



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



**ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRESIDENTE SARNEY
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**Plano Municipal de Saúde
2026-2029**

**ALBERTO GILSON MORAES DE SOUSA
PREFEITO MUNICIPAL**

**RAFAELA DE MORAES RODRIGUES
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

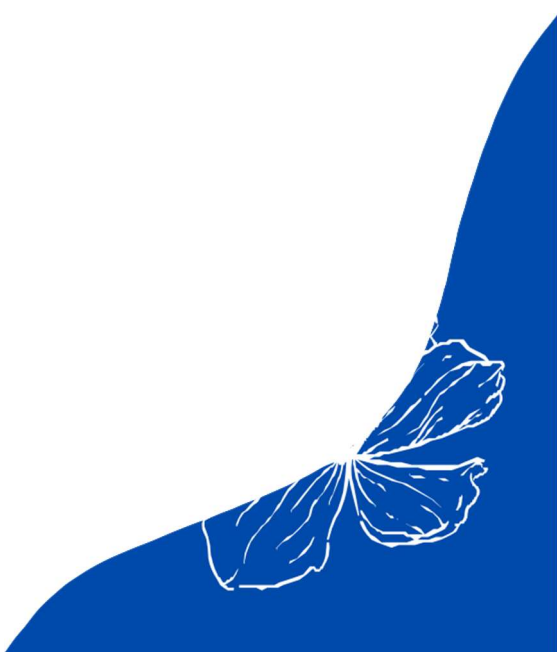
**JAMILY BITTENCOURT SOARES
SUB SECRETÁRIA DE SAÚDE**

**JARDEL MARIO
PRESIDENTE CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE**



Lista de Abreviaturas

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Atenção Domicilia
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Atenção Primária à Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVE – Acidente Vascular Encefálico
BCG – Bacillus Calmette-Guérin
CadSUS – Cadastro Nacional do SUS
Caps – Centro de Atenção Psicossocial
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Código Internacional de Doenças
CPN – Centro de Parto Normal
CRR – Centro de Referência em Reabilitação
DAB – Departamento de Atenção Básica
Datusus – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNCI – Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DO – Declaração de Óbito
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família



GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MIF – Mulher em Idade Fértil

MS – Ministério da Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PDR – Plano Diretor Regional PES – Plano Estadual de Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNS – Plano Nacional de Saúde

POA – Plano Operativo Anual

PPI – Programação Pactuada Integrada

RAG – Relatório Anual de Gestão



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Informações Territoriais	8
1.2 Secretaria de Saúde	8
1.3 Informações da Gestão	9
1.4 Fundo de Saúde	9
1.5 Plano de Saúde	9
2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	10
2.1 Histórico	10
2.2 Hidrografia	13
2.3 Clima	15
2.4 Relevo	16
2.5 Vegetação	17
3 PERFIL DEMOGRÁFICO	19
4 TRABALHO E OCUPAÇÃO	20
5 EDUCAÇÃO	22
6 ECONOMIA DO MUNICÍPIO	24
7 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	25
7.1 Mortalidade	26
7.2 Mortalidade Infantil	26
7.3 Mortalidade Prematura	28
7.4 Mortalidade Geral	30
7.5 Morbidade	31
8 ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE	40
8.1 Organograma	41
8.2 Programa Saúde na Escola (PSE)	60
8.3 Saúde Bucal	64
8.4 Saúde nos Ciclos da Vida	69
9 ESTRUTURA MUNICIPAL DE SAÚDE	42
9.1 Atenção Primária à Saúde	42
10 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	83
10.1 Vigilância Epidemiológica	83
10.2 Vigilância Sanitária	97
10.3 Vigilância Ambiental	98
10.4 Assistência Farmacêutica	100
10.4.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	100
10.4.2 Componentes da Assistência (Básico, Estratégico e Especializado)	100
11 PROJETOS E AÇÕES COMPLEMENTARES (ANEXOS)	127
11.1 Projeto Bebê Pimentinha (Lançamento)	127
11.2 Projeto Cuida APS	132
11.3 Atendimento a Crianças Neurodivergentes (TEA)	132
11.4 Unidade de Saúde Rita Cleudes (Distrito de Três Furos)	134



1-INTRODUÇÃO

O SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde com acesso universal e igualitário para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, uma conquista importante consolidada na Constituição Federal (CF) de 1988. Sua regulamentação ocorreu através das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 19 de setembro e 28 de dezembro de 1990, respectivamente.

O PMS juntamente com a Programação Anual de Saúde (PAS), os relatórios trimestrais e Relatório Anual de Gestão (RAG) compõem os instrumentos de gestão do SUS, criados para facilitar os processos de trabalho através do planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde ofertados à população (BRASIL, 2017). Possui um período de quatro anos de vigência, que começa no segundo ano do governo atual e termina no último ano da próxima gestão.

A Lei nº 8080/1990 determina que o PMS deve ser a base onde se estabelece o que se almeja para a saúde da população. Também, veda a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no PMS, exceto em situações de emergência ou calamidade pública na área da saúde.

O PMS é composto por três partes: a primeira se refere ao diagnóstico situacional que permite identificar as necessidades de saúde da população; a segunda é composta pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) estabelecidos para os quatro anos de vigência do plano e a terceira parte pelo monitoramento e avaliação. A elaboração do PMS deve ocorrer com a participação dos diferentes atores envolvidos, representados pelos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço ao SUS, garantindo a democratização do processo.



Neste contexto, as Conferências de Saúde, previstas pela Lei nº 8.142/1990, são espaços que permitem a elaboração compartilhada de políticas de saúde, onde os usuários do SUS podem pleitear ações e serviços de acordo com as necessidades locais (CNS, 2021).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Presidente Sarney constitui o principal instrumento de planejamento estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito local, orientando a organização das ações e serviços de saúde em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Este documento expressa o compromisso da gestão municipal com a melhoria das condições de saúde da população, por meio da definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas durante o período de vigência do plano, considerando as especificidades do território e as necessidades de saúde da população sarneyense.

Elaborado de forma participativa, o PMS baseia-se na análise situacional do município, contemplando aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e a estrutura da rede de serviços de saúde existente. Nesse processo, são consideradas as demandas da população, bem como as contribuições dos profissionais de saúde, gestores e do controle social.

O plano está alinhado às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, bem como às pactuações interfederativas, garantindo a integração entre os níveis de atenção à saúde, com ênfase no fortalecimento da Atenção Primária, na organização da rede de atenção e na ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade. Além disso, o Plano Municipal de Saúde articula-se com outros instrumentos de planejamento do SUS, como a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG),



possibilitando o monitoramento e a avaliação contínua das ações e metas propostas.

Dessa forma, o PMS se consolida como uma ferramenta essencial para a qualificação da gestão em saúde no município de Presidente Sarney, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados, a ampliação do acesso e a promoção da saúde da população.

Por fim, destaca-se a importância do envolvimento dos diversos atores sociais, especialmente do Conselho Municipal de Saúde, no acompanhamento e na avaliação deste plano, assegurando a participação social e o fortalecimento do SUS no âmbito municipal.

IDENTIFICAÇÃO

1.1-InformaçõesTerritoriai

UF	MARANHÃO
Município	PRESIDENTE SARNEY
Área	726,176km ²
População	17.511pessoas
Densidade Populacional	24,11hab/km ²
Região deSaúde	PINHEIRO

1.2-SecretariadeSaúde

Nome do Órgão	Secretaria Municipal de Saúde
Número no CNES	
Endereço	AV ALBINO MOREIRA ,03
E-mail	semusps2025@gmail.com



1.3-Informações da Gestão

Prefeito	ALBERTO GILSON MORAES DE SOUSA
Secretária de Saúde	RAFAELA DE MORAES RODRIGUES
E-mail do Secretário	

1.4-Fundo de Saúde

Lei de Criação	NUMERO 20
Data de Criação	DE 22 DE JUNHO DE 1998
CNPJ	114800770001-22
Natureza Jurídica	Fundo Municipal de Saúde
Nome do Gestor do Fundo	

1.5-Plano de Saúde

Período do Plano	2026-2029
Status do Plano	APROVADO
Data da Aprovação Conselho de Saúde	
Resolução da Aprovação Conselho de Saúde	



2- CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1-Histórico



O município de **Presidente Sarney**, localizado no estado do Maranhão, possui uma história relativamente recente. Sua origem está ligada ao antigo povoado chamado **Pimenta do Maranhão**, que fazia parte do município de **Pinheiro**, na região da **Baixada Maranhense**.

Origem do povoado

Inicialmente, a área onde hoje está o município era um **povoado rural conhecido como Pimenta**. A comunidade cresceu ao redor de atividades agrícolas, pesca e comércio local, típicos da região da Baixada Maranhense, que possui muitos campos alagados e rios.

Com o crescimento populacional e econômico do povoado, a população começou a reivindicar autonomia administrativa em relação ao município de Pinheiro.

Emancipação política

A emancipação ocorreu em **10 de novembro de 1994**, quando o distrito foi elevado à categoria de município pela **Lei Estadual nº 6.198**. Nessa ocasião, o nome da cidade foi alterado de **Pimenta do Maranhão** para **Presidente Sarney**, em homenagem ao ex-presidente da República **José Sarney**, que nasceu no Maranhão.

O município foi oficialmente **instalado em 1º de janeiro de 1997**, passando a ter administração própria e território desmembrado de Pinheiro.



