01 enfermeiro, 01 profissional responsável pelas

oficinas sociais e manuais como atividades complementares, porém não possui CAPS - Centro de Atenção Psicossocial em nenhum nível de modalidade. Nos casos mais graves que necessitem de internação contamos com a Pactuação com Estado do ES.

3.18 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Atualmente a municipalidade vem se reestruturando para atuar de forma eficaz e eficiente junto a Saúde do Trabalhador. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. As ações das equipes que atuam em Vigilância em Saúde são pautadas pelos indicadores de saúde pactuados pelo Gestor local, nos diversos instrumentos de pactuação de âmbito Nacional, Estadual. A vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador. O maior e complexo desafio da Vigilância em Saúde é descentralizar as ações e, ao mesmo tempo, trabalhar de forma articulada com os demais setores e principalmente entre as vigilâncias, que no município composta pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância do Trabalhador e Vigilância Sanitária.



Quadro: Organograma do Setor de Vigilância em Saúde – ago/2025

3.18.1 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária é definida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Essas ações abrangem o controle de bens de consumo que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, em todas as etapas e processos, da produção ao consumo, bem como o controle da prestação de serviços relacionados à saúde, observando-se as regras operacionais do Ministério da Saúde. No Município de Ibiracú, conta com 02 (dois) funcionários específicos agente de vigilância sanitária, as atividades da Vigilância Sanitária são respaldadas por um arcabouço legal que inclui o Código Sanitário do Estado do Espírito Santo (Lei nº 6.066, de 30 de dezembro de 1999) e suas alterações, disciplina o licenciamento dos estabelecimentos de interesse da saúde, a Lei Municipal e o Decreto Municipal. Reconhecendo as frequentes atualizações na legislação sanitária, o município está promovendo adequações na Lei Municipal que regulamenta o Serviço de Vigilância Sanitária, visando alinhá-la à realidade local e às normativas vigentes. O controle sanitário engloba ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária para aferição da qualidade dos produtos e verificação das condições de licenciamento e funcionamento dos estabelecimentos, incluindo inspeção, fiscalização, lavratura de autos e aplicação de penalidades. São sujeitos a esse controle os estabelecimentos de serviços de saúde, destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar danos e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada. A equipe municipal de Vigilância Sanitária está devidamente investida na função fiscalizadora, regulamenta as ações de vigilância sanitária, como a Lei Municipal Nº 3.218 de 2020.

Em respeito ao princípio constitucional da publicidade, o município assegura a transparência dos atos da Vigilância Sanitária, tornando-os públicos. As ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária municipal abrangem o controle de risco sanitário em diversos estabelecimentos, incluindo: Comércio de alimentos; Salões de beleza e similares; Creches e escolas; Laboratórios clínicos; Cemitérios; Consultórios e serviços de saúde que não desenvolvem procedimentos de natureza invasiva; Atividades comerciais com produtos de interesse à saúde – alimentos, saneantes, produtos de higiene, medicamentos e correlatos, incluindo emissão de alvarás.

O atendimento a denúncias e reclamações é priorizado pela Vigilância Sanitária municipal. Após o protocolamento no setor, as demandas são avaliadas e distribuídas à equipe para diligências no local denunciado, verificando a procedência das informações.

Assim, para o desenvolvimento das atividades de Vigilância Sanitária em Ibiracú, são considerados aspectos como infraestrutura, organização e gestão da VISA, problemas relacionados ao potencial de risco associado aos objetos de atuação e a avaliação do alcance de metas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

3.18.2 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica do Município desenvolve um conjunto de ações sistemáticas voltadas à eliminação, diminuição, controle e prevenção de agravos e riscos à saúde da população, com foco no monitoramento e resposta imediata a doenças de notificação compulsória e outros eventos relevantes para a saúde pública. As atividades incluem: busca ativa com o objetivo de identificar precocemente sinais e sintomas de doenças, orientar a população e realizar ações educativas; notificação, acompanhamento, tratamento e/ou encaminhamento de pacientes suspeitos ou confirmados com doenças infectocontagiosas e imunizações. Os suspeitos de doenças de notificação compulsória são registrados no sistema e-SUS Vigilância em Saúde. Doenças como Hanseníase e Tuberculose são notificadas após a confirmação laboratorial e preenchimento das fichas de investigação. Nos casos de doenças de notificação imediata, como suspeitas de sarampo, meningite, febre amarela, COVID-19, entre outras, a notificação é feita prontamente via e-SUS-VS comunicada diretamente ao Estado além do preenchimento das respectivas fichas de investigação epidemiológica.

A dengue é uma das prioridades da Vigilância Epidemiológica local. Os casos suspeitos são encaminhados imediatamente a coleta e posterior exame no Laboratório Central do Estado. O Município atua de forma ativa no combate ao *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, Zika, Chikungunya e oropouche. A equipe realiza visitas domiciliares, ações educativas, eliminação de criadouros, aplicação de larvicidas e bloqueios de transmissão conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Além da dengue, também atua no controle de outras doenças transmitidas por vetores, como a leishmaniose visceral e tegumentar, e mantém vigilância constante sobre arboviroses em geral.

Havendo indícios de surtos ou agravos coletivos, a equipe de vigilância define e executa estratégias de contenção com base nos protocolos técnicos estabelecidos. No que se refere à raiva, o município realiza anualmente a campanha de vacinação antirrábica canina e felina. Casos de agressão por animais a seres humanos são notificados no e-SUS-VS e o resultado são publicados no sistema GAL – Gerenciamento de Ambiente Laboratorial, com preenchimento das fichas epidemiológicas e seguimento das normas de profilaxia da raiva humana.

Dessa forma, o município garante a atuação permanente e qualificada da Vigilância Epidemiológica, promovendo a resposta rápida e eficaz a agravos à saúde, com ações integradas e baseadas em evidências, contribuindo de forma significativa para a proteção da saúde pública e o bem-estar da população.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo. Isso permite conhecer, a cada momento, o comportamento da doença, ou agravo, selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

"A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos." (Lei 8.080/90)."

3.18.2 Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental é um componente essencial dentro do Plano Municipal de Saúde (PMS), sendo responsável por identificar, monitorar e controlar os fatores ambientais que podem impactar na saúde da população. Esse processo envolve a análise do meio ambiente e seus elementos (como ar, água, solo e condições climáticas) para prevenir doenças e promover a saúde coletiva. A vigilância ambiental atua na identificação e redução de riscos e agravos à saúde relacionados ao ambiente. Hoje no Município de Ibiraçu contamos com 01 (um) veterinário (a) e 07 (sete) agentes de combate a endemias.

Objetivos: 1. Identificar riscos à saúde relacionados ao meio ambiente, como poluição do ar e da água, mudanças climáticas, saneamento inadequado, entre outros; 2. Monitorar e avaliar os fatores ambientais que possam gerar agravos à saúde, como o controle da qualidade da água consumida, da poluição atmosférica e de outros fatores que possam afetar diretamente a saúde pública; 3. Desenvolver e implementar ações preventivas e corretivas com a colaboração de diferentes setores (saúde, meio ambiente, infraestrutura, etc.), minimizando riscos ambientais e promover a educação e 4. Conscientização da população sobre práticas saudáveis e sobre os riscos ambientais à saúde.

Áreas de atuação: 1. Qualidade da água e saneamento básico: Monitoramento de reservatórios, redes de distribuição de água, esgoto, limpeza urbana e controle de doenças relacionadas ao saneamento inadequado; 2. Qualidade do ar: Medição e controle da poluição atmosférica, com foco na emissão de gases poluentes e na relação com doenças respiratórias; 3. Controle de vetores e zoonoses: Identificação e controle de vetores como mosquitos (*Aedes aegypti*), roedores e outros que possam transmitir doenças, como dengue, Zika, leptospirose, entre outras; 4. Saúde ocupacional e ambiental: Ações voltadas para a prevenção de doenças relacionadas ao ambiente de trabalho e exposição a substâncias perigosas; 5. Monitoramento de resíduos sólidos e perigosos: Acompanhamento do manejo e descarte adequado de resíduos e sua relação com doenças como intoxicações e contaminações e 6. Mudanças climáticas e desastres naturais: Preparação e adaptação às mudanças climáticas e desastres naturais, como enchentes, seca e deslizamentos, que podem afetar diretamente a saúde da população.

Ações e Estratégias: 1. Coleta e análise de dados ambientais: Levantamento de informações sobre qualidade do ar, água e solo, monitoramento de condições meteorológicas e eventos extremos; 2.

Mapeamento de áreas de risco: Identificação de áreas mais vulneráveis a problemas ambientais, como regiões de risco para enchentes ou locais com focos de poluição; 3. Desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais: Ações articuladas entre as áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e planejamento urbano para o controle de riscos ambientais e 4. Campanhas educativas: Conscientização sobre boas práticas ambientais, como o uso adequado da água, manejo de resíduos, cuidados com a limpeza urbana, entre outros.

Exemplos Práticos: 1. Controle da Dengue: Monitoramento de áreas com grandes focos de água parada e campanhas de eliminação de criadouros; 2. Monitoramento da Qualidade do Ar: Programas para reduzir a emissão de poluentes atmosféricos e controle de doenças respiratórias, como asma e bronquite e 3. Atenção a Desastres Ambientais: Preparação da comunidade e dos serviços de saúde para enfrentar eventos como enchentes ou contaminação de água devido a desastres naturais. As ACE fazem busca ativa nas casas por meio de visitas como também conforme preconiza o Ministério da Saúde preparam ovitrampas (armadilhas) nas capturas de ovos de mosquitos.

3.18.3 Vigilância do trabalhador

A vigilância do trabalhador no Município começou a se organizar no ano de 2024 tendo 01 (um) enfermeiro e 02 (dois) funcionários administrativos, no ato da criação do CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da região Metropolitana na subdivisão do PDR – Plano Diretor Regionalização a qual o Município de Ibirajuba faz parte mediante Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo. O trabalho, sendo uma das principais atividades humanas, pode ser tanto uma fonte de desenvolvimento e bem-estar quanto uma fonte de riscos e doenças, especialmente em ambientes que envolvem atendimentos à saúde. O conceito de Vigilância do Trabalho na Saúde refere-se ao monitoramento e controle das condições de trabalho nas unidades de saúde, com o objetivo de evitar a exposição dos trabalhadores a riscos, garantir a saúde ocupacional, e promover ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis.

Todas as notificações relacionadas a acidentes de trabalho são de obrigatoriedade especialmente aqueles vinculados à Atenção Primária, CERESTs, SUS, SAMS, hospitais, UPAs, entre outros. Pode-se citar: acidente de trabalho grave, fatal ou com crianças e adolescentes (amputações, quedas graves, choque elétrico, morte no trabalho); acidente de trabalho com exposição a material biológico (risco de infecção por HIV, hepatite B e C; transtornos mentais relacionados ao trabalho (depressão, ansiedade, síndrome de burnout relacionadas a condições de trabalho); dermatose ocupacional (doenças de pele causadas por exposição a agentes químicos ou físicos no ambiente de trabalho); pneumoconioses (silicose, asbestose - associadas à inalação prolongada de poeiras minerais); câncer relacionado ao trabalho (cânceres atribuídos à exposição a agentes carcinogênicos no ambiente de trabalho); lesões por esforços repetitivos / Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT); intoxicações exógenas relacionadas ao

trabalho (causadas por exposição a agrotóxicos, solventes, metais pesados, etc); perda auditiva induzida por ruído (associada a ambientes com altos níveis de ruído sem proteção adequada); tuberculose ou outras doenças infectocontagiosas relacionadas ao trabalho (quando há risco ocupacional envolvido tipo: trabalhadores da saúde, presídios, etc); Acidentes com materiais perfurocortantes; Acidentes com materiais perfurocortantes, como agulhas e bisturis, que podem levar à transmissão de doenças infectocontagiosas; exposição prolongada a substâncias tóxicas e produtos químicos utilizados na desinfecção, esterilização e administração de medicamentos; Infecção por agentes biológicos tais como vírus, bactérias e outros patógenos presentes em fluidos corporais de pacientes; exposição a radiações: Em setores como radiologia e tomografia, onde os profissionais estão expostos a radiação ionizante; problemas musculoesqueléticos: Devido ao levantamento de cargas pesadas, má postura, trabalho repetitivo e movimentação de paciente; trabalho escravo infantil e/ou adulto dentre outros.

3.19 CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE - CIM POLINORTE

O Consórcio Polinorte de Saúde, criado pela Lei Municipal nº 2.019/98, uma ferramenta de cooperação interfederativa, permitindo que os municípios unam esforços para enfrentar desafios comuns, como o acesso à saúde, atuando de forma mais eficiente e eficaz, oferece uma gama de serviços aos municípios consorciados, principalmente através da cooperação técnica e administrativa e da gestão compartilhada de recurso e é formado pelos municípios de Aracruz, Ibraçu, João Neiva, Fundão, Santa Teresa, Sooretama, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Rio Bananal e Linhares. O Consórcio tem por objetivo auxiliar a organização dos Sistemas Municipais de Saúde a partir da oferta de serviços especializados, laboratório de análises clínicas, de consultas e apoio diagnóstico dentre outros. O Município de Ibraçu, compra assim os serviços que não são ofertados na área de atenção de média e alta especialidade já que por definição do Ministério da Saúde somos gestão plena básica.

3.20. CEMAN – CENTRO DE ESPECIALIDADE MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA NEURODIVERSA

O Centro trabalha em parceria a Instituição com a ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA JUSTIÇA CIDADANIA E EDUCAÇÃO E ARTE. O programa do SERDIA (Serviço Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista) é um serviço público de Ibraçu que oferece atendimento clínico e reabilitação multiprofissional para pessoas com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA), visando o desenvolvimento de habilidades e a inclusão social. O objetivo Institucional é estabelecer normas de funcionamento e cofinanciamento do Serviço Especializado em Reabilitação para pessoas com TEA – SERDIA junto ao estado do Espírito Santo, visando à ampliação do cuidado à pessoa com deficiência intelectual. Tem como foco em crianças com idade entre 02 e 14 anos que necessitem de diagnóstico, passando pelo corpo clínico de avaliação ou que já tenham sido diagnosticadas com algum tipo de neurodiversidade,

recebendo o atendimento terapêutico e educacional necessário. Possui um espaço amplo e adaptado para atender às necessidades das crianças, com salas de atendimento, sala de espera, sala de reuniões, banheiros acessíveis e equipamentos adaptados. O espaço conta ainda com uma equipe multidisciplinar, formada por profissionais capacitados e especializados. Foi inaugurado em julho de 2023 e já possui uma média mínima de 100 atendimentos mensais, para classificação e triagem desses pacientes. Além dos atendimentos referenciados pelas Unidades de Saúde e Escolas Municipais e Estaduais, realizam também atendimento por demanda espontânea. O público alvo do Centro são: bebês prematuros e/ou de alto risco para o desenvolvimento infantil; crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; pessoas com lesão encefálica adquirida, lesão nervosa periférica, retardo mental, microcefalia, síndromes raras e/ou genéticas com comprometimento intelectual, Síndrome de Down, paralisia cerebral com deficiência intelectual, outras síndromes genéticas com deficiência intelectual; pessoas com síndromes genéticas com deficiência intelectual, deficiências múltiplas, sequelas de paralisia cerebral, sequelas de poliomielite; pessoas com TEA com necessidade de reabilitação cognitiva, da linguagem oral, escrita e não-verbal com limitação da capacidade funcional, com padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; pessoas com déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados, com comprometimento.



3.21 Fundo Municipal de Saúde

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal Artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 e Emenda Constituição nº 29/2000.

Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde o relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a EC29 e os valores arcados anualmente.

O financiamento federal está composto por Blocos de Financiamento antes instituído pela Portaria nº 204 do ano de 2007 que foi alterada pela portaria nº 837 do ano de 2009, acrescentando o bloco de investimento na Rede de Serviços de Saúde. A sua transferência ocorre através de repasse “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Os blocos de recursos para o custeio SUS são os seguintes: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica e Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

O financiamento da atenção básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois sub-blocos: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável.

Os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) são utilizados ao custeio de ações de atenção básica à saúde e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) são recursos financeiros utilizados para o custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal.

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, compreende os recursos do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, O financiamento para a vigilância em saúde estão os recursos financeiros correspondentes às ações do Programa da Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças, Programa HIV/AIDS e outras DSTs, MAC - Vigilância Sanitária, PAB - Vigilância Sanitária, Programa de Tuberculose.

A assistência farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. O bloco de financiamento da assistência farmacêutica se organiza em sub-bloco básico, sub-bloco estratégico e sub-bloco de medicamentos de dispensação excepcional.

O financiamento para a gestão, se destina ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Gestão do trabalho, Educação em saúde e Incentivo à

implementação de políticas específicas. O financiamento para investimento em Rede de Serviços de saúde destina-se, exclusivamente, às despesas de capital.