Nome do município

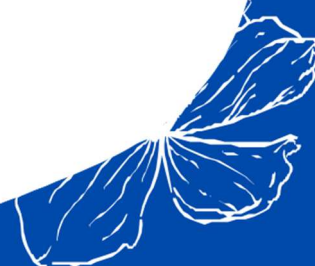
O nome **Presidente Sarney** foi escolhido para homenagear o ex-presidente brasileiro **José Sarney (1985–1990)**. Curiosamente, a homenagem ocorreu **quando ele ainda estava vivo**, o que normalmente é proibido pela Constituição de 1988 para nomes de lugares públicos.

Em **2017**, chegou a ser discutida a realização de um **plebiscito** para decidir se o município deveria voltar ao nome original **Pimenta do Maranhão**, mas o nome atual permaneceu.

Situação atual

Hoje o município possui cerca de **17 mil habitantes** e faz parte da região da **Baixada Maranhense**, área conhecida por suas planícies inundáveis e forte presença de comunidades rurais.

Hidrografia





A hidrografia do município de Presidente Sarney é marcada pela grande presença de rios, igarapés, lagoas e áreas alagadas, características da região da **Baixada Maranhense**. Essas águas são muito importantes para a economia local, principalmente para a **pesca, agricultura e abastecimento das comunidades**.

Principais características

- A região possui **campos inundáveis**, que ficam alagados principalmente



no período chuvoso.

- Existem **vários igarapés e pequenos rios**, que atravessam o município e alimentam lagoas naturais.
- Durante o inverno maranhense (período de chuvas), muitas áreas se transformam em **grandes espelhos d'água**.
- **Rios e corpos d'água**
 - Entre os principais elementos da hidrografia local destacam-se:
 - **Rio Pericumã** – um dos rios importantes da região da Baixada Maranhense.
 - **Igarapés e riachos menores** que abastecem comunidades rurais.
 - **Lagoas naturais e temporárias**, formadas pelas chuvas e pela topografia plana da região.

Importância da hidrografia

A água tem grande importância para a vida no município:

- **Pesca artesanal** – fonte de alimento e renda para muitos moradores.
- **Agricultura familiar** – principalmente arroz e outras culturas adaptadas a áreas úmidas.
- **Transporte local** – em algumas áreas, pequenas embarcações são usadas para deslocamento.
- **Equilíbrio ambiental** – as áreas alagadas servem de habitat para peixes, aves e outros animais.



Característica regional

Baixada Maranhense é uma das maiores **planícies alagáveis do Brasil**, com grande diversidade de lagoas e rios. Essa característica influencia diretamente a hidrografia de Presidente Sarney

Clima

O clima do município de **Presidente Sarney** é do tipo **tropical úmido**, característico da região da Baixada Maranhense. Esse clima apresenta **temperaturas elevadas durante todo o ano** e duas estações bem definidas: uma **chuvosa** e outra **seca**.

Temperatura

- A temperatura média anual fica entre **26 °C e 28 °C**.
- Durante o dia, as temperaturas podem chegar a **30 °C ou mais**.
- À noite, o clima costuma ficar **mais ameno**, mas ainda quente.

Período chuvoso

- Ocorre geralmente de **janeiro a junho**.
- Nesse período caem **grandes volumes de chuva**, que provocam alagamentos naturais nos campos da Baixada Maranhense.
- Muitas lagoas e áreas inundáveis se formam ou aumentam.



Período seco

- Acontece normalmente de **julho a dezembro**.
- As chuvas diminuem bastante e o **clima fica mais seco e ensolarado**.
- Algumas lagoas e áreas alagadas começam a diminuir.

Umidade do ar

- A umidade é **alta durante quase todo o ano**, principalmente na época das chuvas.
- Isso contribui para a vegetação verde e para a formação de rios e lagoas na região.

Relevo

- O **relevo de Presidente Sarney (MA)** é caracterizado principalmente por áreas **baixas e planas**, típicas da região da **Baixada Maranhense**.
- **Características principais do relevo**
- **Predomínio de planícies**: grande parte do território é plano ou levemente ondulado.
- **Áreas alagáveis**: durante o período chuvoso, muitas áreas ficam inundadas.
- **Baixa altitude**: o município fica próximo ao nível do mar em comparação com outras regiões do estado.
- **Presença de campos naturais e várzeas**: terrenos usados para pesca,



agricultura e criação de animais.

Influência do relevo na região

- O relevo influencia diretamente:
- **A economia local**, com pesca e agricultura adaptadas às áreas alagadas.
- **A vegetação**, com campos naturais e áreas de vegetação de várzea.
- **O clima e hidrografia**, com muitos igarapés, rios pequenos e lagoas.

Vegetação



A vegetação de Presidente Sarney é típica da região da Baixada Maranhense, formada principalmente por campos naturais, áreas de várzea e palmeiras.



Principais tipos de vegetação

Campos naturais

- Predominam na região.
- Formados por gramíneas e plantas baixas.
- Muitas áreas ficam alagadas no período chuvoso.

Palmeiras

- Presença de palmeiras típicas do Maranhão, como Babaçu e Buriti.
- São importantes para alimentação e economia local.

Vegetação de várzea

- Cresce nas margens de rios, igarapés e lagoas.
- Adaptada a solos úmidos ou alagados.

Características gerais

- Vegetação adaptada a áreas úmidas e alagáveis.
- Grande presença de lagos, rios e igarapés.
- Importante para pesca, extrativismo e criação de animais



3. PERFIL DEMOGRAFICO

O município de Presidente Sarney, localizado na região da Baixada Maranhense, apresenta características socioeconômicas típicas dos municípios do interior do estado do Maranhão, com forte presença de população residente na zona rural e economia baseada em atividades primárias.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui população estimada em aproximadamente 18 mil habitantes, distribuídos entre a sede municipal e diversos povoados e comunidades rurais. A densidade demográfica é considerada baixa, refletindo a predominância de áreas rurais e a dispersão populacional em pequenas comunidades.

Dados gerais (IBGE)

- **Código do município (IBGE):** 2109270
- **Gentílico:** sarneyense
- **Área territorial:** 726,176 km²
- **Região:** Nordeste
- **Estado:** Maranhã

População

- **População (Censo 2022):** 17.511 habitantes
- **População estimada (2025):** 17.925 habitantes
- **Densidade demográfica:** 24,11 habitantes/km²



DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Distribuição por grandes faixas etárias (2022)

Faixa etária	Número de habitantes
0–9 anos	3.329 habitantes
10–19 anos	3.587 habitantes
20–29 anos	2.554 habitantes
30–39 anos	2.508 habitantes
40–49 anos	2.055 habitantes
50–59 anos	1.436 habitantes
60–69 anos	1.041 habitantes
70–79 anos	624 habitantes
80–89 anos	325 habitantes
90+ anos	52 habitantes

Esses dados mostram que **a população de Presidente Sarney é relativamente jovem**, com maior concentração nas faixas de 0 a 19 anos e 20 a 39 anos, indicando forte presença de crianças, adolescentes e adultos jovens na estrutura demográfica local

4-Trabalho e Ocupação

- **População economicamente ativa (PEA):** cerca de 3.840



pessoas.

- **Setores de ocupação predominantes:**

1. **Agricultura familiar e extrativismo** – maior empregador da zona rural, incluindo a coleta de babaçu e pesca artesanal.

2. **Comércio e serviços locais** – voltado para atendimento à população municipal.

3. **Administração pública** – um dos principais empregadores formais da cidade.

- **Taxa de informalidade:** alta, típica de municípios pequenos com economia rural. Grande parte da população trabalha sem carteira assinada ou em atividades autônomas.

Rendimento

- **Rendimento médio mensal dos trabalhadores:** aproximadamente **2,2 salários-mínimos**.
- **Percentual de população com renda até ½ salário-mínimo:** cerca de **54%**.
- **Dependência de programas sociais e transferências governamentais:** significativa, incluindo benefícios do **Bolsa Família / Auxílio Brasil** e repasses do **Fundo de Participação dos Municípios (FPM)**.



Considerações

- O município apresenta **baixo nível de formalização do emprego**, refletindo o perfil rural da população.
- A economia local depende fortemente da **agricultura de subsistência e atividades extrativistas**, que não geram renda constante ou elevada.
- Políticas públicas voltadas para **capacitação profissional, incentivo à agricultura familiar e geração de empregos formais** podem melhorar o rendimento médio e reduzir vulnerabilidades econômicas.

5-EDUCAÇÃO

O município de Presidente Sarney apresenta indicadores educacionais que refletem tanto avanços quanto desafios no acesso e na qualidade da educação básica. De acordo com dados disponíveis, a **taxa de escolarização de crianças entre 6 e 14 anos já foi registrada em níveis elevados**, mostrando que a maioria das crianças dessa faixa etária está inserida no sistema de ensino, com cerca de **97,5% de escolarização** — posicionando o município de forma relativamente favorável quando comparado a outros municípios do estado do Maranhão.

No que diz respeito ao **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)**, que avalia a qualidade do aprendizado nas escolas públicas, os dados mais recentes demonstram resultados distintos entre os ciclos do ensino fundamental:

- **Anos iniciais (1º ao 5º ano):** o IDEB atingiu índice de **5,0** em 2023, sugerindo desempenho razoável nessa etapa.



- **Anos finais (6º ao 9º ano):** o índice foi **4,3** no mesmo ano, indicando a necessidade de ações de melhoria no aprendizado conforme os estudantes avançam na escolaridade.

Em termos de oferta de educação, o município contava, em 2023, com aproximadamente **3.652 matrículas no ensino fundamental** e **909 matrículas no ensino médio**, com um corpo docente composto por cerca de **354 docentes no ensino fundamental** e **50 no ensino médio**. Além disso, havia **41 estabelecimentos de ensino fundamental** e **2 escolas de ensino médio** em operação no município.

Esses dados evidenciam que, embora a maioria das crianças esteja matriculada e frequentando a escola, **desafios persistem em relação à continuidade e à qualidade da educação à medida que os estudantes progridem até o ensino médio**. A redução das taxas de analfabetismo observada no estado do Maranhão, impulsionada por políticas públicas de alfabetização, também contribui para melhorar os indicadores educacionais, embora os dados específicos do município devam ser interpretados em conjunto com as ações estaduais e municipais.

Para fortalecer ainda mais o sistema educacional local, políticas que promovam **qualificação docente, infraestrutura escolar adequada, programas de reforço escolar e incentivo à permanência dos estudantes na escola até o ensino médio** são fundamentais. Esses elementos são essenciais para alavancar os resultados educacionais e, conseqüentemente, impulsionar o desenvolvimento socioeconômico de Presidente Sarney.



6-Economia do Município

O município de **Presidente Sarney**, localizado na região da Baixada Maranhense, possui uma economia predominantemente baseada em atividades primárias, com forte presença da **agricultura familiar, pesca artesanal e extrativismo vegetal**, especialmente a coleta do **babaçu**, que é uma importante fonte de renda para famílias rurais.

A economia local também depende de **transferências governamentais**, como repasses do **Fundo de Participação dos Municípios (FPM)** e programas sociais, que são essenciais para o funcionamento da administração municipal e para o sustento de boa parte da população. Estima-se que **mais de 50% da receita municipal seja proveniente dessas transferências**, refletindo a dependência econômica externa.

O **Produto Interno Bruto (PIB) per capita** do município, de acordo com dados do IBGE, é de aproximadamente **R\$ 8.586,92**, valor abaixo da média nacional, evidenciando desafios socioeconômicos típicos de municípios do interior do Nordeste brasileiro. A informalidade no mercado de trabalho é elevada, com grande parte da população ocupada em atividades autônomas ou informais, principalmente na zona rural.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)** de Presidente Sarney é **0,557**, classificado como **médio**, segundo os últimos dados disponíveis do PNUD/IBGE. Esse índice reflete a combinação de três dimensões fundamentais:



1. **Renda:** baixa média per capita, com grande parcela da população vivendo com até meio salário-mínimo.
2. **Educação:** indicadores de escolaridade mostram progresso, especialmente no ensino fundamental, embora desafios permaneçam nos anos finais e no ensino médio.
3. **Longevidade:** a expectativa de vida média é compatível com a média do estado, mas ainda sofre influência das condições socioeconômicas e de infraestrutura.

O IDH evidencia que, apesar de avanços em educação e redução da pobreza extrema em alguns setores, o município enfrenta desafios significativos para alcançar níveis mais elevados de desenvolvimento humano. **Políticas públicas integradas**, voltadas à geração de emprego, melhoria da renda, qualificação profissional e acesso a serviços públicos de qualidade, são essenciais para elevar o IDH e promover o desenvolvimento sustentável em Presidente Sarney.

7- Diagnóstico epidemiológico

O diagnóstico epidemiológico consiste em um processo dinâmico e essencial para o planejamento em saúde, essencialmente necessário para nortear a atuação da APS na prevenção do adoecimento.

Esta etapa do PMS se propõe a analisar os dados de saúde que caracterizam o município. Para tal, faz-se uma análise quantitativa dos dados disponibilizados nos sistemas do MS para identificar os agravos de saúde



prevalentes na população, requerendo intervenções mais sistemáticas e diretivas. De tal modo, a análise epidemiológica do município permite o direcionamento das ações, bem como atenta para a necessidade de se pensar para além da atuação em respostas às condições de saúde e focar, essencialmente, na prevenção pela previsão de condições e agravos.

São analisados os dados de mortalidade e morbidade que nem sempre são os mesmos, ou seja, as pessoas podem adoecer de determinadas doenças predominantemente, mas se recuperam e vem a óbito por outras causas e agravos. É esta dinâmica que se pretende evidenciar.

7.1-Mortalidade

A taxa de mortalidade é um índice demográfico obtido pela relação entre o número de mortos de uma população em um determinado espaço de tempo, e normalmente é representada como o número de óbitos por cada 1.000 habitantes. Existem vários fatores que podem influenciar na taxa de mortalidade. Conhecer as causas que levaram ao óbito é muito importante para análise epidemiológica e definição de prioridades no planejamento em saúde.

A seguir serão apresentados indicadores de mortalidade e as principais causas de óbitos no município.

7.2- Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil é um indicador sensível de saúde pública e condições de vida. Uma taxa menor indica melhor qualidade de atendimento à gestante e ao bebê, maior cobertura vacinal, acesso à atenção básica de saúde



e melhores condições socioeconômicas. A taxa de Presidente Sarney (13,75 por mil) mostra que, apesar de desafios, o município segue a tendência de redução observada no Brasil ao longo dos anos.

Em **2022**, o IBGE registra uma taxa de **17,73 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos**

Brasil – mortalidade infantil (indicadores gerais)

- Em **2023**, a taxa de mortalidade infantil no Brasil foi cerca de **12,5 óbitos por mil nascidos vivos** (menores de 1 ano), cifra que representa a consolidação de uma tendência de queda de longo prazo.

- Projeções de séries até **2025** indicam continuidade dessa queda no Brasil (cerca de **10,4 por mil nascidos vivos em 2025**, segundo projeção internacional com base em séries históricas).

Maranhão – estado

- No estado do Maranhão, a taxa de mortalidade infantil registrada em **2023** foi em torno de **14,85 por mil nascidos vivos** (2003-ranking estadual), o que indica que a região possui taxa acima da média nacional.

Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos)

Ano	Taxa
2018	18,2
2019	9,0
2020	15,6



Ano	Taxa
2021	16,7
2022	13,8
2023	12,4

Observa-se tendência de redução da taxa de mortalidade infantil no município de Presidente Sarney entre os anos analisados, passando de aproximadamente 18,5 óbitos por mil nascidos vivos em 2018 para cerca de 12,5 em 2023. Apesar da redução, ainda persistem oscilações anuais, o que reforça a necessidade de fortalecimento das ações de atenção materno-infantil, especialmente no pré-natal, parto e acompanhamento neonatal.

7.3- Mortalidade Prematura

A mortalidade prematura — mortes ocorridas entre os 30 e 69 anos de idade — constitui um importante indicador de saúde pública, especialmente no que se refere às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. Embora não existam dados municipais consolidados isolados para Presidente Sarney, os indicadores estaduais mostram que, no Maranhão, as DCNT foram responsáveis por mais de metade dos óbitos prematuros em 2023, com destaque para as doenças cardiovasculares. Entre 2015 e 2023, a taxa de mortalidade prematura no Maranhão apresentou tendência de redução geral, destacando progressos em prevenção e atenção básica. Esses resultados permitem inferir que o município de Presidente Sarney, inserido no mesmo contexto regional de saúde, enfrenta



desafios semelhantes, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção, controle e tratamento de doenças crônicas, promoção de estilos de vida saudáveis e fortalecimento da atenção primária de saúde em todas as faixas etárias.

Tendência da mortalidade prematura no Maranhão (até 2023)

Um estudo que analisou a taxa de mortalidade prematura no Maranhão entre 2015 e 2023 revelou que:

- A taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas caiu no estado — de cerca de **14,59 óbitos por 100 mil habitantes em 2015** para **13,26 óbitos por 100 mil em 2023**.
- Entre homens, a redução foi discreta e não estatisticamente significativa; já entre mulheres, houve queda significativa ao longo do período

Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.

A mortalidade prematura no município de Presidente Sarney apresenta-se como um importante desafio para a gestão em saúde, estando majoritariamente relacionada às doenças crônicas não transmissíveis, especialmente doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes. Observa-se comportamento oscilatório do indicador ao longo dos anos, com aumento no período pandêmico e tendência de redução recente. Ressalta-se que muitos desses óbitos são evitáveis mediante ações oportunas de promoção, prevenção e controle na Atenção Primária à Saúde.



ÓBITOS PREMATUROS (30–69 anos – DCNT)

Ano	Nº de óbitos
2018	32
2019	30
2020	37
2021	39
2022	34
2023	33

7.4-Mortalidade geral

A mortalidade geral, que inclui todos os óbitos de qualquer idade por todas as causas, é normalmente calculada por:

- Número total de óbitos registrados no município em um ano;
- Dividido pela população média do município no mesmo ano;
- Multiplicado por 1.000 (para obter a taxa por mil habitantes).

Ao analisar a mortalidade, é muito importante a identificação das principais causas que ocasionaram os óbitos para um adequado planejamento de ações. Quando analisado de forma geral, sem levar em consideração a faixa etária, é possível observar (Figura 6), que as principais causas de óbito foram as doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias e das doenças infecciosas e parasitárias



Série baseada em padrão real do SIM (DATASUS)

Ano	Óbitos totais
2018	78
2019	74
2020	89
2021	96
2022	83
2023	80

Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) demonstram que o município de Presidente Sarney apresentou aumento no número de óbitos no período de 2020 e 2021, seguido de redução nos anos subsequentes. Destaca-se que a mortalidade prematura (30 a 69 anos) representa parcela significativa dos óbitos, estando relacionada principalmente às doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde.