3.19. 1 Recursos Financeiros

O montante de recursos utilizados no financiamento das ações e serviços assistenciais, individuais e coletivos, no âmbito do município de Ibiráçu/ES, de acordo com a sua condição de gestão, esteve assim composto no ano de 2025:

PROGRAMA DE APOIO ADMINISTRATIVO – Plano Plurianual

Órgão – Secretária Municipal de Saúde /SEMUS						
Unidade Orçamentária	Valor \$ 2025	Valor \$ 2026	Valor \$ 2027	Valor \$ 2028	Valor \$ 2029	
001 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	7.312.369,84	10.058.500,00	11.064.350,00	11.207.200,00	13.076.050,00	
002 ATENÇÃO BÁSICA	2.300.663,94	5.018.400,00	5.520.240,00	6.022.080,00	6.523.920,00	
003 ATENÇÃO A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL	2.542.291,79	2.806.100,00	3.086.710,00	3.367.320,00	3.647.930,00	
004 BLOCO VIGILÂNCIA EM SAÚDE	539.684,78	406.900,00	447.590,00	488.280,00	528.970,00	
005 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	393.708,26	410.300,00	451.330,00	492.360,00	533.390,00	
006 GESTÃO SUS	360.715,95	410.300,00	451.330,00	492.360,00	533.390,00	
007 BLOCO DE INVESTIMENTO EM SAÚDE	192.397,28	320.100,00	352.110,00	384.120,00	416.130,00	
TOTAL	13.088.718,61	18.700.200,00	20.570.220,00	21.577.240,00	24.310.260,00	

Fonte: Secretaria Municipal de Finanças/Plano Plurianual 2022-2025 e Plano Plurianual 2026-2029

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. A Portaria de Consolidação nº 6 havia incorporado o texto da Portaria 204/2007.

Desde a Portaria 204/2007, o financiamento e as transferências dos recursos federais para ASPS eram realizados através de seis blocos de financiamento ou blocos financeiros. Para a recepção dos recursos federais, o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, abria para cada bloco uma conta bancária e, no caso do bloco de investimento, uma conta financeira para cada um dos projetos aprovados com plano de aplicação e prestação de contas específicas, o que muitas vezes poderia ser confundido com a transferência de recursos financeiros, realizada por meio do instrumento tipo convênios.

a. Transferência dos Recursos Financeiros

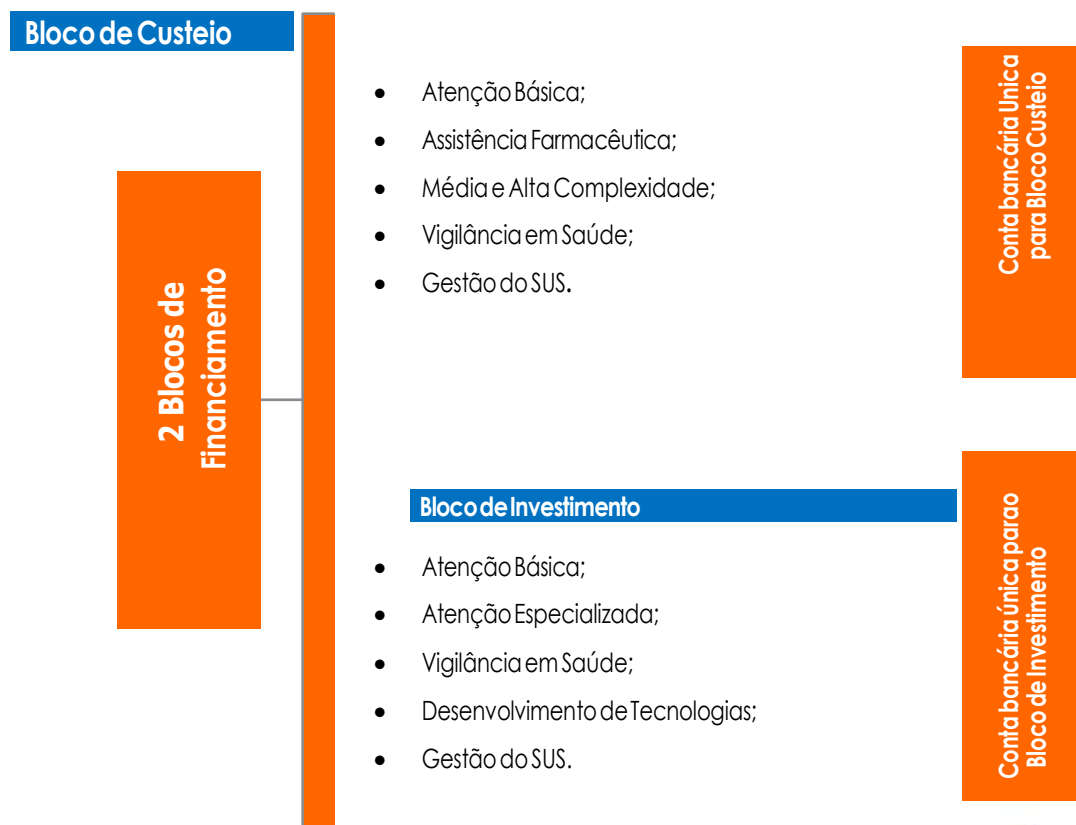
Os Recursos para manutenção da prestação dos serviços das ações e do serviço de saúde serão transferidos para uma única conta corrente no **BLOCO DE CUSTEIO**. Os valores que estão nas contas antigas foram executados normalmente como anteriormente ocorria.

Com relação ao **BLOCO DE INVESTIMENTO**, os valores dos recursos pendentes de parcelas referentes a propostas e projetos de investimento com execução financeira iniciada em data anterior à entrada em vigor da Portaria nº 3.992/2017 serão transferidos pelo FNS para as mesmas contas em que foram transferidas as parcelas anteriores.

b. Junção dos antigos blocos de financiamento em um único bloco

Dentro do Bloco de Custeio serão mantidos vários grupos de ações. Esses grupos deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde. As mudanças promovem o fortalecimento dos instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, além de permitir ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. As ações e os serviços devem constar no plano de saúde do Município e na Programação Anual de Saúde que deverão ser aprovadas pelo Conselho de Saúde.

c. Conheça como ficaram o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde com a Portaria 3.992/2017.



Apesar das mudanças no modelo de repasse, que possibilitam maior autonomia na utilização dos recursos financeiros durante o exercício financeiro vigente, vale ressaltar a importância de que os recursos federais permaneçam vinculados às normativas que deram origem aos repasses.

d. Bloco de CUSTEIO das Ações e Serviços Públicos de Saúde

O Bloco de Custeio é composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os Blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

Todas as ações que integravam os antigos blocos de financiamento agora fazem parte do mesmo grupo, compondo o Bloco de Custeio; dessa forma, os recursos que eram disponibilizados separadamente agora são disponibilizados em uma única conta. Com a mudança, tornam-se fundamentais a organização e o controle por parte dos gestores e dos contadores municipais no que diz respeito às entradas e às saídas dos recursos federais no Fundode Saúde. Isso porque em uma única conta serão recebidos recursos de diversas estratégias ou ações, para as quais existem programações ou planos de trabalho específicos para a utilização.

A utilização dos recursos deve corresponder e estar vinculada às ações inseridas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde. O modelo atual de repasses separa de forma transparente os fluxos orçamentários e financeiros, possibilitando uma melhor gestão financeira da saúde municipal.

e. Bloco de INVESTIMENTO na Rede de Serviços Públicos de Saúde

O novo regramento determina uma única conta para recebimento de todos os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde. Anteriormente, cada objeto pactuado possuía uma conta específica para o recebimento dos repasses. Por exemplo: para a construção de uma Unidade Básica de Saúde, uma conta era aberta para o recebimento do recurso financeiro e perdurava até o final da execução da obra pelo Município.

Atualmente, independente de quantos diferentes repasses o Município receber, todos os recursos ficarão disponíveis em uma única conta. Caberá ao gestor municipal identificar junto ao plano de trabalho inserido nos sistemas de monitoramento ou nas portarias do Ministério da Saúde que normatizaram os repasses a correta utilização do dinheiro.

3.20 CMS – Conselho Municipal de Saúde

Em sua função de elaborar e controlar a execução da política pública da saúde regional, o Conselho Municipal de Saúde possui as seguintes responsabilidades: controlar o dinheiro da saúde; monitorar a execução das ações na área da saúde; participar da formulação das metas para a

área da saúde; reunir-se ao menos uma vez por mês e acompanhar as verbas que são encaminhadas pelo SUS e também os repasses de programas federais.

Desta forma, o Conselho não se limita apenas a acompanhar a assistência médica individual oferecida à população – pelo contrário! A atuação desta entidade, devido à própria busca de integrar as ações da saúde, abrange todas as áreas do setor, seja na fiscalização, na obtenção de informações, na proposta de estratégias ou mesmo na tomada de decisões (nos limites das competências do Conselho Municipal). As reuniões do Conselho Municipal de Saúde acontecem mensalmente, e, extraordinariamente, quando existe a necessidade de discutir temas urgentes e são abertas ao público. A maioria das reuniões é aberta e você pode comparecer para entender como o Conselho funciona e quais são os temas em debate e se você participa de uma organização de bairro, associação de usuários ou outra entidade, você pode ser um representante e levar as demandas da sua comunidade para o CMS.

4 RELAÇÃO DE INDICADORES DA SAÚDE

A relação entre Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores na saúde é a espinha dorsal do planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar no Brasil, inclusive para o ano de 2025. Os indicadores seguem as bases legais: Decreto nº 7.508, de 2011 - Este decreto regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS e o planejamento da saúde. Ele formaliza a necessidade de um planejamento regionalizado e o uso de indicadores para monitorar a saúde e alocar recursos; Portarias do Ministério da Saúde (GM/MS) – Instrumentos Atuais de Definição. As leis e decretos fornecem a base, mas a lista detalhada e atualizada dos indicadores a serem seguidos pelos municípios é definida por portarias ministeriais específicas. Essas portarias são dinâmicas e mudam conforme as prioridades e programas do Governo Federal. Algumas portarias de destaque incluem: Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019: Esta portaria, em particular, instituiu o pagamento por desempenho no âmbito do programa Previnde Brasil (financiamento da Atenção Primária à Saúde). Ela define um conjunto específico de indicadores que os municípios devem monitorar e atingir para receber o financiamento adequado, como cobertura vacinal, acompanhamento de gestantes e controle de doenças crônicas.

4.1 Portarias anuais de metas e indicadores

O Ministério da Saúde emite portarias anuais que estabelecem as metas e os indicadores para programas específicos, como o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). A Portaria GM/MS nº 6.878, de 17 de abril de 2025, por exemplo, define os indicadores do PQA-VS para 2025, incluindo metas de alimentação de dados nos sistemas de informação (SIM, SINASC, e-SUS) e cobertura vacinal; Portarias que instituem sistemas de informação: A obrigatoriedade de alimentar sistemas nacionais (como o SISAB, SINAN, SIM, SINASC) que geram os indicadores também é estabelecida por portarias, garantindo a coleta de dados padronizada em nível municipal.

Portaria GM/MS nº 6.907, de 29 de abril de 2025 - Esta portaria é crucial para a Atenção Primária à Saúde (APS) e o novo modelo de cofinanciamento federal (que substituiu o Previnde Brasil, descontinuado pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024). Ela incorpora novos indicadores para monitoramento do componente de qualidade do cuidado a partir do segundo quadrimestre de 2025. Esta portaria e as orientações complementares estabelecem cerca de 15 indicadores, divididos por equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal (eSB) e eMulti (equipes multiprofissionais).

Essa estrutura serve para:

- Organizar e alinhar as ações em saúde, garantindo que todos os níveis de gestão (federal, estadual e municipal) e serviços de saúde trabalhem com um propósito comum.
- Direcionar a alocação de recursos financeiros, tecnológicos e humanos de forma eficiente,

baseada em prioridades.

- Permitir o monitoramento e a avaliação contínua do desempenho do sistema e dos programas, possibilitando a tomada de decisões baseadas em evidências.
- Promover a transparência e o controle social, permitindo que a comunidade e os conselhos de saúde acompanhem o progresso das políticas públicas.
- Todo esse processo é norteado pelos princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Os principais eixos norteadores incluem:
- Universalidade: Saúde como direito de todos.
- Integralidade: Oferta de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade.
- Equidade: Tratamento diferenciado para necessidades desiguais.
- Descentralização e Regionalização: Organização da gestão e dos serviços em redes de atenção à saúde (RAS), com ênfase na atenção primária.
- Participação Popular/Controle Social: Envolvimento da comunidade na formulação e fiscalização das políticas de saúde.

Constitui etapa essencial no processo de planejamento estratégico e de gestão pública. Essa estrutura permite organizar as ações de forma coerente com as prioridades previamente identificadas, orientando os esforços para resultados concretos e mensuráveis. As diretrizes estabelecem os princípios orientadores das ações; os objetivos determinam os resultados desejados; as metas traduzem esses objetivos em compromissos específicos e quantificáveis; e os indicadores possibilitam o monitoramento e a avaliação do progresso alcançado. Dessa forma, o alinhamento entre esses elementos assegura maior eficiência na implementação das políticas, promove transparência na execução das ações e fortalece a tomada de decisão baseada em evidências, garantindo a ampliação e/ou qualificação das prioridades elencadas. Nesta etapa a Gestão tem a visão ampliada de como acompanhar e analisar os resultados dos acordos preconizados pelo Ministério da Saúde para a qualificação das ações e serviços da secretaria, consolidando as informações e prestar atenções contas das ações, serviços e resultados relacionados aos "Acordos da gestão", conforme o previsto no art. 27 do Regimento Interno – Decreto nº 39.543 de 19 de dezembro de 2018.

○ Vigilância em Saúde

O Brasil conta com uma política que ajuda a proteger a saúde da população de forma ampla e eficiente, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), criada em 2018, é essencial para garantir que doenças sejam prevenidas e controladas em todo o país, essa política faz e como ela impacta a sua vida. A PNVS é como um guia que orienta as ações de vigilância em saúde no Brasil. Isso significa que ela ajuda a planejar e coordenar atividades que monitoram a saúde da população, identificam riscos e buscam evitar o surgimento de doenças e outros problemas de saúde. Essas ações acontecem em todo o Brasil, desde pequenas cidades até grandes metrópoles, garantindo que todos recebam cuidados adequados.

Nº Indicador	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
1	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
2	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência	90% de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	2025	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
3	Proporção de salas de vacinas ativas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) informando mensalmente dados de vacinação.	≥80% das salas de vacinas ativas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) informando mensalmente dados de vacinação.	≥80%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
4	Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente – 3ª dose, Poliomielite – 3ª dose, pneumocócica 10 valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) – com coberturas vacinais preconizadas.	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de ≥95% de crianças menores de 1 ano de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) – e para crianças de 1 ano de idade – Tríplice viral (1ª dose).	≥95%	2025	Percentual	95%	95%	95%	95%	95%

5	Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.	75%	2025	Percentual	75%	76%	77%	78%	79%
6	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerrados em até 60 dias, a partir da data de notificação.	80%	2025	Percentual	80%	80%	80%	80%	80%
7	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno	70% dos casos sintomáticos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados)	70%	2025	Percentual	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
8	Número de atividades de Levantamento Entomológico (LIRAa/LIA ou Armadilhas) realizadas, de acordo com a classificação do município (infestado/não infestado).	75% dos óbitos suspeitos encerrados em até 60 dias	75%	2025	Percentual	75%	76%	77%	78%	79%
	Proporção de óbitos suspeitos de dengue e chikungunya encerrados em até 60 dias após a data de notificação.	75% dos óbitos suspeitos encerrados em até 60 dias.	75%	2025	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
9	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	≥ 82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados	≥ 82%	2025	Percentual	82%	82%	82%	83%	83%
10	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	70%	2025	Percentual	70%	71%	72%	73%	74%
11	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Redução de um ponto percentual do valor do ano base ou a manutenção de percentual zero.	1	2025	Número	0	0	0	0	0
12	Número de óbitos precoces pela aids na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Redução de um óbito precoce em relação ao valor do ano base ou manutenção de ausência de óbitos precoces.	0	2025	Número	0	0	0	0	0

	Percentual de casos de aids com LT-CD4 menor que 200 cels/mm ³ em relação ao total de casos novos registrados no SISCEL por ano de diagnóstico.	Redução de um ponto percentual do valor do ano base ou a manutenção de percentual zero.	1	2025	Número	0	0	0	0	0
13	Proporção de preenchimento dos campos "Ocupação" e "Atividade Econômica (CNAE)" nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena segundo município de notificação.	Alcançar 90% das notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena com o campo "Ocupação" e "Atividade Econômica" preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), respectivamente. Para 2025: ≥ 90% de preenchimento qualificado.	90%	2025	Percentual	90%	90%	91%	91%	92%
14	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	95%	2025	Percentual	95%	95%	95%	96%	97%

○ Saúde Bucal na APS

A saúde bucal é um componente essencial da saúde geral, e sua importância no contexto municipal é estratégica para a qualidade de vida da população e a eficiência do sistema de saúde local. É um indicador direto do desenvolvimento social e da eficácia das políticas públicas municipais, sendo um investimento essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde local. As equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) são frequentemente o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde, funcionando como porta de entrada para a identificação de problemas de saúde mais amplos.