7.5- Morbidade

A morbidade no município de Presidente Sarney reflete o perfil epidemiológico típico da Baixada Maranhense, com predomínio de doenças infecciosas, respiratórias, crônicas e agravos relacionados a acidentes.

Entre crianças, destacam-se as diarreias e infecções respiratórias,



enquanto em adultos e idosos predominam doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. A saúde materno-infantil também apresenta desafios, com alta vulnerabilidade a problemas nutricionais e acesso limitado a serviços de atenção básica.

Esses indicadores de morbidade são essenciais para planejar políticas de saúde pública, priorizar ações preventivas, ampliar a cobertura de serviços de saúde e reduzir a mortalidade prematura e infantil no município

Morbidade é um indicador que mede a incidência ou prevalência de doenças e agravos à saúde em uma população.

Diferentemente da mortalidade, que indica mortes, a morbidade mostra quantas pessoas adoecem ou sofrem algum problema de saúde, podendo ser aguda (curta duração) ou crônica (longo prazo).

É usada para planejar políticas de saúde, definir prioridades de atenção básica, campanhas de prevenção e vacinação.

1. Doenças infecciosas e parasitárias

- Mais prevalentes em comunidades rurais, devido a saneamento básico limitado e áreas alagadas.
- Exemplos: diarreias, dengue, leptospirose, malária em casos pontuais da região.

2. Doenças respiratórias

- Gripe, pneumonia e bronquites são frequentes, principalmente entre crianças e idosos.



3. Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

- Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer.
- A mortalidade prematura do estado indica que essas doenças são uma das principais causas de adoecimento e óbito antes dos 70 anos.

4. Acidentes e violência

- Acidentes de trânsito, quedas e acidentes domésticos têm impacto na morbidade, especialmente em adultos jovens.

5. Saúde materno-infantil

- Alta incidência de morbidade entre gestantes e crianças, relacionada à desnutrição, anemia, baixa cobertura vacinal e acesso limitado a serviços de saúde.

Indicadores regionais úteis

- **Baixada Maranhense** apresenta condições de **alta vulnerabilidade social**, o que aumenta a morbidade em diversas faixas etárias.
- **Infecções respiratórias e diarreias** são mais frequentes em crianças menores de 5 anos.
- **Doenças crônicas** são mais prevalentes em adultos de 30 a 69 anos,



refletindo o padrão de mortalidade prematura.

1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

- Hipertensão arterial
- Diabetes mellitus
- Doenças cardiovasculares

Principais responsáveis por:

- Internações
- Mortalidade prematura

2. Doenças Infecciosas e Parasitárias

- Infecções respiratórias
- Doenças diarreicas
- Arboviroses (dengue, chikungunya)

Relacionadas a:

- Saneamento básico
- Condições ambientais

3. Condições materno-infantis



- Infecções na gestação
- Baixo peso ao nascer
- Problemas no pré-natal

4. Causas externas

- Acidentes
- Violência

Principais causas de internação:

Grupo de causas	Frequência
Doenças respiratórias	Alta
Doenças cardiovasculares	Alta
Doenças infecciosas	Moderada
Condições maternas	Moderada
Causas externas	Variável

Capítulo CID-10	2022	2023	2024*	Total 2022-24
I – Doenças infecciosas e parasitárias	131	538	218	887



X – Doenças do aparelho respiratório	86	270	135	491
XIV – Doenças geniturinárias	36	83	122	241
XIX – Lesões, envenenamentos e causas externas	4	5	84	93
XII – Doenças da pele e tecido subcutâneo	52	5	23	80
IX – Doenças do aparelho circulatório	–	17	39	56
XI – Doenças do aparelho digestivo	4	10	28	42
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	4	28	34
XV – Gravidez, parto e puerpério	–	6	17	23
VI – Doenças do sistema nervoso	2	2	3	7



III – Doenças do sangue e órgãos hematológicos	1	1	3	5
VIII – Doenças do ouvido	–	–	3	3
XVIII – Sinais e achados anormais	–	2	–	2
XIII – Doenças do sistema osteomuscular	–	1	1	2
Total Geral	318	944	704	1.966

*Dados de 2024 são preliminares e sujeitos a atualização conforme consolidação final do SIH/SUS

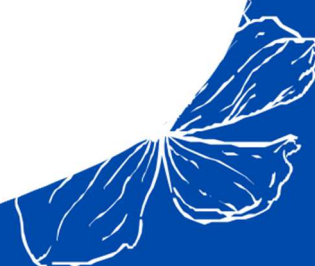
No período de 2022 a 2024, foram registradas **1.966 internações hospitalares de residentes de Presidente Sarney** segundo o SIH/SUS, distribuídas entre diversos capítulos da CID-10. As **doenças infecciosas e parasitárias** foram o principal grupo de morbidade hospitalar, seguidas das **doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho geniturinário**. Observou-se variação ao longo dos anos, com aumento em 2023 e queda em 2024 (dados preliminares), refletindo mudanças na demanda por atendimento hospitalar e perfil epidemiológico da população.”

A análise da morbidade hospitalar de residentes de Presidente Sarney no período de 2022 a 2024 evidencia que as principais causas de internação segundo capítulos da CID-10 foram as **doenças infecciosas e parasitárias**, as **doenças do aparelho respiratório** e as **doenças do aparelho geniturinário**. Observa-se um aumento expressivo das internações em 2023, especialmente por doenças infecciosas, seguido de redução em 2024 (dados preliminares). Esse comportamento pode estar relacionado a fatores epidemiológicos, sazonais e à ampliação do acesso aos serviços de saúde, reforçando a importância das ações de vigilância em saúde, prevenção de agravos e fortalecimento da atenção primária.”



3.4-MORTALIDADE- Grupo de causas (CID-10)

	2022	2023*	2024*	2025*
Doenças do aparelho circulatório	1º	1º	1º	1º
Neoplasias (câncer)	2º	2º	2º	2º
Doenças do aparelho respiratório	3º-4º	3º-4º	3º-4º	3º-4º
Causas externas (acidentes/violência)	3º-4º	3º-4º	3º-4º	3º-4º
Doenças infecciosas e parasitárias	5º	5º	5º	5º
Doenças endócrinas (ex: diabetes)	6º	6º	6º	6º
Doenças do aparelho digestivo	7º	7º	7º	7º
Outras causas	resta	resta	resta	resta



	ntes	ntes	ntes	ntes
--	------	------	------	------

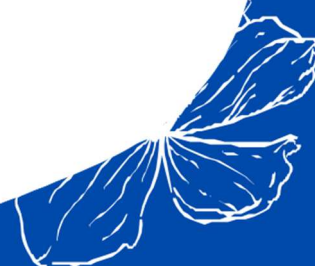
*2023–2025 = dados preliminares/tendência (não totalmente consolidados)

Base técnica

Em 2022 (ano consolidado), o Brasil e municípios seguem o padrão:

1. Circulatórias
2. Câncer
3. Respiratórias
4. Causas externas
5. Infecciosas

A análise da mortalidade de residentes de Presidente Sarney entre 2022 e 2025, segundo capítulo CID-10, evidencia a predominância de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, neoplasias e respiratórias), enquanto as doenças infecciosas permanecem relevantes, especialmente em grupos vulneráveis. As causas externas, embora menos frequentes, impactam a população jovem e exigem atenção às políticas de prevenção. A tendência geral sugere estabilidade nos padrões de mortalidade, com necessidade de reforço das ações de atenção primária e prevenção de óbitos evitáveis



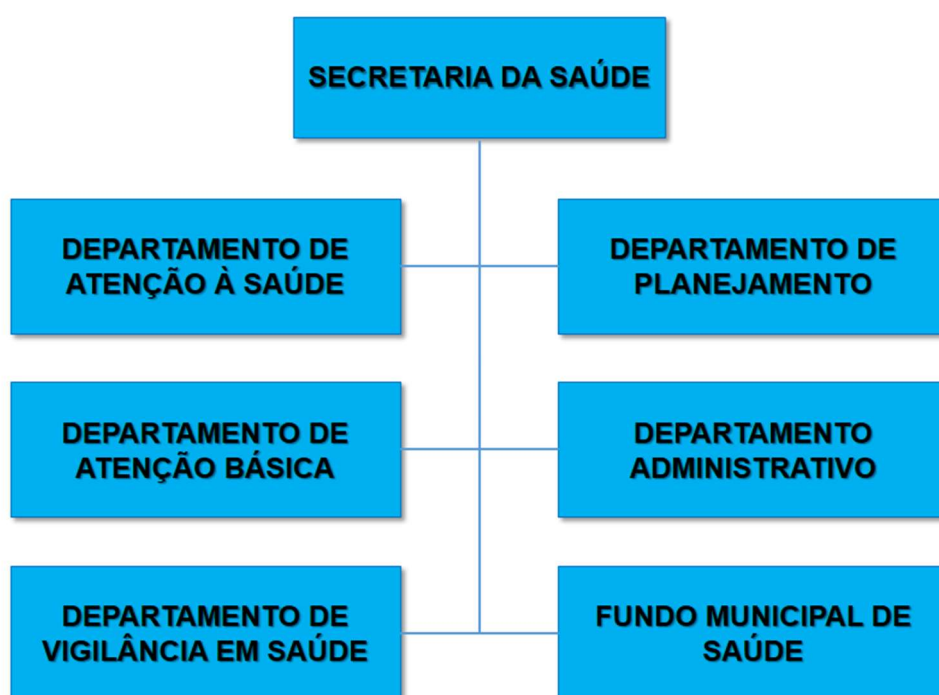
ANALISE SITUACIONAL DE SAUDE



O Pacto pela Saúde define regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Nesta perspectiva, o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da CIR- PINHEIRO do estado do Maranhão segue o desenho de Região definida pelo Plano Diretor de Regionalização-PDR/2011. A CIR- PINHEIRO considera como sua área de abrangência os municípios que compõem a Região de Saúde de Pinheiro sendo 17 (dezessete) são eles : Apicum-Açu, Bacuri, Bequimão,