Um município que investe em prevenção e tratamento odontológico reduz o absenteísmo escolar e laboral, pois minimiza a dor e o sofrimento causados por problemas bucais, aumentando a produtividade e a qualidade de vida geral. O foco em ações preventivas (como a fluoretação das águas,

escovação supervisionada e orientações de higiene) é muito mais custo-efetivo do que tratamentos complexos e de urgência (como extrações e internações hospitalares por infecções odontológicas). O acesso equitativo aos serviços de saúde bucal, especialmente para populações vulneráveis, contribui para a redução das desigualdades sociais e promove a cidadania.

Nº Indicador	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
•	Primeira consulta programada por equipe de saúde bucal.	NUMERADOR: Número de pessoas com primeiras consultas odontológicas programadas realizadas DENOMINADOR: Número total de pessoas vinculadas à equipe de referência MULTIPLICADOR: 100.	8%	2025	Percentual	8%	5%	6%	7%	8%
B.2	Tratamento Odontológico concluído.	NUMERADOR: Número de pessoas com tratamento odontológico concluído. DENOMINADOR: Número de pessoas com a primeira consulta odontológica programada realizada MULTIPLICADOR: 100.	5%	2025	Percentual	10%	5%	6%	8%	10%
B.3	Taxa de Exodontia na APS	NUMERADOR: Número total de exodontias realizadas DENOMINADOR: Número de total de procedimentos individuais preventivos, curativos e exodontias realizadas. MULTIPLICADOR: 100.	2%	2025	Percentual	2%	1%	1%	2%	2%
B.4	Escovação supervisionada.	NUMERADOR: Número de crianças de 6 a 12 anos contempladas na ação coletiva de escovação supervisionada. DENOMINADOR: Número total de pessoas na faixa etária vinculadas à equipe de referência. MULTIPLICADOR: 100.	5%	2025	Percentual	5%	2%	3%	4%	5%

B.5	Procedimentos Odontológicos	NUMERADOR: Número de procedimentos odontológicos preventivos individuais realizados DENOMINADOR: Número total de procedimentos odontológicos . MULTIPLICADOR: 100.	80%	2025	Percentual	80%	40%	60%	70%	80%
B.6	Tratamento restaurador atraumático.	NUMERADOR: Número de atendimentos com tratamentos restauradores atraumáticos (ART) realizados DENOMINADOR: Número total de tratamentos restauradores realizados. MULTIPLICADOR: 100.	6%	2025	Percentual	6%	1%	3%	5%	6%

○ Equipe Multiprofissional

Os Norteadores do trabalho da equipe: *Integralidade da Atenção*: Considera-se o paciente em suas dimensões física, psicológica e social, abordando suas necessidades de forma completa; *Territorialização*: O trabalho é direcionado para uma área geográfica específica do município, permitindo que a equipe conheça a realidade local, os problemas de saúde e os recursos disponíveis; *Trabalho Colaborativo*: As decisões e os planos de cuidado são discutidos conjuntamente pelos membros da equipe, valorizando as diferentes perspectivas profissionais e *Foco na Promoção e Prevenção*: Além do tratamento de doenças, a equipe atua fortemente em ações de prevenção de agravos e promoção de hábitos saudáveis, como grupos de caminhada, orientações nutricionais, palestras e visitas domiciliares. A composição da equipe varia de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e as necessidades do município, mas geralmente inclui: *Equipe de Saúde da Família (eSF)*: Composta minimamente por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); *Equipe de Saúde Bucal (eSB)*: Composta por cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal (TSB) ou auxiliar em saúde bucal (ASB) e Equipe Multiprofissional Ampliada (eMulti/NASF): Profissionais de apoio que atuam em parceria com as eSF e eSB, como: Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Farmacêutico e Profissional de Educação Física. Em resumo, a equipe multiprofissional é a *estratégia central da Atenção Primária à Saúde (APS)* do município para organizar o cuidado de forma eficiente, humanizada e resolutiva, garantindo que as necessidades complexas da população sejam atendidas de maneira coordenada.

Nº Indicador	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
M.1	Média de atendimentos por pessoa.	NUMERADOR: Número de atendimentos individuais e coletivos realizados. DENOMINADOR: Número de total de pessoas atendidas.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
M.2	Ações interprofissionais da eMulti	NUMERADOR: Número de ações compartilhadas realizadas pela eMulti na APS. DENOMINADOR: Número total de ações realizadas pela eMulti na APS. MULTIPLICADOR: 100.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

○ Atenção Primária Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), é o pilar fundamental e a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Ela é definida como o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde ao longo da vida. Ela é a *coordenadora do cuidado* dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo: a *Porta de Entrada*: É o nível de atenção onde a população deve buscar atendimento inicialmente (Unidades Básicas de Saúde - UBS), sendo responsável por resolver a maioria dos problemas de saúde da população (alta resolutividade); *Primeiro Contato e Acesso Universal*: Garante que todos os cidadãos tenham acesso facilitado e contínuo aos serviços de saúde essenciais; *Integralidade e Continuidade do Cuidado*: A equipe de saúde acompanha o paciente de forma contínua, considerando todas as suas necessidades de saúde e coordenando seu encaminhamento para especialistas ou hospitais quando necessário, e garantindo o retorno à UBS após o atendimento especializado; *Foco na Família e Comunidade*: O cuidado transcende o indivíduo, focando no contexto familiar e comunitário. As equipes conhecem o território, seus problemas sociais e de saúde (territorialização); *Responsabilidade Sanitária*: A APS assume a responsabilidade pela saúde de uma população definida em um território específico, atuando de forma proativa para identificar riscos e necessidades, e não apenas esperando a demanda chegar na unidade; *Trabalho em Equipe*: É operacionalizada

principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Saúde Bucal (eSB), que atuam de forma multiprofissional e integrada. Em síntese a APS é a estratégia prioritária do município para reorganizar o sistema de saúde local, garantindo um cuidado próximo, humanizado, resolutivo e eficiente, com foco na prevenção de doenças e na promoção da qualidade de vida dos cidadãos.

Nº Indicador	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
C.1	Mais acesso a Atenção Primária	NUMERADOR: Número total de atendimentos por demandas programas. DENOMINADOR: Número total de atendimentos por todos os tipos de demandas. MULTIPLICADOR: 100.	60%	2025	Percentual	60%	40%	60%	70%	80%
C.2	Cuidado no Desenvolvimento Infantil	NUMERADOR: Somatório de boas praticas realizadas ara crianças de até 2 anos vinculadas à equipe. DENOMINADOR: Número total de crianças de até 2 anos vinculadas à equipe. MULTIPLICADOR: 100.	30%	2025	Percentual	60%	30%	40%	50%	60%
C.3	Cuidado com a gestante e puérpera	NUMERADOR: Somatório de boas práticas realizadas para gestantes e puérperas vinculadas à equipe. DENOMINADOR: Número total de gestantes e puérperas vinculadas à equipe. MULTIPLICADOR: 100.	40%	2025	Percentual	70%	40%	50%	60%	70%
C.4	Cuidado da pessoa com diabetes.	NUMERADOR: Somatório de boas práticas realizadas para pessoas com Diabetes vinculadas à equipe. DENOMINADOR: Número total de pessoas com Diabetes vinculadas à equipe. MULTIPLICADOR: 100.	70%	2025	Percentual	80%	60%	70%	75%	80%

C.5	Cuidado da pessoa com Hipertensão.	NUMERADOR: Somatório de boas práticas realizadas para pessoas com Hipertensão vinculadas à equipe. DENOMINADOR: Número total de pessoas com Hipertensão vinculadas à equipe. MULTIPLICADOR: 100.	65%	2025	Percentual	80%	60%	70%	75%	80%
C.6	Cuidado Integral da Pessoa Idosa	NUMERADOR: Somatório de boas práticas realizadas para pessoas idosas vinculadas à equipe. DENOMINADOR: Número total de pessoas idosas vinculadas à equipe. MULTIPLICADOR: 100.	50%	2025	Percentual	80%	50%	60%	70%	80%
C.7	Prevenção do Câncer na mulher	NUMERADOR: Somatório das boas práticas realizadas para meninas de 9 anos a mulheres de 69 anos vinculadas à equipe. DENOMINADOR: Número total de pessoas, para cada Público Alvo, vinculadas à equipe. MULTIPLICADOR: 100.	40%	2025	Percentual	70%	40%	50%	60%	70%

5. DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ 1: FORTALECER E QUALIFICAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO A COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE SAÚDE BUCAL, COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO EM TEMPO OPORTUNO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS, À ARTICULAÇÃO EM REDE INTEGRANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À ESPECIALIZADA.

OBJETIVO 1.1: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como estratégias fundamentais para a promoção, prevenção, cuidado e monitoramento das condições de saúde da população, promovendo a ampliação do acesso, a qualificação da atenção e o alcance das metas dos indicadores nacionais da APS.

Orçamento:	Unidade 002 - ATENÇÃO BÁSICA
	110002.103100252.078 – Manutenção e Ampliação das atividades da Estratégia da Saúde da Família – ESF
	11.0002.1030100252.127 – Manutenção e Implementação das Atividades do Idoso
	11.0002.1030100252.137 – Manutenção e Implementação da Saúde da Mulher
	110002.1030100252.080 – Manutenção das atividades do Programa Saúde Bucal – SB
	11.0002.1030100252.082 – Manutenção das Atividades básicas de Saúde
	11.0002.10301.00252.079 – Manutenção das Atividades do programa de Agentes Comunitários de Saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
1.1.1	Ampliar o acesso da população cadastrada aos atendimentos por demanda programada na Atenção Primária à Saúde	Proporção de pessoas cadastradas com pelo menos uma consulta de demanda programada no ano, por equipe de APS. (Indicador C1 - Mais Acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) - PT GM MS 3493/2024	60%	2025	Percentual	60%	40%	60%	70%	40%
Ação nº 1	Revisar e organizar a agenda das equipes de Saúde da Família para equilibrar atendimentos de demanda espontânea e programada.									
Ação nº 2	Ampliar a estratificação de risco da população cadastrada, priorizando o seguimento regular de grupos vulneráveis (crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos etc.)									
Ação nº 3	Revisar e organizar a agenda das equipes de Saúde da Família para equilibrar atendimentos de demanda espontânea e programada.									
1.1.2	Garantir que todos os recém-nascidos residentes no município realizem a 1ª consulta presencial de puericultura com profissional médico(a) ou enfermeiro(a) até o 30º dia de vida	Proporção de crianças que realizaram a primeira consulta de puericultura até o 30º dia de vida, com profissional médico ou enfermeiro, no município.	30%	2025	Percentual	60%	30%	40%	50%	60%

		(Indicador C2 - Cuidado no desenvolvimento infantil)- PT GM MS 3493/2024.									
Ação nº 1	Realizar busca ativa semanal de recém-nascidos no território pelas equipes de Saúde da Família, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).										
Ação nº 2	Ampliar a estratificação de risco da população cadastrada, priorizando o seguimento regular de grupos vulneráveis (crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos etc.).										
Ação nº 3	Desenvolver ações educativas com gestantes durante o pré-natal, orientando sobre a importância da 1ª consulta do bebê nas primeiras semanas de vida.										
1.1.3	Assegurar que todas as crianças nos dois primeiros anos de vida realizem, no mínimo, 9 consultas de acompanhamento do desenvolvimento infantil com profissional médico ou enfermeiro	Proporção de crianças menores de 2 anos com 9 consultas de acompanhamento do desenvolvimento infantil realizadas. (Indicador C2 - Cuidado no desenvolvimento infantil) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Fortalecer a busca ativa de crianças com consultas em atraso.										
Ação nº 2	Promover ações educativas com responsáveis.										
Ação nº 3	Monitorar mensalmente o indicador no SIAPS e no programa Rgsystem.										
1.1.4	Assegurar que todas as crianças até os dois anos de vida tenham pelo menos 09 registros de peso de altura	Proporção de crianças menores de 2 anos com 9 ou mais registros de peso e altura em consultas de puericultura. (Indicador C2 - Cuidado no desenvolvimento infantil) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Fortalecimento do protocolo de puericultura										
Ação nº 2	Busca ativa e monitoramento mensal										
1.1.5	Garantir que todas as crianças tenham recebido no mínimo 2 visitas domiciliares por ACS/TACS, sendo a primeira até os 30 primeiros dias de vida e a segunda até os 6 meses de vida.	Proporção de crianças menores de 6 meses com pelo menos 2 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS. (Indicador C2 - Cuidado no desenvolvimento infantil) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Capacitar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde (TACS) sobre a importância do acompanhamento no primeiro semestre de vida e o correto registro no sistema.										
Ação nº 2	Monitoramento mensal da cobertura de visitas.										

1.1.6	Garantir que todas as crianças com até 2 anos de vida tenham sido vacinadas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola, com todas as doses recomendadas	Proporção de crianças menores de 2 anos com esquema vacinal completo conforme o PNI. (Indicador C2 - Cuidado no desenvolvimento infantil) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar busca ativa de crianças com vacinas em atraso, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde (TACS).									
Ação nº 2	Promover campanhas locais de multivacinação e atualização da caderneta									
1.1.7	Qualificar o cuidado pré-natal no município, assegurando que 100% das gestantes tenham acesso à primeira consulta de pré-natal realizada até a 12ª semana de gestação, promovendo o início oportuno do acompanhamento e a redução de riscos materno-infantis.	Proporção de gestantes com a primeira consulta de pré-natal realizada até a 12ª semana de gestação. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024	40%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Fortalecer a busca ativa de gestantes.									
Ação nº 2	Realizar capacitação contínua dos profissionais sobre boas práticas no cuidado pré-natal.									
1.1.8	Qualificar o cuidado pré-natal no município, assegurando que 100% das gestantes tenham acesso à primeira consulta de pré-natal realizada até a 12ª semana de gestação, promovendo o início oportuno do acompanhamento e a redução de riscos materno-infantis.	Proporção de gestantes com a primeira consulta de pré-natal realizada até a 12ª semana de gestação. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Fortalecer a busca ativa de gestantes.									
Ação nº 2	Realizar capacitação contínua dos profissionais sobre boas práticas no cuidado pré-natal.									
Ação nº 3	Monitorar mensalmente a cobertura do pré-natal nas unidades de saúde.									
1.1.9	Garantir que todas as gestantes atendidas na rede municipal de saúde realizem pelo menos 7 registros de pressão arterial durante o período da gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 7 registros de pressão arterial durante a gestação. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Promoção de ações educativas visando sensibilizar gestantes sobre a importância do monitoramento da pressão arterial para prevenção de complicações, como pré-eclâmpsia.									

1.1.10	Garantir que todas as gestantes atendidas na rede municipal de saúde realizem pelo menos 7 registros simultâneos de peso e altura durante o período da gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 7 registros simultâneos de peso e altura durante o pré-natal. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Ações educativas para sensibilizar equipes de saúde e gestantes sobre a importância do acompanhamento nutricional e do ganho de peso adequado durante a gestação.									
1.1.11	Garantir que todas as gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde tenham registro de duas ou mais visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde (TACS) e/ou equipes esf após a primeira consulta de pré-natal.	Proporção de gestantes com registro de três ou mais visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS após a primeira consulta de pré-natal. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Fortalecer o papel dos ACS/TACS no acompanhamento contínuo das gestantes.									
Ação nº 2	Promover capacitações regulares dos ACS/TACS sobre saúde materna, reforçando a importância do acompanhamento pré-natal e os cuidados com a gestante e o bebê.									
1.1.12	Assegurar que todas as gestantes atendidas na rede municipal de saúde recebam e tenham registro de uma dose da vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação.	Proporção de gestantes com registro da dose da vacina dTpa aplicada a partir da 20ª semana de gestação. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Integrar o calendário vacinal ao acompanhamento pré-natal nas UBS.									
Ação nº 2	Realização de campanhas de conscientização direcionadas às gestantes e profissionais de saúde.									
Ação nº 3	Fortalecer a atuação dos ACS/TACS na orientação sobre vacinação.									
1.1.13	Garantir que todas as gestantes atendidas na rede municipal de saúde realizem e tenham registrados, no primeiro trimestre gestacional, os testes rápidos ou exames laboratoriais para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C, conforme preconizado pelas diretrizes do pré-natal de risco habitual.	Proporção de gestantes com registro de realização dos testes rápidos ou exames laboratoriais para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C no primeiro trimestre da gestação. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Garantir disponibilidade contínua de testes rápidos e insumos laboratoriais nas UBS.									
Ação nº 2	Fortalecer o acolhimento e o aconselhamento pré e pós-teste.									