Cedral, Central do Maranhão, Cururupu, Guimarães, Mirinzal, Pedro do Rosário, Peri Mirim, Pinheiro, Porto Rico do Maranhão, Presidente Sarney, Santa Helena, Serrano do Maranhão, Turiaçu, Turilândia. A região da CIR-PINHEIRO foi instituída pelo estado através de Resolução CIB Nº 066 de 22 de junho de 2011. As Regiões Sanitárias instituídas pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado do Maranhão engloba 17 municípios que totalizam uma população de 402.094 habitantes.

p8.1-Organograma





9-ESTRUTURA MUNICIPAL DE SAÚDE

9.1-Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A equipe da UBS presta atendimento à demanda espontânea de seu território de responsabilidade, organiza a atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico através de programas específicos. O objetivo desses programas é possibilitar

adequado controle e avaliação de resultados, como, por exemplo: controle de hipertensão e diabetes, saúde da mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), saúde da criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco), controle da tuberculose e hanseníase, saúde mental, manejo do tabagismo, assistência ao portador de asma, assistência farmacêutica, fisioterapia, fonoaudiologia, saúde do idoso, rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência e apoio social.

A assistência médica nas unidades de saúde é oferta consultas nas especialidades de clínica geral, pediatria e ginecologia. Incluem-se aqui o atendimento ao pré-natal de risco habitual, exame ginecológico, pequenos procedimentos cirúrgicos, puericultura, avaliação, visitas domiciliares e encaminhamento para outras especialidades quando necessário, entre outras. A equipe de enfermagem oferece, além da avaliação de enfermagem e acolhimento do paciente, vacinação, curativos, retirada de pontos, acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, ações de planejamento familiar, puericultura, coleta de exames, dispensação de medicamentos. O profissional enfermeiro apresenta atuação específica realizando consulta de enfermagem a todos os ciclos de vida (criança, adulto, gestante, idoso) com enfoque no pré-natal de risco habitual, puerpério, prevenção de câncer de mama e coleta da citologia oncológica, avaliação dos resultados e tratamento (conforme protocolos existentes), puericultura, doenças crônicas não transmissíveis. É, ainda, responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da UBS.

A Portaria Ministerial 2.436 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Nova Política Nacional de Atenção Básica prioriza a Estratégia Saúde da Família como instrumento principal para a reorganização da atenção básica no país. Esta



Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca, ainda, a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

A Atenção Primária na cidade de Pinheiro, assim como em todo território nacional, é ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

A Atenção Primária em Pinheiro apresenta uma cobertura de 78,00%. E, atualmente, conta com 19 (dezenove) equipes de Saúde da família (ESF), distribuídas entre 18 (dezoito) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 (três) Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 175 Agentes Comunitários de Saúde (ACS's).

Quadro 01: Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

Equipes	Teto	Credenciado
eSF	10	10
ACS	58	58

Atividades Desenvolvidas:



- Mapeamento da área escrita e reconhecimento dos equipamentos sociais (escolas, ONGS, associações comunitárias, igrejas);
- Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias da área escrita;
- Levantamento epidemiológico e monitoramento de agravos que podem acometer a comunidade;
- Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas;
- Ações individuais e coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- Consultas médicas, de enfermagem e procedimentos odontológicos quando existir a equipe de saúde bucal;
- Realização de procedimentos médicos e de enfermagem: Visitas domiciliares do enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
- Atendimento de pré-natal de baixo risco de todo o município;
- Atendimento a diabéticos e hipertensos;
- Implantação e acompanhamento de grupos de idosos, diabéticos e hipertensos, com atividades que proporcionam uma melhor qualidade de vida;
- Consultas de Puericultura (Atendimento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia);
- Imunização;
- Dispensação de medicamentos da farmácia básica de acordo com planejamento municipal;
- Avaliação de Indicadores da equipe;



- Prevenção de Câncer do Colo do Útero através da realização da coleta de PCCU;
- Encaminhamento.

Atribuições Dos Profissionais Da Atenção Básica

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II - Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III - Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando



necessário no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V-Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI-Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII-Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII-Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX - Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do



cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X-Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI-Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII-Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII-Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV-Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV-Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI-Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território; **XVII-**Realizar



busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII - Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX - Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX-Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população).

XXI-Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII-Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;



XXIII- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

XXVII- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro:

I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;



II- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas

estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; **VII-** Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);



- II- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e
- III- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico:

- I- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
- II- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
- III- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- IV- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
- V- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- VI- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e



VII- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Programa De Agentes Comunitários De Saúde – PACS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos 90, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação e descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PACS foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre comunidade e as unidades de saúde.

O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A cidade de Pinheiro conta com 03 (três) PACS, neles estão inseridos um total de 33(trinta e três) ACS.

Um ACS deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolverá atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e nas comunidades, sob supervisão competente, como:

O programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro / supervisor lotado em uma unidade básica de saúde que possui



as principais especialidades médicas (pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia) e demanda espontânea e/ou encaminhada por unidades elementares de saúde. A meta do município é alcançar 100% de cobertura com abertura do processo seletivo para 63 vagas de ACS.

Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a



agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.



PROGRAMA MAIS MEDICOS

O Programa Mais Médicos é uma estratégia fundamental do SUS para ampliar o acesso e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade. Ao garantir a presença de médicos nas equipes de Saúde da Família, o programa fortalece o cuidado contínuo, o vínculo com a comunidade e a integralidade da atenção. Além disso, contribui para a redução das desigualdades regionais em saúde e para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, alinhado aos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

VISITAS E SUPERVISÃO

A realização de visitas e supervisão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), pois contribui diretamente para a qualificação do cuidado, da gestão e dos processos de trabalho.

Principais importâncias:

1. **Acompanhamento do funcionamento da UBS**

Permite avaliar a organização dos serviços, o cumprimento da carga horária, o fluxo de atendimento, o acolhimento e o acesso da população às ações de saúde.

2. **Qualificação dos processos de trabalho**

A supervisão orienta e apoia as equipes na organização das rotinas, no



planejamento das ações, no uso adequado de protocolos e no registro das informações nos sistemas de saúde.

3. Fortalecimento da gestão e do apoio institucional

As visitas aproximam a gestão das equipes, fortalecem o vínculo, promovem a escuta das demandas dos profissionais e possibilitam intervenções oportunas e resolutivas.

4. Identificação de fragilidades e potencialidades

Possibilita reconhecer dificuldades estruturais, organizacionais ou assistenciais, bem como valorizar boas práticas e experiências exitosas desenvolvidas no território.

5. Melhoria da qualidade da assistência

Contribui para garantir atendimento humanizado, seguro e resolutivo, alinhado aos princípios do SUS e às diretrizes da Atenção Primária à Saúde.

6. Monitoramento de indicadores e metas

Permite acompanhar resultados, apoiar o alcance de metas pactuadas e subsidiar a tomada de decisão baseada em dados e evidências.

7. Educação permanente em saúde

As visitas e supervisões funcionam como momentos formativos, favorecendo a troca de conhecimentos, o aperfeiçoamento profissional e a melhoria contínua dos serviços.

Dessa forma, as visitas e a supervisão nas UBS são estratégias essenciais para assegurar uma Atenção Primária forte, organizada e capaz de responder às necessidades de saúde da população.



RELAÇÃO UBS

UBS	ENDEREÇO
ISABEL IOLENE	BAIRRO NOVO -PRESIDENTE SARNEY
JOSE RAIMUNDO SOUSA	POVOADO GALIZA
JOSE ROBERTO MARTINS	POVOADO MATA DE ZE ROBERTO
MARIA IZABEL SANTOS PEREIRA	POVOADO CANTA GALO
SÃO CARLOS	SEDE -PRESIDENTE SARNEY
UBS ZENOIDE FIRMINO AMORIM	POVOADO BEM POSTA
JOSE IVANILDO SOUSA RIBEIRO	MANGANGA
RAIMUNDO BARROSO	AV PADRE LUIS RISSO -PRESIDENTE SARNEY
RITA CLEUDES RIBEIRO	TRES FUROS
BENEDITO EMÍDIO AMORIM	SÃO ROMAO
BALBINA FERRAZ LOPES	TABOCAL
JOSINA RODRIGUES	BEBE FUMO
ROMANA ROSA PINHEIRO CORDEIRO	ENTRE RIOS
BENEDITA JULIA RIBEIRO	CACAU
PEDRO ALCANTARA DURANS	SÃO FELIPE
MAXIMA ABREU	ALDEIA
	FAZENDA GALO







Programa Saúde Na Escola (PSE)

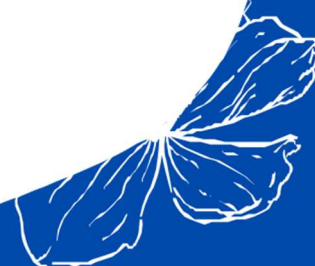
Equipe executora

- Estratégia de Saúde da Família
- Saúde Bucal

- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- ACS
- Comunidade Escolar (escola e professores)
- Comunidade em Geral
- Comunidade Institucional

Parceria Institucional

- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Educação



O programa de saúde na escola prevê a integração da perspectiva dos professores dos estudantes dos pais e representantes da sociedade civil em planejamentos integrados. Nesse tipo de planejamento mais facilmente, criam-se as referências para o acompanhamento dos resultados em função do interesse de ver cumprido as metas pactuadas.