1.1.14	Garantir que todas as gestantes atendidas na rede municipal de saúde realizem e tenham registrados, no terceiro trimestre gestacional, os testes rápidos ou exames laboratoriais para sífilis e HIV, conforme preconizado pelas diretrizes do pré-natal de risco habitual.	Proporção de gestantes com registro de realização dos testes rápidos ou exames laboratoriais para sífilis e HIV no terceiro trimestre da gestação. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Garantir disponibilidade contínua de testes rápidos e insumos laboratoriais nas UBS.									
1.1.15	Assegurar que todas as puérperas acompanhadas na rede municipal de saúde tenham registro de pelo menos 01 consulta presencial ou remota realizada pelo profissional médico ou enfermeiro durante o puerpério.	Proporção de puérperas com registro de pelo menos uma consulta presencial ou remota durante o puerpério realizada por médico ou enfermeiro. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar busca ativa das puérperas logo após a alta hospitalar.									
Ação nº 2	Integrar as ações com o acompanhamento da caderneta da gestante e do bebê.									
1.1.16	Assegurar que todas as puérperas acompanhadas na rede municipal de saúde tenham registro de, no mínimo, uma visita domiciliar realizada por Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou Técnico de Agente Comunitário de Saúde (TACS) durante o puerpério.	Proporção de puérperas com registro de pelo menos uma visita domiciliar realizada por ACS/TACS durante o puerpério. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar busca ativa das puérperas logo após a alta hospitalar.									
Ação nº 2	Capacitar ACS/TACS para identificação de sinais de risco no puerpério e cuidados com o recém-nascido.									
1.1.17	Assegurar que todas as gestantes acompanhadas na rede municipal de saúde realizem, e tenham devidamente registrado, pelo menos uma avaliação odontológica por cirurgião dentista durante o período gestacional, como parte do cuidado integral à gestante.	Proporção de gestantes com registro de pelo menos uma avaliação odontológica realizada por cirurgião-dentista durante a gestação. (Indicador C3 - Cuidado à Gestante e Puérpera) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Garantir a inserção da saúde bucal nas rotinas do pré-natal nas Unidades de Saúde da Família.									
Ação nº 2	Capacitar profissionais da ESB (Equipe de Saúde Bucal) para o atendimento humanizado de gestantes.									
Ação nº 3	Realização de busca ativa de gestantes que ainda não realizaram avaliação odontológica.									

1.1.18	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com diagnóstico de diabetes vinculadas na APS realizem, a cada 6 meses, pelo menos uma consulta presencial ou remota com profissional médico(a) ou enfermeiro(a).	Proporção de pessoas com diabetes que realizaram pelo menos uma consulta presencial ou remota com médico(a) ou enfermeiro(a). (Indicador C4 - Cuidado da Pessoa com Diabetes) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Atualizar e qualificar os cadastros das pessoas com diabetes no sistema da APS									
Ação nº 2	Realizar busca ativa das pessoas com diabetes que não comparecem às consultas no período adequado									
1.1.19	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com diagnóstico de diabetes vinculadas na APS tenham pelo menos um registro de aferição de pressão arterial realizado nos últimos 06 meses	Proporção de pessoas com diabetes com ao menos um registro de aferição de pressão arterial realizado e registrado no sistema da APS. (Indicador C4 - Cuidado da Pessoa com Diabetes) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Atualizar e qualificar os cadastros das pessoas com diabetes no sistema da APS									
Ação nº 2	Realizar busca ativa das pessoas com diabetes que não comparecem às consultas no período adequado									
Ação nº 3	Monitorar e avaliar periodicamente os dados do SIAPS/e-SUS APS quanto ao acompanhamento									
1.1.20	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com diagnóstico de diabetes vinculadas na APS tenham recebido, nos últimos 12 meses, pelo menos duas visitas domiciliares realizadas por ACS ou TACS, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.	Proporção de pessoas com diabetes que receberam pelo menos duas visitas domiciliares por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias. (Indicador C4 - Cuidado da Pessoa com Diabetes) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Identificar e priorizar pessoas com diabetes para acompanhamento domiciliar, especialmente aquelas com baixa adesão ou risco aumentado.									
Ação nº 2	Capacitar ACS/TACS para ações de promoção do autocuidado, adesão ao tratamento e vigilância em diabetes.									
Ação nº 3	Monitorar regularmente o cumprimento da meta nas microáreas, com apoio da coordenação da Atenção Básica.									
1.1.21	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com diagnóstico de diabetes vinculadas na APS tenham pelo menos um registro de peso e altura nos últimos 12 meses	Proporção de pessoas com diabetes com ao menos um registro de peso e altura realizado e registrado no sistema da APS. (Indicador C4 - Cuidado da Pessoa com Diabetes) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Capacitar médicos, enfermeiros, técnicos e ACS para coleta correta e registro das medidas.									

1.1.22	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com diagnóstico de diabetes vinculadas na APS tenham, anualmente, pelo menos um registro de hemoglobina glicada solicitada ou avaliada no prontuário eletrônico.	Proporção de pessoas com diabetes com pelo menos um exame de hemoglobina glicada solicitado ou avaliado e registrado. (Indicador C4 - Cuidado da Pessoa com Diabetes) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Incluir a solicitação de hemoglobina glicada como rotina nas consultas semestrais das pessoas com diabetes.									
Ação nº 2	Ampliar o acesso a exames laboratoriais, especialmente em áreas remotas ou com dificuldade de deslocamento.									
1.1.23	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com diagnóstico de diabetes vinculadas na APS tenham, a cada 12 meses, pelo menos um registro de avaliação dos pés no prontuário eletrônico.	Proporção de pessoas com diabetes com pelo menos um registro de avaliação dos pés realizado e registrado. (Indicador C4 - Cuidado da Pessoa com Diabetes) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar ações educativas com usuários, sobre cuidados com os pés e sinais de alerta.									
Ação nº 2	Monitorar regularmente o cumprimento da meta nas microáreas, com apoio da coordenação da Atenção Básica.									
1.1.24	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com a condição avaliada de hipertensão arterial cadastradas na APS realizem, a cada 6 meses, pelo menos uma consulta presencial ou remota com profissional médico(a) ou enfermeiro(a).	Proporção de pessoas com hipertensão com pelo menos uma consulta presencial ou remota com profissional médico(a) ou enfermeiro(a). (Indicador C5 - Cuidado da Pessoa com Hipertensão) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Organizar a agenda das equipes da ESF para garantir o agendamento regular de pessoas com hipertensão.									
Ação nº 2	Ampliar o uso de tecnologias para consultas remotas (teleconsulta), especialmente em áreas com difícil acesso.									
1.1.25	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com a condição avaliada de hipertensão arterial cadastradas na APS tenham pelo menos um registro de aferição de pressão arterial realizado nos últimos 6 meses.	Proporção de pessoas com hipertensão com pelo menos um registro de pressão arterial. (Indicador C5 - Cuidado da Pessoa com Hipertensão) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar busca ativa dos usuários com hipertensão que estão sem acompanhamento no período adequado.									
Ação nº 2	Organizar a agenda das equipes da ESF para garantir o agendamento regular de pessoas com hipertensão.									

1.1.26	Garantir que pelo menos 80% com a condição avaliada de hipertensão arterial cadastradas na APS tenham recebido, nos últimos 12 meses, pelo menos duas visitas domiciliares realizadas por ACS ou TACS, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam pelo menos duas visitas domiciliares por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias. (Indicador C5 - Cuidado da Pessoa com Hipertensão) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Identificar e priorizar pessoas com hipertensão para acompanhamento domiciliar, especialmente aquelas com baixa adesão ou risco aumentado.									
Ação nº 2	Capacitar profissionais da APS e ACS/TACS sobre manejo da hipertensão e abordagem centrada no usuário.									
1.1.27	Garantir que pelo menos 80% das pessoas com a condição avaliada de hipertensão arterial cadastradas na APS tenham pelo menos um registro de peso e altura nos últimos 12 meses	Proporção de pessoas com hipertensão com ao menos um registro de peso e altura realizado e registrado no sistema da APS. (Indicador C5 - Cuidado da Pessoa com Hipertensão) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Utilizar os dados de IMC para estratificação de risco, priorizando acompanhamento nutricional e multiprofissional.									
Ação nº 2	Capacitar médicos, enfermeiros, técnicos e ACS para coleta correta e registro das medidas no prontuário eletrônico.									
1.1.28	Garantir que pelo menos 80% das pessoas idosas cadastradas na APS realizem, a cada 12 meses, pelo menos uma consulta presencial ou remota com profissional médico(a) ou enfermeiro(a).	Proporção de pessoas com 60 anos ou mais com pelo menos uma consulta (presencial ou remota) realizada e registrada com médico(a) ou enfermeiro(a). (Indicador C6 - Cuidado da Pessoa Idosa) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Implementar protocolos de cuidado à pessoa idosa, integrando saúde mental, uso de medicamentos e prevenção de quedas.									
Ação nº 2	Realizar busca ativa de idosos sem consulta registrada no último ano									
1.1.29	Garantir que pelo menos 80% das pessoas idosas cadastradas na APS tenham dois registros simultâneos de peso e altura realizados e registrados nos últimos 12 meses.	Proporção de pessoas idosas com pelo menos dois registros de peso e altura simultâneos realizados. (Indicador C6 - Cuidado da Pessoa Idosa) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%

Ação nº 1	Capacitar profissionais da APS para avaliação antropométrica específica para pessoas idosas, com atenção aos casos com limitação funcional.									
Ação nº 2	Garantir disponibilidade de equipamentos adequados									
1.1.30	Garantir que 100% das pessoas idosas cadastradas na APS recebam, anualmente, pelo menos duas visitas domiciliares realizadas por ACS, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.	Proporção de pessoas idosas com pelo menos duas visitas domiciliares realizadas por ACS, com intervalo mínimo de 30 dias, nos últimos 12 meses. (Indicador C6 - Cuidado da Pessoa Idosa) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Planejar visitas programadas para todas as pessoas idosas, com prioridade para aquelas em situação de vulnerabilidade.									
Ação nº 2	Garantir que as visitas sejam devidamente registradas no sistema e-SUS, com controle de intervalo entre elas.									
Ação nº 3	Monitorar o cumprimento das metas por microárea, com devolutiva regular às equipes.									
1.1.31	Garantir que pelo menos 80% das pessoas idosas cadastradas na APS tenham recebido uma dose da vacina contra influenza registrada nos últimos 12 meses.	Proporção de pessoas com 60 anos ou mais com registro de pelo menos uma dose da vacina influenza nos últimos 12 meses. (Indicador 6 - Cuidado da Pessoa Idosa) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Ampliar o acesso à vacinação contra influenza nas UBS									
Ação nº 2	Realizar campanhas anuais de vacinação com enfoque na população idosa									
1.1.32	Garantir que pelo menos 90% das mulheres entre 25 e 64 anos tenham, nos últimos 36 meses, registro de pelo menos um exame citopatológico (Papanicolau) solicitado ou avaliado.	Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com registro de pelo menos um exame citopatológico (Papanicolau) solicitado ou avaliado, nos últimos 36 meses. (Indicador C7 - Cuidado da Mulher na Prevenção do Câncer) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Atualizar e qualificar o cadastro das mulheres nas faixas etárias-alvo.									
Ação nº 2	Realizar ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva									
Ação nº 3	Garantir oferta contínua de exames citopatológicos									

1.1.33	Garantir que pelo menos 90% das meninas entre 9 e 14 anos tenham registro de ao menos uma dose da vacina HPV.	Proporção de mulheres entre 9 e 14 anos com registro de ao menos uma dose da vacina HPV. (Indicador C7 - Cuidado da Mulher na Prevenção do Câncer) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Atualizar e qualificar o cadastro das mulheres nas faixas etárias-alvo.									
Ação nº 2	Promover campanhas de vacinação contra HPV nas escolas e UBS									
Ação nº 3	Realizar ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva									
1.1.34	Garantir que pelo menos 90% das adolescentes e mulheres de 14 a 69 anos tenham, a cada 12 meses, registro de pelo menos um atendimento (presencial ou remoto) relacionado à saúde sexual e reprodutiva.	Proporção de adolescentes e mulheres de 14 a 69 anos com registro de pelo menos um atendimento (presencial ou remoto) relacionado à saúde sexual e reprodutiva. (Indicador 7 - Cuidado da Mulher na Prevenção do Câncer) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Atualizar e qualificar o cadastro das mulheres nas faixas etárias-alvo.									
Ação nº 2	Realizar ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva									
1.1.35	Garantir que pelo menos 90% das mulheres entre 50 e 69 anos tenham, nos últimos 24 meses, registro de pelo menos uma mamografia (solicitada ou avaliada).	Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com registro de mamografia solicitada ou avaliada. (Indicador C7 - Cuidado da Mulher na Prevenção do Câncer)- PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Atualizar e qualificar o cadastro das mulheres nas faixas etárias-alvo.									
Ação nº 2	Realizar ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva e manutenção dos serviços de Planejamento Familiar e Saúde da Mulher.									
1.1.36	Garantir que pelo menos 90% da população adscrita à Estratégia Saúde da Família realize a primeira consulta odontológica programática	Proporção de pessoas cadastradas na APS que realizaram a primeira consulta odontológica programática. (Indicador B1 - Primeira Consulta Odontológica Programada) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%

Ação nº 1	Ampliar a oferta de consultas odontológicas programáticas nas equipes de Saúde Bucal.									
Ação nº 2	Fortalecer o vínculo e continuidade do cuidado após a primeira consulta									
1.1.37	Garantir que pelo menos 80% dos usuários que iniciaram tratamento odontológico nas equipes de Saúde Bucal (eSB) da Atenção Primária tenham o tratamento concluído e registrado no sistema de informação.	Razão de tratamentos odontológicos concluídos entre os iniciados pelas equipes de Saúde Bucal. (Indicador B2 - Tratamento Concluído) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Organizar o agendamento e o plano terapêutico para garantir a continuidade das consultas.									
Ação nº 2	Realizar monitoramento mensal dos indicadores de conclusão por equipe de eSB.									
1.1.38	Reduzir progressivamente a taxa de exodontias realizadas pelas equipes de Saúde Bucal, atingindo no máximo 5% do total de procedimentos odontológicos realizados.	Taxa de exodontias por equipe de Saúde Bucal. (Indicador B3 - Taxa de Exodontia) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Ampliar o acesso aos procedimentos restauradores e preventivos, reduzindo a dependência de exodontias.									
Ação nº 2	Intensificar ações educativas com a população sobre autocuidado e prevenção da perda dentária.									
1.1.39	Garantir que pelo menos 85% das crianças entre 6 e 12 anos cadastradas nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família participem regularmente de atividades de escovação dental supervisionada realizadas por equipes de Saúde Bucal (eSB).	Proporção de crianças de 6 a 12 anos que participaram de ações de escovação supervisionada realizadas por eSB, ao menos uma vez no ano. (Indicador B4 - Escovação Supervisionada em faixa etária escolar de 6 a 12 anos) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Estabelecer cronograma mensal de visitas escolares com foco em promoção da saúde.									
Ação nº 2	Incluir as ações de escovação supervisionada nos planos de ação das equipes de Saúde Bucal e acompanhar mensalmente a taxa de exodontias por equipe									
Ação nº 3	Distribuir kits de escovação para crianças participantes das atividades.									
1.1.40	Garantir que pelo menos 80% dos procedimentos odontológicos realizados pelas equipes de Saúde Bucal (eSB) na APS sejam de caráter preventivo.	Proporção de procedimentos odontológicos preventivos (aplicação tópica de flúor, selantes, escovação supervisionada, orientações, etc.) em relação ao total de procedimentos realizados pelas eSB. (Indicador B5 - Procedimentos Odontológicos preventivos na APS) - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%

Ação nº 1	Garantir disponibilidade contínua de insumos para ações preventivas (flúor, escovas, materiais educativos)									
Ação nº 2	Incluir orientações de saúde bucal em todas as consultas com a equipe multiprofissional.									
Ação nº 3	Qualificar os registros no e-SUS APS dos procedimentos preventivos realizados.									
1.1.41	Aumentar em 50% o número de procedimentos de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) realizados por equipes de Saúde Bucal (eSB) da Atenção Primária.	Percentual de procedimentos de ART realizados por ano nas equipes de Saúde Bucal da APS. (Indicador B6 - Tratamento Restaurador Atraumático) - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Ampliar os registros no e-SUS APS dos procedimentos realizados com essa técnica.									
Ação nº 2	Capacitar as equipes de Saúde Bucal na técnica de Tratamento Restaurador Atraumático (ART).									
1.1.42	Implantar caderneta da criança menina/menino passaporte da cidadania do MS	Percentual de crianças cadastradas com carteira da criança implantada/atualizada - PT GM MS 3493/2024.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Capacitação para equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre o uso adequado da caderneta, com enfoque no cuidado integral, no desenvolvimento infantil e na equidade de gênero.									
Ação nº 2	Articular ações intersectoriais com a educação, assistência social e conselhos tutelares, visando o uso da caderneta como instrumento de garantia de direitos da criança.									
Ação nº 3	Criar indicadores de acompanhamento do uso da caderneta e realizar avaliações periódicas para garantir a efetividade da estratégia.									
1.1.43	Implantar caderneta de saúde da pessoa idosa do MS.	Percentual de pessoas idosas cadastradas com carteira da criança implantada/atualizada - PT GM MS 3493/2024	50%	2025	Percentual	50%	50%	50%	50%	50%
Ação nº 1	Promover formações para profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o uso da Caderneta da Pessoa Idosa, com foco na avaliação multidimensional da saúde e funcionalidade.									
Ação nº 2	Realizar busca ativa de pessoas idosas na área de abrangência das equipes para iniciar o preenchimento da caderneta e inclusão nas ações da linha de cuidado da pessoa idosa.									
1.1.44	Implantar caderneta da gestante do MS e manter atualizada	Percentual de gestantes cadastradas com carteira da criança implantada/atualizada - PT GM MS 3493/2024	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar capacitações para equipes da Atenção Primária à Saúde sobre o uso adequado da Caderneta da Gestante, com foco no cuidado humanizado e qualificado durante o pré-natal.									
Ação nº 2	Articular verificação da caderneta garantindo continuidade do cuidado e acesso às informações durante o parto e pós-parto.									

OBJETIVO 1.2 : Ampliar e qualificar a rede física de saúde municipal para aprimorar a capacidade de resposta às necessidades da população.

Nº	Descrição da Meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
1.2.1	Renovar ou adquirir, até 2029, equipamentos permanentes essenciais para o funcionamento das Unidade de Saúde do município.	0%	2025	Percentual	30%	10%	20%	20%	30%
Ação nº 1	Realizar levantamento técnico de necessidades								
Ação nº 2	Buscar emendas parlamentares, recursos estaduais ou federais.								
Ação nº 3	Executar licitações e distribuir os equipamentos conforme prioridade.								
1.2.2	Adquirir 02 veículos tipo passeio para transporte de equipes ESF em suas atribuições, visitas domiciliares até 2029.	2	2025	Número	2	1	1	0	2
Ação nº 1	Incluir no planejamento anual e buscar emendas ou recursos federais/estaduais;								
Ação nº 2	Realizar processo de aquisição e habilitação do veículo.								
1.2.3	Realizar reforma/ampliação de unidades da Atenção Primária a Saúde conforme propostas aprovadas pela SES/MS, recursos do Tesouro e/ou recurso próprio, conforme avaliação e necessidade.	4	2025	Número	0	1	1	1	1
Ação nº 1	Promover a manutenção, reforma, ampliação de Unidade de Saúde conforme necessidade, de acordo com o diagnóstico situacional do município.								
1.2.4	Construir Unidade de Saúde de unidade na Atenção Primária a Saúde conforme propostas aprovadas pela SES/MS, recursos do Tesouro e/ou recurso próprio, no Bairro São Cristóvão.	0	2025	Número	1	0	0	0	1
Ação nº 1	Ampliar e qualificar a rede física de saúde municipal para aprimorar a capacidade de resposta às necessidades da população.								
Ação nº 2	Seguir as normas da RDC Nº 50/2002 da ANVISA e as diretrizes do Novo PAC Saúde/Ministério da Saúde.								
Ação nº 3	Reduzir a sobrecarga das unidades de saúde existentes e melhorando a resolutividade local dos moradores do Bairro São Cristóvão.								

DIRETRIZ 2: GARANTIR A EQUIDADE NO ACESSO E NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVO 2.1 : Fomentar mecanismos de cuidado integral e hierarquizado nos diferentes níveis de atenção existentes na rede de atenção e qualificar o cuidado em saúde nos diferentes ciclos de vida e segmentos específicos da população: população negra, comunidade LGBTQIA+, pessoas com deficiência, mulheres, homens entre outros, em suas diferentes dimensões e necessidades, fomentando práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças nos territórios, priorizando as populações mais vulneráveis e os grupos marginalizados socialmente.

Nº	Descrição da Meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
2.1.1	Organizar e implementar, até o final do período de 2029, as linhas de cuidado prioritárias para pelo menos 3 dos segmentos específicos da população (ex: população negra, pessoas com deficiência e comunidade LGBTQIA+). em, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.	0%	2025	Percentual	70%	40%	50%	60%	70%
Ação nº 1	Garantir que 100% dos profissionais de saúde da atenção primária e secundária passem por capacitação em equidade, combate ao racismo institucional e atendimento humanizado para a comunidade LGBTQIA+ .								
Ação nº 2	Capacitar 100% os profissionais sobre as especificidades de saúde dos grupos vulnerabilizados.								
Ação nº 3	Promover o cuidado implementado para os segmentos prioritários, incluindo protocolos de atendimento e fluxo assistencial, ampliando a oferta de testagem rápida em todos os atendimentos de rotina, especialmente em grupos vulneráveis.								
Ação nº 4	Promover um dia D a comunidade LGBTQIA+ com ações sociais e de saúde.								
2.1.2	Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária, atingir a meta do indicador do Previne Brasil (40% da população-alvo em 3 anos).	0%	2025	Percentual	68%	59%	62%	65,%	68%
Ação nº 1	Ofertar a coleta do exame em horários alternativos (ex: fins de semana) para mulheres que trabalham em horário comercial e têm dificuldade de acesso durante a semana.								
Ação nº 2	Implementar protocolos claros de atendimento para a linha de cuidado do câncer de colo do útero, desde a coleta até o seguimento de resultados alterados (colposcopia, biópsia, tratamento), garantindo a agilidade e o acesso a todos os níveis de atenção.								
2.1.3	Realizar exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0%	2025	Percentual	90%	60%	70%	80%	90%
Ação nº 1	Intensificar a busca ativa por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que devem visitar e orientar essas mulheres em suas residências.								
Ação nº 2	Implementar a oferta programada de exames em horários alternativos (ex. aos sábados) para mulheres que trabalham em horário comercial.								
2.1.4	Manter o acompanhamento da condicionalidade dos beneficiários do Programa Bolsa Família maior ou igual a 65% a cada ano a partir de 2026 até 2029.	0%	2025	Percentual	65%	62%	73%	64%	65%
Ação nº 1	Regular facilita a detecção precoce de problemas de saúde (desnutrição, atrasos no desenvolvimento, vacinação incompleta, complicações na gestação) e permite intervenções oportunas.								
Ação nº 2	Utilizar o sistema de informação do PBF (e-Gestor Saúde) para monitorar mensalmente o indicador por território/UBS.								
Ação nº 3	Realizar campanhas informativas locais, utilizando rádio, carros de som, cartazes nas UBS, e mídias sociais, para informar os beneficiários sobre a importância do acompanhamento de saúde, o calendário de pesagem/vacinação e as consequências do não cumprimento.								
2.1.5	Manter o acompanhamento da condicionalidade dos beneficiários do Programa Bolsa Família maior ou igual a 65% a cada ano a partir de 2026 até 2029.	0%	2025	Percentual	65%	62%	73%	64%	65%

Ação nº 1	Regular facilita a detecção precoce de problemas de saúde (desnutrição, atrasos no desenvolvimento, vacinação incompleta, complicações na gestação) e permite intervenções oportunas.									
Ação nº 2	Utilizar o sistema de informação do PBF (e-Gestor Saúde) para monitorar mensalmente o indicador por território/UBS.									
Ação nº 3	Realizar campanhas informativas locais, utilizando rádio, carros de som, cartazes nas UBS, e mídias sociais, para informar os beneficiários sobre a importância do acompanhamento de saúde, o calendário de pesagem/vacinação e as consequências do não cumprimento.									
2.1.6	Garantir 100% de investigação de óbitos infantis, maternos e em mulheres em idade fértil.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Estabelecer um fluxo claro e obrigatório de notificação imediata de todo óbito infantil, materno e em mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) por parte de todas as unidades de saúde (públicas e privadas), hospitais e serviços de verificação de óbitos (SVO) à Vigilância Epidemiológica Municipal.									
Ação nº 2	Garantir os recursos necessários para a realização das visitas domiciliares, como transporte e materiais de escritório.									
Ação nº 3	Assegurar o uso e a integração dos sistemas de informação (SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) para o cruzamento de dados e identificação de óbitos a serem investigados.									
2.1.7	Realizar, anualmente, pelo menos 1 ação voltada à promoção e prevenção da saúde do homem até 2029.	0%	2025	Número	4	1	1	1	1	1
Ação nº 1	Promover campanhas educativas durante o novembro Azul e em outras datas estratégicas.									
Ação nº 2	Oferecer testes rápidos, avaliação de PA, glicemia e atualização vacinal durante as ações.									
Ação nº 3	Identificar temas prioritários: prevenção de câncer, saúde sexual, saúde mental, violência.									
Ação nº 5	Realizar busca ativa para homens com fatores de risco ou doenças crônicas.									
2.1.8	Realizar, anualmente, ao menos 1 ação de educação em saúde voltadas ao envelhecimento ativo e prevenção de agravos em idosos.	0%	2025	Número	4	1	1	1	1	1
Ação nº 1	Promover rodas de conversa, oficinas e atividades interativas com participação de idosos.									
Ação nº 2	Integrar ações com a assistência social, CRAS e grupos de convivência.									
Ação nº 3	Realizar busca ativa de idosos em situação de risco ou sem acompanhamento regular.									

DIRETRIZ 3 : FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO 3.1: Reduzir riscos e agravos à saúde da população passíveis de controle por meio das ações de vigilância em saúde , promoção, proteção e prevenção, integrando as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador e intervir em atividades ou espaços de risco à saúde individual e coletiva para eliminar, diminuir e prevenir riscos e intervir nos problemas relacionados à saúde, fomentando as ações de proteção, promoção da saúde, prevenção de doenças e controle de agravos em toda a rede de atenção.

Orçamento:

Unidade 004 – BLOCO VIGILÂNCIA EM SAÚDE
11004.1030400252.087 – Manutenção e Implantação das Ações da Vigilância Ambiental
11004.1030400252.088 – Manutenção e Implantação das Ações de Vigilância Sanitária

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
3.1.1	Proporção de registros de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência (INDICADOR 1 - PQAVS)	90%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Capacitação contínua dos profissionais responsáveis pelo preenchimento e alimentação do SIM									
Ação nº 2	Acompanhamento e monitoramento mensal dos prazos de alimentação do SIM									
3.1.2	90% de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência (INDICADOR 2 - PQAVS)	90%	2025	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
3.1.3	Manter as salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunização.	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunização (INDICADOR 3 - PQAVS)	≥80%	2025	Percentual	100%	80%	90%	95%	100%
Ação nº 1	Capacitação contínua dos profissionais responsáveis pelo preenchimento e alimentação do SINASC									
Ação nº 2	Acompanhamento e monitoramento mensal dos prazos de alimentação do SINASC									
3.1.4	Ampliar a cobertura vacinal das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríple viral (1ª dose).	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríple viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada. (INDICADOR 4 - PQAVS)	≥95%	2025	Percentual	95%	95%	95%	95%	95%

Ação nº 1	Realização de campanhas locais voltadas à conscientização dos pais e responsáveis sobre a importância da vacinação.									
Ação nº 2	Elaborar o plano de ação da imunização e acompanhar a execução do mesmo.									
3.1.5	Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. (INDICADOR 5 - PQAVS)	75%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Elaboração e implementação de um cronograma municipal de coletas e análises de água.									
Ação nº 2	Fortalecimento da vigilância da qualidade da água SISTAMOS.									
Ação nº 3	Acompanhamento mensal das metas de coletas e análises.									
Ação nº 4	Controlar o risco de agravos à saúde relacionados ao transporte ou à utilização de água para consumo humano proveniente de Soluções Alternativas Coletiva.									
3.1.6	Investigar e encerrar os casos de doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (INDICADOR 6 - PQAVS)	80%	2025	Percentual	80%	80%	80%	80%	80%
Ação nº 1	Capacitação contínua das equipes de vigilância epidemiológica									
Ação nº 2	Monitoramento sistemático dos prazos de encerramento									
Ação nº 3	Promoção de reuniões de análise e avaliação do desempenho									
3.1.7	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno (INDICADOR 7 PQAVS)	70%	2025	Percentual	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Observação	O Município não é área endêmica, região geográfica onde uma determinada doença infecciosa ocorre de forma constante e contínua.									
3.1.8	Realizar visitas aos imóveis em pelo menos 04 ciclos de visitas domiciliares, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue (INDICADOR 8 - PQAVS).	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Capacitação e qualificação dos Agentes de Combate às Endemias (ACE)									

Ação nº 2	Monitoramento e avaliação da cobertura das visitas									
3.1.9	Ampliar a proporção de contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase (INDICADOR 9 - PQAVS)	≥82%	2025	Percentual	83%	82%	82%	83%	83%
Ação nº 1	Capacitação das equipes de saúde para busca ativa e exame dos contatos.									
Ação nº 2	Registro e monitoramento dos contatos examinados.									
Ação nº 3	Articulação entre atenção básica, vigilância epidemiológica e referência especializada para encaminhamento dos contatos positivos.									
3.1.10	Proporção de contatos examinados casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. (INDICADOR 10 - PQAVS).	70%	2025	Percentual	70%	71%	72%	73%	74%
Ação nº 1	Capacitação das equipes de saúde para busca ativa e exame dos contatos.									
Ação nº 2	Monitoramento e registro sistemático dos contatos examinados.									
Ação nº 3	Integração entre atenção básica, vigilância e serviços especializados.									
3.1.11	Reduzir o percentual de casos de sífilis congênita para menos de 5% dos casos de sífilis em gestantes no município	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (INDICADOR 11 - PQAVS).	1	2025	Percentual	0	0	0	0	0
Ação nº 1	Garantir que todas as gestantes façam o teste de sífilis na primeira consulta e em gestação tardia (preferencialmente até 28 e 36 semanas).									
Ação nº 2	Monitorar a adesão ao tratamento das gestantes e parceiros.									
Ação nº 3	Oferecer tratamento específico em caso de exame positivo, como também apoio e monitoramento.									
3.1.12	Número de óbitos precoces pela aids na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos precoces pela aids na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (INDICADOR 12 - PQAVS).	0	2025	Número	0	0	0	0	0
Ação nº 1	Garantia do acesso e adesão ao tratamento antiretroviral (TARV).									
Ação nº 2	Fortalecimento da vigilância epidemiológica									

3.1.13	Incentivar e monitorar as notificações de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador garantindo o correto preenchimento do campo ocupação em pelo menos 95% das notificações	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. (INDICADOR 13 - PQAVS).	90%	2025	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
Ação nº 1	Aumentar e qualificar as fontes notificadoras de agravos relacionados ao trabalho.									
Ação nº 2	Realizar busca ativa nas unidades de saúde para garantir as notificações de agravos relacionados ao trabalho.									
3.1.14	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida (INDICADOR 14 - PQAVS)	95%	2025	Percentual	95%	95%	95%	96%	96%
Ação nº 1	Alimentar o Sistema de Informação de Agravos no ESUS VS com todas as informações devidamente preenchidas.									
Ação nº 2	Monitorar as notificações de Violência interpessoal/ autoprovocada.									
Ação nº 3	Realizar busca ativa nas Redes de Saúde, Rede de Assistência Social, CRAS, CREAS, Atenção Primária a Saúde e Especializada, Conselho Tutelar, Rede de Educação (Creche, escola), Conselho do Idoso, Delegacia (atendimento idoso, mulher, criança e adolescente)									
3.1.15	Disponibilizar 100% dos medicamentos adquiridos para atender às necessidades de saúde da população na atenção básica.	Percentual de itens de medicamentos programados e disponibilizados (PT GM/MS 1.515 DE 30 DE JULHO DE 2013)	0%	2025	Percentual	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Observação	O Município não possui uma unidade prisional sob sua gestão, não havendo, portanto, população privada de liberdade a ser acompanhada localmente pelas equipes de saúde.									
3.1.16	Adquirir, no mínimo, 1 veículos tipo passeio para transporte de equipes ACS e vacinação animal em suas atribuições, visitas domiciliares até 2029.	Não se aplica	0	2025	Número	1	0	1	0	0
	Adquirir, no mínimo, 1 veículo tipo caminhonete 4x4 para transporte de equipes de ACE e vacinação animal em suas atribuições, visitas domiciliares até 2029.	Não se aplica	0	2025	Número	1	0	0	0	1
Ação nº 1	Incluir no planejamento anual e buscar emendas ou recursos federais/estaduais;									
3.1.17	Identificar e intervir nos fatores ambientais que representam riscos à saúde humana, o que inclui o controle de vetores e a prevenção de zoonoses (doenças transmitidas entre animais e humanos), como a raiva, ações da VIGILÂNCIA AMBIENTAL.	Não se aplica	80%	2025	Percentual	80%	80%	80%	80%	80%