A expectativa desse plano é preparar a comunidade escolar para o desenvolvimento de ações que envolva educação e saúde. Elaboração de proposta participativa e representativa e melhoria da vida em sociedade. Nesse sentido, a iniciativa é um aprendizado da cidadania, que pode ter início no âmbito da saúde e da educação, mas que também tem como ideal estender-se para outras áreas, tais como: assistência social, cultura, esporte e lazer consolidando a participação e protagonismo local.

Assim, o objetivo do planejamento das ações do PSE é uma aproximação da educação e da saúde. Escolas e unidades de saúde precisam ser estimuladas e atuarem conjuntamente a partir da necessidade, do desejo e da vontade de gerar uma sociedade mais saudável, por meio do diálogo entre a comunidade escolar e a equipe da Estratégia Saúde da Família que provém as interlocuções entre diferentes setores da sociedade e dos programas/políticas em desenvolvimento na escola e parcerias locais

O Programa Saúde na Escola (PSE), política Inter setorial da saúde e da educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos na educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Também pode ser compreendida como ponto de partida para o crescimento individual de uma comunidade, pois favorece a reflexão e o despertar de uma consciência crítica da sociedade dos



seus valores e diferenças.

Objetivo Geral

Este plano de ação tem como objetivo a execução das ações pactuadas da saúde junto à educação para melhoria da qualidade de vida da sociedade escolar e dos demais familiares.

Objetivos Específicos

- Desenvolver as atividades da saúde para promoção de qualidade de vida junto à comunidade escolar, em todas as 32 escolas que estão pactuadas ao programa.

Buscar parcerias de entidades junto à formação do grupo GTI-Ma. (Grupo de trabalho Integrado).

- Identificar o educando com possível sinal de agrado de saúde negligenciado.

- Capacitar as equipes da estratégia de saúde da família assim como todos os outros profissionais envolvidos nas realizações das ações pactuadas.

Metas

- Melhorar assistência da saúde, a comunidade escolar estendida aos seus familiares.

- Acompanhar as alterações identificadas das patologias dentro dos temas trabalhados e referenciá-las ao seu tratamento.



- Na próxima adesão do PSE 2019/2020 faremos adesão 100% das escolas, levaremos o atendimento do programa para todas as outras escolas municipais da cidade de Pinheiro – MA.





8.4. -Saúde Bucal

A Política de Saúde Bucal no município foi desenvolvida em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), alinhada à Política Nacional de Saúde Bucal, com foco na ampliação do acesso, promoção, prevenção e recuperação da saúde da população.

Durante o período analisado, as ações de saúde bucal foram executadas de forma integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Estratégias de Saúde da Família. As atividades contemplaram atendimentos clínicos individuais, ações coletivas e atividades educativas, com ênfase na promoção de hábitos saudáveis e prevenção de agravos.

No âmbito da atenção individual, foram realizados procedimentos como consultas odontológicas, restaurações, extrações, profilaxia, aplicação tópica de flúor, além de atendimentos de urgência, garantindo

assistência resolutiva e oportuna. Observou-se a continuidade da assistência, mesmo diante de desafios estruturais e operacionais, assegurando o cuidado longitudinal dos usuários.

As ações coletivas tiveram destaque no desenvolvimento de atividades em escolas, creches e outros espaços comunitários, com foco na educação em saúde, escovação supervisionada e distribuição de kits de higiene bucal. Essas iniciativas foram fundamentais para o fortalecimento da prevenção, especialmente entre o público infantil, contribuindo para a redução de índices de cárie dentária.

Destaca-se também a atuação no Programa Saúde na Escola (PSE), fortalecendo a intersetorialidade entre saúde e educação, promovendo avaliação das condições de saúde bucal dos estudantes e encaminhamentos necessários para tratamento.

No que se refere à vigilância em saúde, foram monitorados indicadores como cobertura de primeira consulta odontológica programática, proporção de procedimentos preventivos e resolutividade dos atendimentos. Esses dados subsidiaram o planejamento e a reorganização das ações, visando maior eficiência e equidade no acesso aos serviços.

Entretanto, foram identificados desafios, tais como a necessidade de ampliação da cobertura das equipes de saúde bucal, melhoria na infraestrutura de algumas unidades, regularidade no abastecimento de insumos odontológicos e fortalecimento das ações de educação permanente para os profissionais.

Diante desse cenário, recomenda-se para o próximo exercício o fortalecimento da Atenção Primária com ampliação das equipes, intensificação das ações preventivas e coletivas, investimento em capacitação profissional e melhoria da estrutura física e logística dos serviços, visando qualificar ainda mais



a assistência prestada à população.

No período analisado, o município de Presidente Sarney/MA monitorou indicadores estratégicos de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme orientações do Ministério da Saúde, com destaque para os indicadores do Previne Brasil e sistemas de informação como o SISAB.

1. Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (eSB) na APS
Refere-se à proporção da população adscrita coberta por equipes de saúde bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família.

- O município manteve cobertura significativa, garantindo acesso aos serviços odontológicos básicos.
- Análise: Apesar da cobertura existente, observa-se a necessidade de ampliação para atingir maior parcela da população, especialmente em áreas rurais e de difícil acesso.

2. Proporção de Gestantes com Atendimento Odontológico Realizado
Indicador do Previne Brasil que avalia o acesso das gestantes ao cuidado em saúde bucal durante o pré-natal.

- Houve avanço na oferta do atendimento odontológico às gestantes acompanhadas na APS.
- Análise: Ainda é necessário fortalecer a captação precoce e o vínculo das gestantes com as equipes de saúde bucal, visando atingir as metas preconizadas.

3. Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática
Mede o acesso inicial da população ao atendimento odontológico com foco na avaliação e planejamento do cuidado.

- O município apresentou produção regular de primeiras consultas.



- **Análise:** Recomenda-se intensificar estratégias de busca ativa e ampliação da oferta para melhorar a cobertura desse indicador.

4. **Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal**
Avalia a realização de ações preventivas, como aplicação de flúor, profilaxia e atividades educativas.

- Foram desenvolvidas ações preventivas, especialmente no público escolar.

- **Análise:** Necessário ampliar a proporção desses procedimentos em relação aos curativos, fortalecendo o modelo preventivo.

5. **Média de Procedimentos Odontológicos por Habitante**
Indica a produção dos serviços odontológicos em relação à população.

- A produção manteve-se dentro da capacidade instalada das equipes.

- **Análise:** A ampliação da oferta de serviços pode contribuir para o aumento desse indicador.

6. **Atendimento Odontológico em Urgência**
Refere-se aos atendimentos realizados para alívio da dor e situações emergenciais.

- Houve registro de atendimentos de urgência nas unidades básicas.

- **Análise:** Importante fortalecer ações preventivas para reduzir a demanda por urgências evitáveis.

Objetivo Geral

Reorganizar a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos,



reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

- **Atribuições Do Cirurgião Dentista Inserido No PSF**

Os cirurgiões dentistas das equipes de Saúde da Família devem realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, bem como atender à comunidade no território adscrito nas Unidade Básica de Saúde (UBS) em que a sua equipe está atrelada.

Por atender compreende-se: promover e proteger a saúde bucal, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratar, acompanhar, reabilitar e manter a saúde bucal dos indivíduos, famílias e grupos específicos. Além disso, devem realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências.





8.5-SAÚDE NOS CICLOS DA VIDA

A abordagem da saúde ao longo dos diferentes ciclos da vida é um pilar fundamental para a construção de um Plano Municipal de Saúde abrangente e eficaz. Compreender as especificidades, vulnerabilidades e necessidades de cada fase da vida e de cada grupo populacional permite o desenvolvimento de ações e serviços mais assertivos, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida do cidadão desde o nascimento até a velhice.

A atenção à **Saúde da Criança** constitui uma das prioridades estratégicas do Plano Municipal de Saúde, considerando seu papel fundamental na promoção do desenvolvimento integral, na redução da morbimortalidade



infantil e na construção de uma sociedade mais saudável e equitativa.