Ação nº 1	Realizar visitas periódicas dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) em 100% dos imóveis do município para identificação e eliminação de criadouros do mosquito <i>Aedes aegypti</i> .									
Ação nº 2	Implementar ações de controle focal, perifocal e, quando necessário, bloqueio químico (fumacê) em áreas com surto ou alta infestação, seguindo protocolos do Ministério da Saúde.									
Ação nº 3	Monitorar e controlar populações de roedores, insetos (mosquitos, barbeiros, etc.), e animais peçonhentos (escorpiões, aranhas) em áreas de risco identificadas.									
Ação nº 4	Promover ações de educação em saúde e mobilização social contínuas sobre temas como descarte correto de lixo, prevenção de criadouros de mosquitos e preservação de mananciais, em parceria com escolas e associações comunitárias.									
Ação nº 5	Fortalecer a parceria com as Secretarias de Obras, Meio Ambiente e Agricultura para a resolução de problemas estruturais que impactam a saúde pública (ex: saneamento básico, limpeza urbana, drenagem).									
3.1.18	Realizar anualmente a Campanha de Vacinação Antirrábica de cães e gatos, buscando atingir uma cobertura vacinal superior a 80% da população animal para garantir a imunidade coletiva e prevenir a raiva humana.	Não se aplica	80%	2025	Percentual	82%	81%	81%	82%	82%
Ação nº 1	Treinar profissionais, técnicos, agentes de saúde e de endemias e voluntários sobre o manejo correto dos animais, aplicação da vacina, armazenamento e registro de dados.									
Ação nº 2	Registrar cada animal vacinado no Comprovante de Vacinação Animal (cademeta) com nome, espécie, sexo, porte) e os dados do tutor, emitindo o comprovante de vacinação.									
Ação nº 3	Promover um dia ou período adicional de vacinação para quem perdeu a data oficial (Dia D preconizado pelo Ministério da Saúde).									
Ação nº 4	Promover vacinação por meio de cronograma, nas localidades urbana e rurais do Município.									
3.1.19	Aprimoramento do marco regulatório e das ações de VIGILÂNCIA SANITÁRIA, para assegurar a proteção à saúde.	Não se aplica	70%	2025	Percentual	70%	70%	70%	70%	70%
Ação nº 1	Realizar o licenciamento sanitário (emissão de alvará inicial e renovação anual) de todos os estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário (serviços de saúde, farmácias, indústrias de alimentos, supermercados, restaurantes, salões de beleza, escolas, etc.).									
Ação nº 2	Intensificar as ações de inspeção e fiscalização de rotina e por denúncia, verificando as condições higiênico-sanitárias e a qualidade dos serviços e produtos oferecidos à população.									
Ação nº 3	Realizar a fiscalização do comércio de produtos de interesse à saúde, verificando a validade, registro na ANVISA, condições de armazenamento e transporte, e, quando necessário, apreender produtos irregulares.									
Ação nº 4	Promover a educação em saúde para a comunidade sobre temas como manipulação segura de alimentos, descarte correto de resíduos e prevenção de doenças relacionadas a condições sanitárias inadequadas.									
3.1.20	Controlar e prevenir a disseminação contínua de doenças presentes na região, como dengue, leishmaniose, raiva e outras por meio da VIGILÂNCIA DE ENDEMIAS.	0%	0	2025	Percentual	75%	76%	77%	78%	79%
Ação nº 1	Busca Ativa de Criadouros por meio de realização de visitas domiciliares (no mínimo a cada 4 a 6 semanas) por Agentes de Combate a Endemias (ACE) para inspecionar 100% dos imóveis, eliminar criadouros e orientar moradores sobre a prevenção da proliferação do mosquito.									

Ação nº 2	Monitorar infestação e executar o levantamento de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA) ou técnica similar a cada ciclo (mínimo de 3 a 4 vezes ao ano) para mapear áreas de risco e direcionar as ações de controle de forma estratégica.									
Ação nº 3	Aplicar larvicidas (controle biológico ou químico) em depósitos de água onde não é possível a eliminação ou vedação.									
Ação nº 4	Realizar o bloqueio de transmissão com inseticida (fumacê) em áreas com casos confirmados de dengue, zika ou chikungunya, conforme protocolo do Ministério da Saúde.									
Ação nº 5	Instalar uma rede estratégica de ovitrampas em pontos fixos e representativos do município (escolas, unidades de saúde, áreas comerciais, residências sentinela) e Realizar a checagem e coleta semanal das palhetas das ovitrampas pelas equipes de campo, com posterior análise laboratorial para contagem de ovos.									
Ação nº 6	Utilizar os dados do índice de positividade das ovitrampas (IO — Índice de Ovitrapas) para direcionar e intensificar as ações de controle mecânico (eliminação de criadouros) e químico (larvicidas, fumacê) nas áreas ou bairros com maior risco identificado.									
3.1.21	Promover e proteger a VIGILÂNCIA DO TRABALHO trabalhadores, tanto do setor público quanto do privado, prevenindo acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e identificando os riscos presentes nos ambientes de trabalho do município.	0%	90%	2025	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%
Ação nº 1	Garantir e/ou renovar a adesão formal ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regional, assegurando equipe técnica capacitada.									
Ação nº 2	Capacitar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), hospitais e Vigilância Epidemiológica para a notificação compulsória de acidentes de trabalho graves, doenças ocupacionais e intoxicações por produtos químicos nos sistemas de informação ESUS VS.									
Ação nº 3	Investigar 100% dos acidentes de trabalho graves e óbitos relacionados ao trabalho notificados, para identificar as causas e propor medidas preventivas que evitem a repetição do evento.									
Ação nº 4	Promover ações educativas e preventivas (pelo menos 1 a cada ano pelo período de 2026 a 2029).									

DIRETRIZ 4 : FORTALECER OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL NO SUS, ASSEGURANDO O FUNCIONAMENTO EFETIVO E TRANSPARENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E PROMOVENDO MAIOR ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE NAS DECISÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA.

OBJETIVO 4.1 : Ampliar a participação da população nas instâncias de controle social e aprimorar os mecanismos de comunicação entre o Conselho Municipal de Saúde, os gestores e a sociedade civil, garantindo a transparência e a efetividade nas deliberações da política municipal de saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029

4.1.1	Realizar 12 Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde previstas no Calendário do CMS	Quantidade de Reuniões Ordinárias realizadas - Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde	0%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Apoiar o processo de formação e manutenção do Conselho Municipal de Saúde.									
Ação nº 2	Garantir a participação dos Conselheiros no caso de cursos de informativos e/ou de atualização na formulação e execução das políticas de saúde, divulgando informações									
Ação nº 3	Promover ações de educação permanente e continuada para os Conselheiros Municipais.									
4.1.2	Apresentar as Prestações de Contas Quadrimestrais da Gestão ao Conselho Municipal de Saúde, conforme LC 141/2012.	Quantidade de Prestações de Contas apresentadas a cada quatro meses - LC 141/12.	3	2025	Número	12	3	3	3	3
Ação nº 1	Efetivar as apresentações das prestações de contas bimestrais da Secretaria Municipal de Saúde.									
Ação nº 2	Apresentar demais prestações preconizadas pelo Ministério da Saúde tais como: SIOPS, DIGISUS, RDQA, PAS e demais sistema e relatórios necessários.									
4.1.3	Realizar Audiência Pública, na casa Legislativa, para Prestação de Contas Quadrimestral da Gestão, conforme LC 141/2012	Quantidade de Audiências Públicas de Prestações de Contas apresentadas a cada 4 meses - LC 141/12	3	2025	Número	3	3	3	3	3
Ação nº 1	Apresentar Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, em audiência pública na Casa Legislativa.									
4.1.4	Empenhar e atuar na efetivação das propostas formuladas pelo CMS na Etapa da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano. (vide anexo inseparável destes autos)	Monitorar anualmente.	0	2025	Percentual	80%	80%	80%	80%	80%

DIRETRIZ 5 : FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E GARANTIA DO ACESSO A MEDICAMENTOS E INSUMOS ESSENCIAIS.

OBJETIVO 5.1 : Promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, com integração da política farmacêutica municipal às políticas estadual e nacional de saúde, buscando a integralidade da atenção.

Orçamento: Unidade 005 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
110005.1030100252.090 – Manutenção das ações da Assistência Farmacêutica

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
5.1.1	Garantir a distribuição de 100% dos medicamentos conforme Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).	Estabelecer protocolos que visem maior utilização dos medicamentos previstos pela REMUME.	0%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar análise anual da necessidade e/ou demanda com profissionais de saúde e análise de consumo de medicamentos e insumos com base no consumo.									
Ação nº 2	Manter adesão com SERP/PERP – Sistema Estadual de Registro de Preços do ES.									
Ação nº 3	Atualizar a lista básica de medicamentos do município de acordo com as necessidades patológicas dos usuários.									
5.1.2	Instituir e manter ativa a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) até final do ano de 2026	Nº de atualizações da REMUME realizadas no quadriênio.	0	2025	Número	1	1	0	0	0
Ação nº 1	Formalizar, por portaria municipal, a composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica com representação multiprofissional.									
Ação nº 2	Produzir e publicar decisões técnicas da comissão apresentando ao Conselho Municipal de Saúde, pós decisão publicar em Diário Oficial.									
5.1.3	Oferecer outras práticas para tratamento e prevenção de doenças e para a qualidade de vida.	Proporcionar capacitação a profissionais e usuários acerca de terapias não medicamentosas e medicina alternativa	0	2025	Número	2	1	0	1	0
Ação nº 1	Garantir a oferta de fitoterápicos e plantas medicinais na assistência farmacêutica;									
Ação nº 2	Capacitar os profissionais da saúde por meio de cursos e treinamentos;									
5.1.4	Campanha de conscientização e redução do uso irracional de medicamentos e problemas relacionados a medicamentos	Educação continuada sobre uso racional de medicamentos, medicinas alternativas e principalmente continua abordagem contra a auto medicação.	0	2025	Número	4	1	1	1	1
Ação nº 1	Realizar orientação farmacêutica individualizada.									

DIRETRIZ 6 : FORTALECIMENTO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Orçamento:	Unidade 003 – ATENÇÃO A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL
	110004.1030200252.083 – Manutenção do Laboratório de Análises Clínicas
	110004.1030200252.085 – Manutenção das Atividades do centro de Reabilitação Física
	110001.1024400252.074 – Programa de Reabilitação de Drogados
	110001.1030100252.076 – Manutenção do Pronto Atendimento Municipal
	110002.1030100252.081 – Manutenção da Atividade do Núcleo Psicossocial de Ibirapu

OBJETIVO Nº 6.1: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), agregando diferentes componentes e pontos de atenção às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, em tempo e local oportuno.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
6.1.1	Manter 01 (um) Grupo Condutor Municipal da RAPS.	Número de grupo condutor insitufido.	0	2025	Número	1	1	0	0	0
6.1.2	Promover 01 (uma) ação de educação permanente anualmente, para os profissionais que compõem a RAPS municipal.	Número de ações de educação permanente realizada anualmente	0	2025	Número	4	1	1	1	1
6.1.3	Realizar 01 (uma) reunião, a cada semestre, com os componentes da RAPS, a fim de organizar o fluxo do cuidado em saúde mental em toda rede.	Númeor de reuniões semestral realizada com os profissionais da RAPS.	0	2025	Número	8	2	2	2	2
6.1.4	Garantir 1 (um) veículo para apoio às atividades externas realizadas pelo Equipe, assegurando o desenvolvimento das ações territoriais, visitas domiciliares, busca ativa e articulação com também emcaminhamento as clínicas para internação.	Número de veículos adquiridos.	0	2025	Número	1	0	1	0	0

OBJETIVO 6.2: Garantir acesso qualificado, humanizado e ágil aos serviços de urgência e emergência no município e por meio da Rede de Atenção às Urgências.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
6.2.1	Qualificar os atendimentos na rede de urgência e emergência.	Total de Pacientes classificados no sistema RGsystem / Número total de pacientes atendidos.	0%	2025	Percentual	65%	50%	55%	60%	65%

6.2.2	Implantar o sistema de Protocolo de Manchester.	Seguimento que estabelece as diretrizes para os serviços de urgência e emergência. Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048/2002.	0	2025	Númerol	1	0	1	0	0
6.2.3	Manter o abastecimento dos insumos e serviços na média e alta complexidade.	Abastecimentos dos insumos e serviços na média e alta complexidade em conformidade ao controle de estoque.	0%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
6.2.4	Aquisição de um veículo Ambulância Tipo B (Suporte Básico).	Avaliação de demanda espontanea de pacientes por mês.	0	2025	Número	1	1	0	0	0
6.2.5	Ampliar e qualificar a rede de urgência e emergência, garantindo que os setores da unidade de pronto atendimento estejam equipadas com aparelhos essenciais (monitor multiparamétrico, desfibrilador, ventilador mecânico, kits de imobilização e transporte) e com profissionais capacitados para atendimento.	Percentual de setores da unidade de urgência e emergência com equipamentos adequados e equipe qualificada	0%	2025	Percentual	80%	50%	60%	70%	80%
6.2.6	Garantir e manter que 100% dos plantões da UPA 24h contem com equipe multiprofissional completa, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem.	Percentual de plantões da UPA 24h com equipe completa.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%

OBJETIVO 6.3: Estabelecer fluxos e protocolos para o rastreio e diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista) na Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo o encaminhamento para a equipe do CEMAN, garantindoo o acesso humanizado e efetivo aos portadores com sofrimento ou transtorno mental, Transtorno do Espectro Autista (TEA) com alterações físicas e funcionais do cérebro relacionados ao desenvolvimento motor, da linguagem e comportamental.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029

6.3.1	Otimizar a Rede de Atenção ao Autista por meio da melhoria do fluxo de atendimento, priorizando o diagnóstico precoce na Atenção Primária. A por meio do Convênio com Secretaria	Investir na estratégia que inclui a capacitação contínua dos profissionais de saúde e a intensificação das campanhas de	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
	Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santos e Instituição Amigos da Justiça nos serviços do SERDIA - Serviço Especializado em Reabilitação da Pessoa com Deficiência Intelectual e Autismo.	conscientização da população, garantindo um cuidado humanizado, inclusivo e a máxima eficácia na intervenção precoce em todo o município								
6.3.2	Ações educativas, integradas com as Secretarias Municipais de Inclusão e de Comunicação para conscientização da população quanto ao autismo e pacientes neuro divergentes.	Executar campanhas educativas.	0	2025	Número	4	1	1	1	1
6.3.3	Garantir apoio funcional e financeiro ao Centro de Especialidades Municipal de Assistência Neurodiversa.	Avaliação de demanda espontânea e referenciada e atendimentos diários.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
6.3.4	Reduzir o tempo médio de espera entre o primeiro atendimento na APS e o diagnóstico conclusivo no centro especializado.	Ampliar capacidade de atendimento em conformidade a demanda espontânea e referenciada.	0	2025	Percentual	70%	50%	55%	60%	70%

OBJETIVO 6.4: Oferecer um leque de serviços laboratoriais que atenda às necessidades da população local, evitando o deslocamento para outros municípios e garantindo o acompanhamento completo do paciente.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
6.4.1	Garantir o acesso universal e equitativo aos serviços laboratoriais.	Cobertura populacional atendida pelo laboratório municipal	0	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
6.4.2	Modernizar a infraestrutura física e tecnológica do laboratório com aquisição de 01 (um) Microscópio profissional.	Ampliar a capacidade de processamento de exames.	0	2025	Número	1	0	1	0	0

OBJETIVO 6.5: Promover a saúde funcional e a qualidade de vida da população municipal através de ações de prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a integralidade da assistência e o acesso universal aos serviços de fisioterapia.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026- 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
6.5.1	Alcançar 90% de satisfação dos usuários com os serviços de fisioterapia	Percentual de pacientes satisfeitos (pesquisa de satisfação).	0	2025	Percentual	90%	60%	70%	80%	90%
6.5.2	Otimizar o acesso à reabilitação, assegurando continuidade do tratamento fisioterapêutico entre os diferentes pontos de atenção da atenção básica para a especializada.	Reduzir as filas de espera para atendimentos especializados em reabilitação física.	0	2025	Percentual	70%	60%	65%	70%	70%
6.5.3	Adquirir equipamentos de fisioterapia, visando modernização do parque tecnológico do setor de fisioterapia.	Investimento na modernização e aquisição de novos aparelhos para as clínicas de fisioterapia municipais, visando a melhoria da qualidade assistencial e a segurança do paciente	0	2025	Percentual	60%	0%	50%	55%	60%

DIRETRIZ 7 : FORTALECIMENTO DA GESTÃO EM SAÚDE, INVESTIMENTOS E QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS DO SUS