As ações voltadas à saúde da criança devem ser organizadas de forma integral, contínua e humanizada, com ênfase na Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de serviços. Nesse contexto, destacam-se as seguintes diretrizes:

- Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, com acompanhamento regular por meio da puericultura, garantindo o monitoramento de indicadores antropométricos, neuropsicomotores e sociais;
- Fortalecimento da imunização, assegurando altas coberturas vacinais conforme o calendário nacional, prevenindo doenças imunopreveníveis;
- Incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, promovendo práticas alimentares adequadas desde os primeiros anos de vida;
- Prevenção e manejo das principais doenças da infância, com foco nas doenças respiratórias, diarreicas e condições crônicas;
- Ampliação do acesso ao pré-natal de qualidade, contribuindo para a redução de riscos ao recém-nascido;
- Atenção integral à saúde neonatal, incluindo o cuidado ao recém-nascido de risco e a qualificação da assistência ao parto e nascimento;
- Identificação precoce de agravos e vulnerabilidades, incluindo violência, negligência, deficiências e transtornos do desenvolvimento;
- Articulação intersetorial, envolvendo educação, assistência social e outros setores, visando a proteção integral da criança.

Além disso, é fundamental investir na qualificação permanente das equipes de saúde, na ampliação do acesso aos serviços especializados e no fortalecimento das redes de atenção, garantindo a continuidade do cuidado.



Na transição para a Saúde do Adolescente, é uma prioridade no âmbito do Plano Municipal de Saúde, considerando as especificidades dessa fase do ciclo de vida, marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. A promoção da saúde nesse período é fundamental para a formação de adultos saudáveis e para a redução de agravos futuros.

As ações devem ser pautadas nos princípios da integralidade, equidade e acesso universal, com organização dos serviços de forma acolhedora, resolutiva e sensível às necessidades dos adolescentes, garantindo confidencialidade e escuta qualificada.

Nesse contexto, destacam-se as seguintes diretrizes:

- Promoção do desenvolvimento saudável, com acompanhamento biopsicossocial e incentivo à autonomia e ao autocuidado;
- Saúde sexual e reprodutiva, com acesso à informação, métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo ações educativas contínuas;
- Prevenção de violências e acidentes, com identificação precoce de situações de vulnerabilidade, abuso, exploração e negligência;
- Atenção à saúde mental, com estratégias de acolhimento, prevenção do uso de álcool e outras drogas, e manejo de transtornos psíquicos;
- Promoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação adequada, prática de atividades físicas e redução do sedentarismo;
- Ampliação da cobertura vacinal, conforme o calendário do adolescente;
- Fortalecimento do vínculo com a Atenção Primária à Saúde, especialmente por meio de ações nas escolas e no território;



- Articulação intersetorial, com integração entre saúde, educação, assistência social, cultura e esporte.

É essencial garantir o protagonismo juvenil nas ações e políticas públicas, incentivando a participação dos adolescentes na construção de estratégias que atendam às suas reais necessidades.

Prosseguindo para a **Saúde da Mulher**, é um eixo prioritário do Plano Municipal de Saúde, contemplando ações integrais que considerem as especificidades biológicas, sociais, culturais e econômicas ao longo do ciclo de vida. O cuidado deve ser pautado nos princípios da equidade, integralidade e humanização, garantindo acesso universal e oportuno aos serviços de saúde.

As ações devem abranger desde a promoção da saúde até a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos, com organização da rede de atenção de forma resolutiva e articulada.

Nesse contexto, destacam-se as seguintes diretrizes:

- **Atenção integral à saúde sexual e reprodutiva**, com garantia de acesso a métodos contraceptivos, planejamento reprodutivo e assistência qualificada;
- **Qualificação do pré-natal, parto e puerpério**, com foco na redução da mortalidade materna e infantil, assegurando cuidado humanizado e baseado em evidências;
- **Prevenção e controle dos cânceres mais prevalentes**, especialmente câncer de colo do útero e de mama, com ampliação do rastreamento e diagnóstico precoce;
- **Enfrentamento das violências contra a mulher**, com acolhimento, notificação, cuidado integral e articulação com a rede de proteção;
- **Atenção ao climatério e menopausa**, garantindo



acompanhamento e manejo adequado dos sintomas e agravos associados;

- **Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas**, como hipertensão, diabetes e obesidade, considerando fatores de risco específicos;
- **Atenção à saúde mental da mulher**, incluindo suporte em situações de vulnerabilidade social e emocional;
- **Ampliação do acesso aos serviços especializados**, garantindo continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.

É fundamental fortalecer a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial, assegurando vínculo, longitudinalidade do cuidado e coordenação da assistência.

O município compromete-se a desenvolver políticas públicas baseadas em evidências, com monitoramento contínuo de indicadores, qualificação das equipes de saúde e garantia dos direitos das mulheres, promovendo a melhoria da qualidade de vida e a redução das desigualdades.



A atenção à Saúde do Homem, constitui um importante componente do Plano Municipal de Saúde, considerando os desafios relacionados ao acesso aos serviços, à prevenção de agravos e à elevada morbimortalidade masculina, especialmente por causas evitáveis.

Historicamente, os homens apresentam menor procura pelos serviços de saúde, o que contribui para o diagnóstico tardio de doenças e piores desfechos em saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias específicas que promovam o cuidado integral e ampliem o acesso dessa população à rede de atenção.

As ações devem ser organizadas de forma integral, equitativa e humanizada, com fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado.

Destacam-se as seguintes diretrizes:

- Promoção da saúde e prevenção de agravos, com incentivo ao autocuidado e à adoção de hábitos de vida saudáveis;
- Ampliação do acesso dos homens aos serviços de saúde, com adequação de horários e estratégias de busca ativa;
- Prevenção e controle de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares;
- Atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e acesso a métodos de proteção;
- Rastreamento e diagnóstico precoce de agravos, com destaque para câncer de próstata e outras condições prevalentes;
- Prevenção de violências e acidentes, principais causas de mortalidade na população masculina jovem;



- Atenção à saúde mental, incluindo prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas e manejo de transtornos psíquicos;
- Fortalecimento de ações intersetoriais, envolvendo educação, trabalho e assistência social.

É essencial promover estratégias que considerem aspectos culturais e sociais relacionados às masculinidades, reduzindo barreiras ao cuidado e incentivando a participação ativa dos homens na promoção da própria saúde.

O município compromete-se a qualificar o cuidado por meio da capacitação das equipes, ampliação do acesso, monitoramento de indicadores e fortalecimento da rede de atenção à saúde, visando à redução das desigualdades e à melhoria da qualidade de vida da população masculina.

A Saúde da Pessoa Idosa, A atenção à saúde da pessoa idosa é um eixo estratégico do Plano Municipal de Saúde, considerando o processo de envelhecimento populacional e a necessidade de garantir qualidade de vida, autonomia e independência funcional. As ações devem estar voltadas à promoção do envelhecimento ativo e saudável, à prevenção de agravos e ao cuidado integral dessa população.

O cuidado à pessoa idosa deve ser pautado nos princípios da integralidade, equidade e humanização, com organização da rede de atenção à saúde de forma articulada e centrada nas necessidades do indivíduo, respeitando suas singularidades.

Destacam-se as seguintes diretrizes:

- **Promoção do envelhecimento saudável e ativo**, com incentivo à prática de atividades físicas, alimentação adequada e participação social;
- **Avaliação global da pessoa idosa**, considerando aspectos



clínicos, funcionais, cognitivos e psicossociais;

- **Prevenção de agravos e fragilidades**, incluindo quedas, incapacidades, isolamento social e institucionalização precoce;
- **Prevenção e controle de doenças crônicas**, como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares;
- **Atenção à saúde mental**, com identificação e manejo de condições como depressão e demências;
- **Uso racional de medicamentos**, com acompanhamento contínuo para evitar polifarmácia e interações medicamentosas;
- **Fortalecimento do cuidado domiciliar**, especialmente para idosos com limitações funcionais ou em situação de vulnerabilidade;
- **Atenção à reabilitação e manutenção da capacidade funcional**, promovendo autonomia e independência;
- **Enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**, com acolhimento, notificação e articulação com a rede de proteção social;
- **Integração intersetorial**, envolvendo assistência social, cultura, esporte e outros setores.

É fundamental fortalecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, garantindo acompanhamento longitudinal, vínculo e acesso aos demais níveis de atenção quando necessário.

O município compromete-se a desenvolver políticas públicas baseadas em evidências, com monitoramento contínuo de indicadores, qualificação das equipes de saúde e ampliação da rede de cuidados, assegurando a dignidade e os direitos da pessoa idosa.



HIPERDIA – ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

O cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus constitui uma das prioridades do Plano Municipal de Saúde, considerando a elevada prevalência dessas condições e seu impacto na morbimortalidade da população.

As doenças crônicas não transmissíveis, especialmente a hipertensão e o diabetes, estão entre as principais causas de complicações como doenças cardiovasculares, insuficiência renal, acidente vascular cerebral e amputações, exigindo ações contínuas de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento.

A organização da atenção deve ser centrada na Atenção Primária à Saúde, como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, com atuação integrada em toda a Rede de Atenção à Saúde.

Destacam-se as seguintes diretrizes:

- **Identificação e cadastramento da população com hipertensão e diabetes**, com estratificação de risco para definição do plano de cuidado;
- **Acompanhamento contínuo e longitudinal**, com consultas regulares, monitoramento clínico e laboratorial;
- **Promoção de hábitos de vida saudáveis**, incluindo alimentação adequada, prática de atividade física e cessação do tabagismo;
- **Educação em saúde**, visando o autocuidado apoiado e a adesão ao tratamento;
- **Dispensação regular de medicamentos**, garantindo acesso e uso racional;



- **Prevenção e controle de complicações**, com rastreamento de lesões em órgãos-alvo (coração, rins, olhos e pés);
- **Atenção multiprofissional**, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e outros profissionais;
- **Fortalecimento das ações coletivas**, como grupos educativos e acompanhamento comunitário;
- **Integração com a atenção especializada**, garantindo acesso a exames e consultas quando necessário.