Orçamento:	Unidade 001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
	110001.1012200252.071 – Manutenção das Atividades da Secretaria de Saúde
	110001.1012200252.073 – Manutenção da Frota da Saúde
	110001.1024400252.135 – Manutenção das atividades de cumprimento de determinação Judicial
	110001.1030100252.026 – Reforma e ampliação da Secretaria Municipal de Saúde e Unidades de Saúde
	110002.1030100252.075 – Manutenção das Unidades de Saúde
	110003.1030200252.086 – Manutenção das Ações dos Consórcios de Saúde
	Unidade 006 – GESTÃO DO SUS
	Unidade 007 – BLOCO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Objetivo 7.1 - Garantir que todas as áreas de atenção à saúde, desde a atenção básica até a hospitalar e especializada, estejam integradas e coordenadas, formando Redes de Atenção à Saúde (RAS) que superem a fragmentação dos serviços.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026 - 2029)	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
7.1.1	Assegurar a aplicação mínima constitucional de recursos em saúde, promovendo a transparência, o planejamento financeiro e o cumprimento das normativas legais. O percentual mínimo de 15% da receita de impostos e transferências aplicados em ações e serviços públicos de saúde.	Percentual de receitas de impostos aplicada em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) (Valor aplicado em ASPS no exercício ÷ Receita Líquida de impostos) × 100.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
7.1.2	Assegurar a transparência da gestão do SUS e o cumprimento das obrigações legais por meio da atualização sistemática do Sistema Digisus com as informações de planejamento e monitoramento da saúde.	Manter o Sistema Digisus atualizado com os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG), em 100% dos prazos exigidos até 2029.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
7.1.3	Participação das reuniões de Câmara Técnica, CIR e CIB conforme necessidade. Participação nas Reuniões.	Participar e incentivar a participação em reuniões regionais, estaduais e nacionais conforme necessidade.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
7.1.4	Garantir a transparência na gestão e realizar as audiências públicas quadrimestrais.	Número de audiências públicas realizadas. Realizar audiências públicas quadrimestrais de prestação de contas da saúde, garantindo ampla divulgação.	3	2025	Número	12	3	3	3	3
7.1.5	Garantir manutenção das Atividades com Consórcio Público de Saúde.	Número de Consórcio Público. Compra de serviços da atenção especializada, serviços médicos e demais necessários.	1	2025	Número	1	1	1	1	1
7.1.6	Implementar ações compartilhadas entre a SEMUS, os municípios de referência da PPI - Programação Pactuada e Integrada e a SESA para garantir o acesso da população à atenção hospitalar.	Manter pactuação atualizada a garantir que a população tenha acesso a todos os serviços de média e alta complexidade necessários.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%

7.1.7	Contratualizar, acompanhar e monitorar os serviços de coleta de e destinação de resíduos sólidos da Saúde.	Efetivar contrato (\$).	1	2025	Numero	1	1	1	1	1
7.1.8	Firmar contratos de Gestão com Organizações Sociais objetivando fomentar a absorção e a execução de atividades e serviços de interesse público na área da saúde.	Garantia da oferta de ações e serviços de saúde de qualidade, com equidade e em tempo adequada, além da garantia da estrutura necessária para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
7.1.9	Garantir transporte sanitário intermunicipal para pacientes em tratamento fora da municipalidade.	Número de pacientes transportados.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
7.2.0	Assegurar a manutenção preventiva e corretiva, além do abastecimento contínuo da frota de veículos da saúde, garantindo condições seguras e adequadas de transporte sanitário.	Proporção da frota com manutenção preventiva em dia.	100%	2025	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%

6. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Ibiraçu – ES, para o quadriênio 2026– 2029, apresenta uma visão abrangente dos principais desafios enfrentados pela saúde municipal, com base em uma análise situacional criteriosa e na observação atenta dos indicadores pactuados. A partir desse diagnóstico, foram formuladas ações estratégicas realistas e exequíveis, voltadas à melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados à população ibiraçuense. Trata-se de um instrumento técnico, político e legal, que busca captar e responder à complexidade e à dinamicidade do território municipal, servindo como base orientadora para a gestão em saúde e como subsídio essencial para compreender as múltiplas dimensões do processo saúde-doença e suas implicações organizacionais e institucionais. A efetividade das ações propostas dependerá de diversos fatores, entre eles os determinantes sociais da saúde, a conjuntura política e econômica, e o comprometimento coletivo dos atores envolvidos no processo de atenção. Destaca-se que as Programações Anuais de Saúde (PAS) terão papel fundamental no desdobramento, detalhamento e monitoramento das metas aqui estabelecidas, haja vista a PAS operacionaliza a ações e metas elencadas para cada ano, com o devido acompanhamento e controle pelo Conselho Municipal de Saúde. Embora importantes avanços tenham sido alcançados, como a ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde, a estruturação dos serviços da atenção secundária, de urgência e emergência e os investimentos em informatização, persistem desafios estruturais que exigem respostas qualificadas, como o envelhecimento populacional, o crescimento das doenças crônicas, e infecto contagiosas, a violência e os acidentes de trânsito, entre outros fatores externos que impactam diretamente os indicadores de saúde. Este Plano reafirma o compromisso do município com a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma gestão planejada, participativa e intersetorial. O êxito na implementação das estratégias propostas exigirá integração entre os diversos níveis de atenção, articulação com o Plano do Governo da municipalidade e rigorosa execução orçamentária. Cabe a todos os envolvidos, gestores, profissionais de saúde, conselheiros e sociedade civil, a corresponsabilidade pela materialização das metas e pela construção de um sistema de saúde público mais resolutivo, equitativo e humanizado.

CONCLUSÃO

Ao finalizar a elaboração do presente Plano constatamos que a saúde no município de Ibirapu tem alcançado êxitos no que diz respeito à atenção básica, pois os indicadores de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde possibilitam ao Gestor uma análise da situação de saúde no âmbito municipal, podendo assim planejar estratégias para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, estão todos em sua maioria dentro do que foi pactuado entre o município e o Ministério da Saúde, reitera-se o esforço da equipe de saúde em construir a melhor análise possível para subsidiar as diretrizes de saúde do Município para um novo horizonte temporal.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Ibirapu para o período de 2026 a 2029 representa o compromisso inabalável da gestão municipal e da Secretaria Municipal de Saúde com a garantia do direito universal à saúde, em consonância com os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular.

Elaborado de forma participativa, baseado em um diagnóstico situacional criterioso das necessidades e realidades locais, este documento transcende a função de um mero instrumento burocrático. Ele é o guia estratégico que norteará todas as ações, investimentos e tomadas de decisão na saúde pública de Ibirapu nos próximos quatro anos.

As diretrizes e objetivos aqui estabelecidos visam, prioritariamente, fortalecer a gestão como ordenadora da rede, otimizar a gestão dos recursos públicos, aprimorando os diversos setores da saúde e garantir a integralidade da assistência aos nossos munícipes. A transparência e a eficiência na aplicação dos recursos públicos, com foco na melhoria contínua dos serviços ofertados, são pilares desta gestão.

Por fim, reitera-se que a saúde é um direito de todos e um dever do poder público. A execução deste Plano Municipal de Saúde demandará um esforço conjunto e contínuo, não apenas da equipe técnica da Secretaria de Saúde e dos profissionais da linha de frente, mas de toda a comunidade e dos demais setores da administração pública.

O monitoramento e a avaliação periódica das metas propostas serão cruciais para assegurar a adaptabilidade do plano frente a novos desafios e cenários que possam surgir. Acreditamos que, com a implementação eficaz das ações previstas neste documento, Ibirapu avançará significativamente na construção de um sistema de saúde mais justo, acessível e de excelência, promovendo a qualidade de vida e o bem-estar de toda a população ibirapense.

As metas do referido plano serão desdobradas em ações e metas anuais. Os indicadores pactuados serão monitorados anualmente e os resultados alcançados nortearão as prioridades da implementação bem-sucedida do PMS dependerá da sinergia entre todas as esferas da gestão e da efetiva fiscalização e acompanhamento por parte do controle social. Este plano, sendo um instrumento vivo, será periodicamente monitorado e avaliado, permitindo os ajustes necessários para garantir sua relevância e eficácia diante das dinâmicas sociais.

Os desafios para se fazer saúde no cotidiano são muitos, e com este trabalho que a equipe de saúde e comunidade consigam visualizar de maneira sistematizada e oportuna possibilidades concretas de aperfeiçoamento do sistema de saúde no Município.

É possível verificar neste Plano a busca para contemplar os desafios de gestão, destacando-se aqui um registro no texto do Plano que sintetiza a maneira pela qual essa busca deve ocorrer.

“Não à toa, a ideia de se trabalhar sob a ótica de um Sistema de Gestão Integrada, com ênfase na Qualidade e na busca da Excelência em Gestão, passa a ser imprescindível para a manutenção dos significativos resultados obtidos até o momento.”

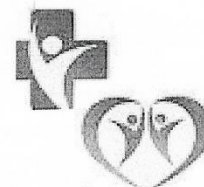
Reitera-se que se trata de um guia dinâmico e sujeito as retificações e atualizações caso necessário se fazer, pensando sempre no que poderá ser melhorado na construção de um sistema de saúde digno para a sociedade ibiraçuense.

ANEXOS



ANEXO 1

- Relatório Final “Etapa Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano”.



RELATÓRIO FINAL

ETAPA MUNICIPAL DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO.

Relatório Final da Etapa Municipal do Município de Ibiracú-ES.

1. IDENTIFICAÇÃO:

Município	IBIRACÚ-ES.
Atividade Realizada	ETAPA MUNICIPAL DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DE SAÚDE COMO DIREITO HUMANO.
Data	28/03/2025
Local	AUDITÓRIO DO PROJETO AMIGOS DA JUSTIÇA, CIDADANIA, EDUCAÇÃO E ARTES– BAIRRO COLINA – IBIRACÚ-ES.

2. COMISSÃO ORGANIZADORA:

Sra. Fernanda Pampolini Lindner Pignaton - Secretária Municipal de Saúde

Sra. Adriana Siqueira Piol – Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Ibiracú

Sra. Maristela Pereira Maffei – Secretária do CMS de Ibiracú

Sra. Amanda Cordeiro Dias - Sub-Secretária Municipal de Saúde

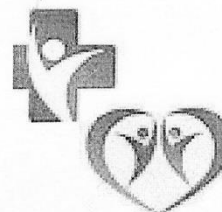
Sra. Dilciléia Gomes – Trabalhadora de Saúde - ACE

Sra. Evelyn Trugilho Silva – Coordenadora da ESF/APS

Sra. Mara Lúcia Barcellos Soares Adão – Assistente Social



5ª Conferência
Nacional de **Saúde**
do Trabalhador
e da Trabalhadora



3. APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta o relato das atividades concernentes à realização da Etapa Municipal do Município de Ibiraçu, em desdobramento à 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano, desde a sua elaboração até a sua conclusão.

Aqui estão descritos os principais procedimentos de organização e planejamento da Etapa Municipal do Município de Ibiraçu, da elaboração do Regimento, da divulgação e da realização do evento. O trabalho de organização foi de responsabilidade da Comissão Organizadora.

A Etapa Municipal do Município de Ibiraçu foi convocada conforme **Decreto nº 6.723/2025** datado em 19/03/2025, realizada no dia **28/03/2025 no Auditório do Projeto Amigos da Justiça, Cidadania, Educação e Artes, no horário 7h às 12h.**

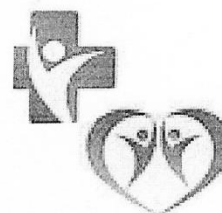
Estiveram presentes representantes de diversos segmentos do CMS de Ibiraçu, Secretaria Municipal de Saúde, representante da Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento Humano, representante da Secretaria Municipal de Educação do Município de Ibiraçu, representantes do Poder Executivo e Legislativo.

A Presidente do Conselho Municipal de Saúde Sra Adriana Siqueira Piol, abriu a fala lembrando dos desafios que os profissionais têm enfrentado, tanto na assistência quanto na vigilância, o desgaste emocional dos profissionais e dos usuários do SUS. Disse também que a construção conjunta e compartilhada da saúde do trabalhador e da trabalhadora é o caminho para a garantia de ambientes e processos de trabalho saudáveis e seguros.

A Secretária Municipal de Saúde Sra Fernanda Pampolini Lindner Pignaton iniciou sua fala dizendo como é gratificante a realização desta Etapa Municipal, onde todos os



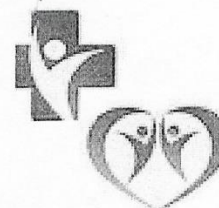
5ª Conferência
Nacional de **Saúde
do Trabalhador
e da Trabalhadora**



participantes colocaram suas idéias e sugestões visando à formulação das propostas para melhoria da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Município de Ibiracú, tanto para a população de usuários do SUS, quanto daqueles que trabalham diretamente com o SUS.

4. PROPOSTAS:

Item	PROPOSTAS APROVADAS
1	Aumentar a participação efetiva de usuários(as) e trabalhadores(as) nas decisões que afetam a qualidade do trabalho, a facilitação do acesso e humanização dos serviços tanto para trabalhadores(as) quanto para usuários(as);
2	Divulgar sobre a saúde do trabalhador (a), pois ainda falta informações sobre Política Nacional de Saúde do trabalhador e Trabalhadora (PNST) nas três esferas de Governo.
3	Garantir dos direitos do trabalhador(a), com o fortalecimento dos sindicatos e movimentos sociais que não se apropriaram dessa conquista
4	Instituir políticas públicas que promovam a inclusão e reconheçam a diversidade, tanto na formação de profissionais de saúde quanto no atendimento à população, incluindo questões de gênero, raça, etnia e acessibilidade para pessoas com deficiência;
5	Valorizar a saúde física e mental dos trabalhadores de saúde, que estão adoecendo devido a sobrecarga de trabalho e desvalorização.
6	Desenvolver e implementar legislações municipais e/ ou estaduais e/ou nacionais que formalizem as políticas de humanização para trabalhadores (as) da saúde. Isso incluiria normativas específicas para garantir ambientes de trabalhos seguros e higiênicos, promover comunicação eficaz e respeitosa.
7	Garantir a licença maternidade de 180 dias, independente do regime de



	trabalho do piso salarial do ACS, ACE e da Enfermagem
8	Nomear uma equipe técnica composta por Enfermeiro, Medico e Psicólogo para o STT.
9	Garantir que os recursos específicos destinados à educação permanente em saúde em nível Federal, Estadual e Municipal sejam efetivamente utilizados para a implementação de programas de formação e desenvolvimento;
10	Fortalecimento das Ouvidorias e participação da população no Conselho Municipais de Saúde e nas Conferências.
11	Melhorar a integração dos serviços de saúde no que diz respeito a informatização, pois ainda falta uma maior integração entre os níveis Municipal e Estadual , quanto ao suporte técnico das especialidades.
12	Fortalecimento dos programas de saúde preventiva como os grupos: gestantes, idosos, adolescentes, crianças e demais grupos , com uma maior inclusão social.
13	Firmar parcerias com organizações Sociais e empresas voltadas a saúde do trabalhador e da trabalhadora
14	Capacitação continuada para STT.

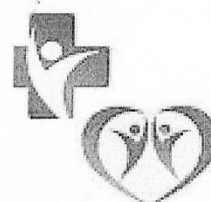
5. DELEGADOS ELEITOS PARA A ETAPA ESTADUAL:

a. REPRESENTANDO OS USUÁRIOS: TITULAR

NOME	E-MAIL	NºCELULAR	REPRESENTAÇÃO
JULIANA MADEIRA FERREIRA	julianamadeiraferreira@gmail.com	27- 999807928	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO ELIAS



5ª Conferência
Nacional de **Saúde
do Trabalhador
e da Trabalhadora**



			BRAGATTO
STEFANIA SEIXAS CUNHA	stefania-tak67@hotmail.com	27- 998107422	INSTITUTO IPES

b. USUÁRIOS - SUPLENTE

NOME	E-MAIL	NºCELULAR	REPRESENTAÇÃO
PAULO COSTA	Fami_costa@yahoo.com.br	27- 999866886	Pastoral da Sobriedade
MARCOS ANTONIO BERTOLINI	Não tem e-mail	27- 998131444	Câmara Municipal de Ibiracú

c. REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: TITULAR

NOME	E-MAIL	NºCELULAR	REPRESENTAÇÃO
GRAZIELE GOMES DA SILVA	grazijekel1986@gmail.com	27- 999890682	Secretaria Municipal de Saúde – ACS

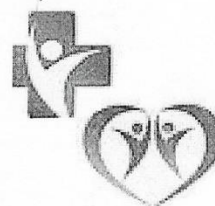
d. TRABALHADORES DE SAÚDE – SUPLENTE:

NOME	E-MAIL	NºCELULAR	REPRESENTAÇÃO
DILCILEIA GOMES	dilcileiagomes@gmail.com	27- 999807572	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -ACE

e. GESTORES/PRESTADORES DE SERVIÇO:



5ª Conferência
Nacional de **Saúde
do Trabalhador
e da Trabalhadora**



TITULAR:

NOME	E-MAIL	NºCELULAR	REPRESENTAÇÃO
FRANCES RAINE NEVES DE PAULO	paulofrancesrainer@gmail.com	27- 998239528	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - GESTÃO

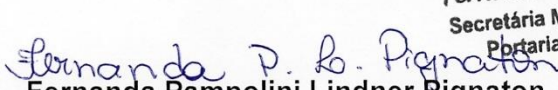
SUPLENTE:

NOME	E-MAIL	NºCELULAR	REPRESENTAÇÃO
ADRIANA SIQUEIRA PIOL	adrianapiol@hotmail.com	27- 998131376	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - GESTÃO


Adriana Siqueira Piol

Presidente do CMS Ibiracu

Conselho Municipal
de Saúde de
Ibiracu, ES


Fernanda P. L. Pignaton
Secretária Municipal de Saúde
Portaria nº 25.932/2025

Fernanda Pampolini Lindner Pignaton

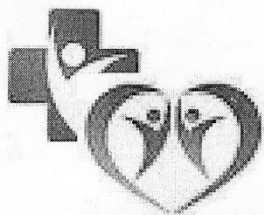
Secretária Municipal de Saúde


Maristela Pereira Maffei

Secretária Executiva CMS Ibiracu

Ibiracu/ES, 04 de abril de 2025

- Programação da Etapa Municipal



Conselho Municipal de Saúde de Ibiraçu

Direito de Todos



**PROGRAMAÇÃO DA ETAPA MUNICIPAL EM PREPARAÇÃO
PARA A 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COM O TEMA “SAÚDE
DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO
HUMANO”**

DIA: 28/03/2025

LOCAL: Auditório do Projeto Amigos da Justiça, Cidadania e Artes
Bairro Colinas – Ibiraçu – ES

PROGRAMAÇÃO

07h30 – Credenciamento

08h00 – Abertura

08h15 – Leitura do Regimento

08h30 – Palestra

09h10 – Intervalo

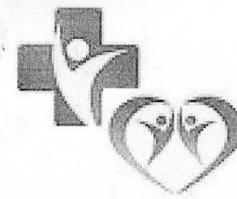
09h30 – Formação dos grupos

**10h30 – Apresentação das Proposta e Votação dos Conselheiros eleitos
para a Etapa Estadual**

12h00 – Encerramento



- Regimento da Conferência Municipal



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRACU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGIMENTO DA ETAPA MUNICIPAL DO MUNICÍPIO DE IBIRACU REFERENTE A 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO.

REGIMENTO INTERNO

Capítulo I

Dos objetivos

Art. 1º - A ETAPA MUNICIPAL DO MUNICÍPIO DE IBIRACU-ES, REFERENTE A 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO , terá como objetivos:

- I -** Analisar a situação de saúde no âmbito municipal;
- II -** Debater e formular diretrizes e propostas, no âmbito do município do tema e dos eixos temáticos definidos no paragrafo único do Art. 3º deste regimento, analisando as prioridades locais, para inclusão nos instrumentos de gestão e orçamentários e elaboração do Plano de Ação no que concerne à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
- III -** Elaborar o Relatório Final, nos prazos previstos por este Regimento; e
- IV -** Incidir para a inclusão de propostas relativas à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos planos de governo.

§ 1º No Relatório Municipal devem ser delimitadas as diretrizes e propostas com incidência no âmbito local;

Rua: Martins Pescador, s/n – Bairro Profª Ericina Macedo
Pagiola – Ibiracú – Espírito Santo

§2º O Conselho Municipal de Saúde encaminhará à Comissão Organizadora da Etapa Estadual o Relatório da Reunião Ampliada do município de Ibiraçu, com até 10 (dez) propostas, aprovadas na plenária final, juntamente com a lista das pessoas delegadas eleitas (titulares e suplentes) para a Etapa Estadual, considerando-se os prazos previstos neste Regimento.

§3º O Relatório Final será de responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde de Ibiraçu e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Estadual.

§4º Os dados sobre a Etapa Municipal serão registrados, pelo Conselho Municipal de Saúde de Ibiraçu, em formato word, fonte arial, tamanho 12, por e-mail (ces@saude.es.gov.br) ou fisicamente na sede do CES/ES.

§5º O não cumprimento dos prazos e/ou realização das etapas previstas neste artigo, por este município, não constituirá impedimento para a realização da Etapa Estadual, porém o município não poderá enviar proposta e pessoas delegadas para as próximas etapas.

Capítulo II

Da realização

Art. 2º - A Etapa Municipal de Ibiraçu da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano, será realizada no dia 28 de março de 2025, no Auditório do Projeto Amigos da Justiça, Cidadania e Artes" no Bairro Colina-Ibiraçu-ES.

Capítulo III

Do temário

Art. 3º - Nos termos deste Regimento, a Etapa Municipal da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, terá como tema central: “ **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO**”.

Parágrafo Único Os eixos temáticos serão:

I - A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

II – As Novas Relações de Trabalho e a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III- Participação Popular na Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras para Efetivação do controle Social.

Art. 4º - As abordagens do tema central e dos eixos temáticos serão feitas por meio de Plenária Extraordinária Ampliada;

Capítulo IV

Da organização

Art. 5º - A Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** será realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ibiraçu e Coordenada pelo Conselho Municipal de Saúde de Ibiraçu-ES.

Art. 6º - A Coordenação a Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** terá como apoio a Comissão Organizadora.

§1º - Cabe à Coordenação Organizadora coordenar os trabalhos, zelando pela organização eficiente, elaborar o regimento interno, discutir os eixos temáticos, a elaboração do relatório final, conforme diretrizes nacionais.

Capítulo V

Dos Membros

Art. 7º - Poderão inscrever-se como membros da Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** todas as pessoas ou instituições interessadas no aperfeiçoamento da política de **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO**, na condição de:

I – Delegados;

II – Convidados.

§1º - Os membros inscritos e convidados terão direito a voz; os membros inscritos eleitos como delegados terão direito a voz e voto;

Rua: Martins Pescador, s/n – Bairro Profª Ericina Macedo
Pagiola – Ibiraçu – Espírito Santo

§2º - Os delegados e convidados serão inscritos com a entrega da ficha de inscrição na data de 27 de março de 2025, na Secretaria Municipal de Saúde de Ibiraçu.

§3º - O credenciamento será feito presencialmente, no dia e local do evento às 7h30min.

Capítulo VI

Dos delegados

Art. 8º - Tomarão parte na Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** na condição de delegado:

- I** – Representantes, formalmente credenciados, de instituições governamentais;
- II** – Representantes, formalmente credenciados, de instituições prestadoras de serviço de saúde, públicas ou privadas;
- III** – Representante, formalmente credenciados, de entidades de representação dos trabalhadores da área da saúde;
- IV** – Representante de usuários, associações comunitárias ou de moradores, prestadores de serviços da saúde, assim como outras instituições da sociedade civil organizada que não se incluam nos itens anteriores;

§1º - Nos termos do artigo 1º, §4º da Lei 8.142/90, a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde.

§2º – Os membros do Conselho Municipal de Saúde serão delegados natos para a Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu**.

Art. 9º – Na Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** serão eleitas, de forma paritária, os delegados que participarão da Conferência Estadual, conforme Resolução do **CES Nº 1373/2024 – Ad Referendum**.

§1º - O resultado da eleição dos delegados da Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** será enviado pelo Conselho Municipal de Saúde à Comissão Organizadora da Etapa Estadual no e-mail ces@saude.es.gov.br ou fisicamente na sede do CES/ES.

Art. 10º – Na Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** serão eleitos 4 (quatro) delegados para a Etapa Estadual;

§1º – Das 04 (quatro) vagas de Delegados Titulares, 02 (duas) vagas se destinam aos Usuários, 01 (uma) vaga para Trabalhadores de Saúde, 01 (uma) vaga para Gestor ou Prestador de Serviço de Saúde do Município de Ibiraçu-ES;

§2º Serão eleitos, ainda, 04 (quatro) suplentes para os casos de impedimento ou ausência das pessoas eleitas. Sendo 02 (dois) representantes dos usuários, 01 (um) representante dos Trabalhadores de Saúde, 01 (um) Gestores ou Prestador

Art. 11º Na Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** serão eleitas (os), de forma paritária, 04 (quatro) delegados (as) que participarão da Conferência Estadual, pelo processo ascendente, entre participante da plenária final, conforme **RESOLUÇÃO CES Nº 1373/2024 “Ad Referendum”**.

§1º O resultado da eleição dos (as) delegados(as) da Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** será enviado pelo Conselho Municipal de Saúde à Comissão Organizadora da Etapa Estadual, em **até 05** (cinco) dias após a realização da referida etapa.

Capítulo VII

Da Plenária

Art. 12º - A Plenária da Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu** irá abordar os temas da programação;

Parágrafo Único – O número de propostas será definido no documento orientador das plenárias de grupo.

Art. 13º – Ao final da Conferência, os Delegados terão como objetivos:

I - Apreciar e votar as propostas da Plenária Extraordinária Ampliada para a elaboração do relatório final.

II – Eleger os Delegados para a Conferência Estadual, conforme definido pela Comissão Organizadora.

Art. 14º- Participarão da Plenária Final os delegados e os convidados credenciados.

Art. 15º – A Plenária final será conduzida pelo Coordenador da Etapa Municipal **do Município de Ibiraçu**, juntamente com o Presidente do Conselho Municipal de Saúde e Comissão Organizadora.

Art. 16º - A apreciação e votação das propostas consolidadas terá como encaminhamento a sua aprovação, será obtida por maioria simples dos delegados presentes.

Art. 17º - A plenária é soberana e lhe será facultada questionamentos por ordem de inscrição.

Parágrafo Único – Os pedidos de questão de ordem poderão ser feitos a qualquer tempo, exceto durante o período de votação.

Capítulo VIII

Das Disposições Gerais

Art. 18º - Serão fornecidos Certificados a todos os participantes, constantes nas listas de presença.

Parágrafo Único – Em caso do participante ser funcionário público municipal, sua ausência ao trabalho será justificada mediante apresentação do documento mencionado no “caput” deste artigo.

Art. 19º- Os casos omissos deste regimento serão decididos pela Comissão Organizadora.

Ibiraçu/Es 28 de março de 2025.


ADRIANA SIQUEIRA PIOL
PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRAÇU

Conselho Municipal
de Saúde de
Ibiraçu ES

Rua: Martins Pescador, s/n – Bairro Profª Ericina Macedo
Pagiola – Ibiraçu – Espírito Santo

- Portaria Municipal 27.322/2025 - Integrantes do Conselho Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Ibiraçu

Estado do Espírito Santo

PORTARIA Nº 27.322/2025

DISPÕE SOBRE NOMEAÇÃO DOS NOVOS MEMBROS QUE IRÃO COMPOR O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IBIRAÇU.

O Prefeito do Município de Ibiraçu, Estado do Espírito Santo, no exercício de suas atribuições legais, e;

Considerando o que dispõe o art. 5º da Lei Municipal n.º 2.647/2006;

RESOLVE:

Art. 1º. Nomear os membros titulares e suplentes que irão compor o Conselho Municipal de Saúde Municipal, para deliberação dos assuntos de saúde no Município de Ibiraçu.

1 – Representantes de Entidades de Usuários do Sistema Único de Saúde – SUS:

TITULAR

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
FRANCISLENE NASCIMENTO CASTRO	ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA JUSTIÇA – SERDIA
CLEONICE GOMES DIAS	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO ERICINA
IZABELLY SEIXAS DE VASCONCELOS	INSTITUTO IPPES
JULIANA MADEIRA FERREIRA	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO ELIAS BRAGATTO
ADRIANO DE OLIVEIRA GOIS	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO BOA VISTA
PAULO COSTA	PASTORAL DA SOBRIEDADE – IBIRAÇU

SUPLENTE

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
MARIA DA PENHA RODRIGUES CASTELLO	SERDIA – AMIGOS DA JUSTIÇA



Prefeitura Municipal de Ibiraçu

Estado do Espírito Santo

MARIA DA CONCEIÇÃO PIRCHINER	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO ERICINA
STEFÂNIA SEIXAS DA CUNHA	INSTITUTO IPPES - IBIRAÇU
DIEGO MEIRELES ROCHA	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO ELIAS BRAGATTO
KAUÃ FELIPPE SILVA	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO
JÂNIO RODRIGUES	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO BELA VISTA/CAMPAGNARO

2 – Representantes dos Trabalhadores de Saúde Municipal e/ou cedido por Órgãos Públicos:

TITULAR

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
ADRIANA SIQUEIRA PIOL	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DILCILEIA GOMES	VIGILÂNCIA AMBIENTAL
EVELINY TRUGILHO SILVA	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/APS

SUPLENTE

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
MARISTELA PEREIRA MAFFEI	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EDILEIDE GOMES RUI	VIGILÂNCIA AMBIENTAL
KAREN GOMES DE OLIVEIRA	PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO

3 – Representantes do Poder Executivo Municipal:

TITULAR

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
AMANDA BORTOLINI FERNANDES	SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
KEFERSON ALVES DA SILVA	SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E POLÍTICAS PARA AS MULHERES



Prefeitura Municipal de Ibiraçu

Estado do Espírito Santo

SUPLENTE

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
LIDIANA VERGNA BRAGATTO GOMES	SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
VALKIRIA APARECIDA GOMES	SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E POLÍTICAS PARA AS MULHERES

4 – Representante de Prestadores de Serviço do Sistema Único de Saúde Municipal:

TITULAR

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
PAULA CRISTINA CERUTTI SEGATTO	LABORATÓRIO THONSON

SUPLENTE

NOME	ENTIDADE REPRESENTADA
MÁRCIO AMÂNCIO CALIL	LABORATÓRIO THONSON

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Portaria nº 27.225/2025.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito do Município de Ibiraçu/ES, em 14 de outubro de 2025.

EDUARDO MAROZZI ZANOTTI
Prefeito Municipal

**Registrada e Publicada na Secretaria Municipal de Administração,
em 14 de outubro de 2025.**

ANEXO 2

- Portaria Municipal nº 26.885 – Grupo Técnico Condutor de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026 – 2029.



Prefeitura Municipal de Ibiraçu

Estado do Espírito Santo

PORTARIA Nº 26.885/2025

DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO MUNICIPAL – GTM, RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIRAÇU – 2026/2029.

O Prefeito do Município de Ibiraçu, Estado do Espírito Santo, no uso das atribuições que lhe são conferidas,

Considerando a necessidade de planejamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

Considerando o disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/1990) e na Lei nº 8.142/1990, que tratam da organização da gestão participativa do SUS;

Considerando a importância da elaboração do Plano Municipal de Saúde como instrumento de gestão, planejamento e avaliação das ações da Secretaria Municipal de Saúde;

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituído o **GRUPO TÉCNICO MUNICIPAL – GTM**, com a finalidade de coordenar os trabalhos de elaboração do **Plano Municipal de Saúde de Ibiraçu – 2026/2029**.

Art. 2º Compete ao GTM:

- I – Organizar e coordenar o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- II – Realizar diagnósticos situacionais e propor diretrizes, objetivos e metas;
- III – Promover a articulação entre os setores envolvidos na gestão do SUS municipal;
- IV – Garantir a participação social no processo de planejamento.

Art. 3º O GTM será composto pelos seguintes membros:



Prefeitura Municipal de Ibiraçu

Estado do Espírito Santo

- **FERNANDA PAMPOLINI LINDNER PIGNATON** – Secretária Municipal de Saúde;
- **AMANDA CORDEIRO DIAS** – Subsecretária Municipal de Saúde;
- **FLÁVIA HELENA GORZA DOS SANTOS** – Gerente de Controle, Avaliação, Monitoramento e Estatística da Saúde;
- **KAREN GOMES DE OLIVEIRA** – Gerente em Rede;
- **EVELINY TRUGILHO SILVA PIGNATON** – Coordenador da Estratégia Saúde da Família;
- **TERESINHA PEREIRA BOZZI** – Gerente do Fundo Municipal;
- **ROSIANE BROETTO GRAZZIOTTI FIOROTTI** – Gerência em Promoção em Saúde;
- **ADRIANA SIQUEIRA PIOL** – Gerente de Vigilância em Saúde;
- **MARISTELA PEREIRA MAFFEI** – Veterinária.

§1º A coordenação dos trabalhos ficará a cargo de **FERNANDA PAMPOLINI LINDNER PIGNATON**, representante da Secretária Municipal de Saúde.

Art. 4º As funções de conselheiros(as) não serão remuneradas, mas consideradas de serviço público relevante.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogados as disposições em contrário.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito do Município de Ibiraçu, em 11 de julho de 2025.

EDUARDO MAROZZI ZANOTTI
Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Ibiraçu

Estado do Espírito Santo

**Registrada e Publicada na Secretaria Municipal de Administração,
em 11 de julho de 2025.**