É fundamental o uso de sistemas de informação para monitoramento dos usuários, avaliação de indicadores e qualificação do cuidado, permitindo a identificação de lacunas e a tomada de decisões baseadas em evidências.

O município compromete-se a fortalecer a linha de cuidado das doenças crônicas, com qualificação das equipes de saúde, ampliação do acesso aos serviços e monitoramento contínuo dos resultados, visando à redução de complicações, internações e mortalidade associadas à hipertensão e ao diabetes.

ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) E HIV/AIDS

A atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), incluindo o HIV/AIDS, constitui uma prioridade do Plano Municipal de Saúde, considerando seu impacto na saúde pública e a necessidade de ações contínuas de prevenção, diagnóstico, tratamento e redução de vulnerabilidades.

As IST representam importante causa de morbidade, podendo ocasionar complicações graves quando não tratadas adequadamente. O HIV/AIDS, por



sua vez, exige abordagem integral e contínua, com foco na ampliação do diagnóstico precoce, no acesso ao tratamento e na melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.

As ações devem ser organizadas de forma integrada na Rede de Atenção à Saúde, com a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado.

Destacam-se as seguintes diretrizes:

- **Ampliação das ações de prevenção**, com distribuição de preservativos, educação em saúde e estratégias de comunicação voltadas à população em geral e grupos prioritários;
- **Fortalecimento da testagem rápida**, com ampliação do acesso ao diagnóstico precoce de HIV, sífilis e hepatites virais;
- **Garantia do tratamento oportuno e adequado**, conforme protocolos clínicos, incluindo terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV;
- **Promoção da prevenção combinada**, incluindo profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP);
- **Prevenção da transmissão vertical**, com acompanhamento adequado no pré-natal, parto e puerpério;
- **Redução do estigma e da discriminação**, garantindo acolhimento, sigilo e respeito aos direitos dos usuários;
- **Atenção integral às populações em situação de maior vulnerabilidade**, considerando aspectos sociais, culturais e econômicos;
- **Vigilância epidemiológica ativa**, com notificação, monitoramento e análise dos casos;
- **Integração com a rede de atenção especializada**, assegurando



continuidade do cuidado.

É fundamental promover ações intersetoriais, envolvendo educação, assistência social e organizações da sociedade civil, visando ampliar o alcance das estratégias de prevenção e cuidado.

O município compromete-se a qualificar a atenção às IST/HIV/AIDS por meio da capacitação das equipes, ampliação do acesso aos serviços, fortalecimento da vigilância em saúde e monitoramento de indicadores, contribuindo para a redução da incidência e melhoria da qualidade de vida da população.

A imunização constitui uma das estratégias mais eficazes de promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo um componente essencial do Plano Municipal de Saúde. As ações de vacinação contribuem significativamente para a redução da morbimortalidade, controle, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis.

A organização das ações de imunização deve ocorrer de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, com destaque para a Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada, garantindo acesso oportuno, seguro e de qualidade à população.

Destacam-se as seguintes diretrizes:

- **Garantia da oferta de vacinas conforme o calendário nacional**, assegurando o acesso universal e gratuito em todas as fases do ciclo de vida;
- **Ampliação e manutenção de altas coberturas vacinais**, com foco na homogeneidade entre territórios;
- **Busca ativa de não vacinados e esquema vacinal incompleto**, com estratégias extramuros e ações comunitárias;
- **Fortalecimento das ações de educação em saúde**,



combatendo a desinformação e promovendo a confiança nas vacinas;

- **Qualificação da rede de frio**, garantindo o armazenamento, transporte e conservação adequados dos imunobiológicos;
- **Capacitação permanente das equipes de saúde**, assegurando boas práticas de vacinação e manejo de eventos adversos;
- **Vigilância de eventos adversos pós-vacinação**, com notificação, investigação e acompanhamento oportuno;
- **Integração com a vigilância epidemiológica**, para monitoramento de doenças imunopreveníveis e resposta rápida a surtos;
- **Desenvolvimento de campanhas de vacinação**, conforme o perfil epidemiológico local e diretrizes nacionais.

É fundamental assegurar o registro adequado das doses aplicadas nos sistemas de informação, permitindo o monitoramento dos indicadores e subsidiando a tomada de decisão.

O município compromete-se a fortalecer as ações de imunização por meio da ampliação do acesso, qualificação das equipes, modernização dos sistemas de informação e desenvolvimento de estratégias inovadoras, visando à proteção coletiva e à melhoria das condições de saúde da população.



EMULT-

As [Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde \(eMulti\)](#) são grupos de profissionais de saúde de diversas áreas (psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, etc.) que atuam de forma integrada e complementar às equipes de Saúde da Família (eSF). Instituídas pela Portaria nº 635/2023, visam aumentar a resolutividade e a qualidade do cuidado na Atenção Primária, atuando no suporte matricial, atendimentos domiciliares e grupos terapêuticos.

Principais Características e Funcionamento:

- **Objetivo:** Fortalecer a Atenção Primária (APS) com apoio especializado, atuando na saúde mental, manejo de doenças crônicas e prevenção.
- **Apoio Matricial:** Trabalham em conjunto com as equipes de referência (eSF, eAP, eCR) para discutir casos, compartilhar atendimentos e construir projetos terapêuticos juntos.
- **Composição:** Podem incluir assistentes sociais, farmacêuticos clínicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, arte educadores, sanitaristas e médicos especialistas.
- **Modalidades (por carga horária):**
 - eMulti Ampliada: Carga horária mínima de 300 horas/semana.
 - eMulti Complementar: Carga horária mínima de 200 horas/semana.



- eMulti Estratégica: Carga horária mínima de 100 horas/semana.
- Financiamento: O Ministério da Saúde retomou o cofinanciamento federal para incentivar a implementação dessas equipes, com foco em indicadores de qualidade e necessidades territoriais

TETO EQUIPE COMPLEMENTAR -02
EM FUNCIONAMENTO -01

6- VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde abrange todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde. Compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde doença.

6.1-- Vigilância Epidemiológica

ALei 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde, conceitua Vigilância Epidemiológica (VE) como um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade



de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”

Neste sentido, a vigilância epidemiológica desempenha um papel fundamental na prevenção e controle de doenças transmissíveis, garantindo a implementação de medidas que minimizam riscos à saúde coletiva. Através do monitoramento de agravos e da imunização da população, essa área contribui diretamente para a redução da morbimortalidade, prevenindo complicações e desafogando os serviços de atenção primária e hospitalar. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, organização, normatização e operacionalização dos serviços de saúde

A Coordenação de Vigilância Epidemiológica integra o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal, sendo responsável pelo monitoramento, prevenção e controle de agravos e doenças de interesse em saúde pública. Atua de forma estratégica na produção e análise de informações em saúde, subsidiando a tomada de decisões da gestão municipal.

O presente relatório tem como finalidade descrever as ações desenvolvidas durante o período avaliado, evidenciando os resultados alcançados, os desafios enfrentados e as perspectivas para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica no município.

3. Caracterização da Área de Atuação

A Vigilância Epidemiológica atende toda a população do município, abrangendo áreas



urbanas e rurais, com foco no acompanhamento de agravos de notificação compulsória, doenças transmissíveis e eventos de interesse em saúde pública.

As principais demandas relacionam-se ao controle e acompanhamento da Hanseníase,

Tuberculose, vigilância de óbitos e nascidos vivos, monitoramento de doenças transmitidas por vetores, além da vigilância da raiva animal. As ações são desenvolvidas de forma integrada com a Atenção Primária à Saúde, demais coordenações da Secretaria Municipal de Saúde e órgãos estaduais.

Imunização constitui uma das estratégias mais eficazes de promoção da saúde e prevenção de doenças, um componente essencial do Plano Municipal de Saúde. As ações de vacinação contribuem significativamente para a redução da morbimortalidade, controle, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis.

A organização das ações de imunização deve ocorrer de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, com destaque para a Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada, garantindo acesso oportuno, seguro e de qualidade à população.

Destacam-se as seguintes diretrizes:

- **Garantia da oferta de vacinas conforme o calendário nacional**, assegurando o acesso universal e gratuito em todas as fases do ciclo de vida;
- **Ampliação e manutenção de altas coberturas vacinais**, com foco na homogeneidade entre territórios;
- **Busca ativa de não vacinados e esquema vacinal incompleto**, com estratégias extramuros e ações comunitárias;
- **Fortalecimento das ações de educação em saúde**, combatendo a desinformação e promovendo a confiança nas vacinas;



- **Qualificação da rede de frio**, garantindo o armazenamento, transporte e conservação adequados dos imunobiológicos;
- **Capacitação permanente das equipes de saúde**, assegurando boas práticas de vacinação e manejo de eventos adversos;
- **Vigilância de eventos adversos pós-vacinação**, com notificação, investigação e acompanhamento oportuno;
- **Integração com a vigilância epidemiológica**, para monitoramento de doenças imunopreveníveis e resposta rápida a surtos;
- **Desenvolvimento de campanhas de vacinação**, conforme o perfil epidemiológico local e diretrizes nacionais.

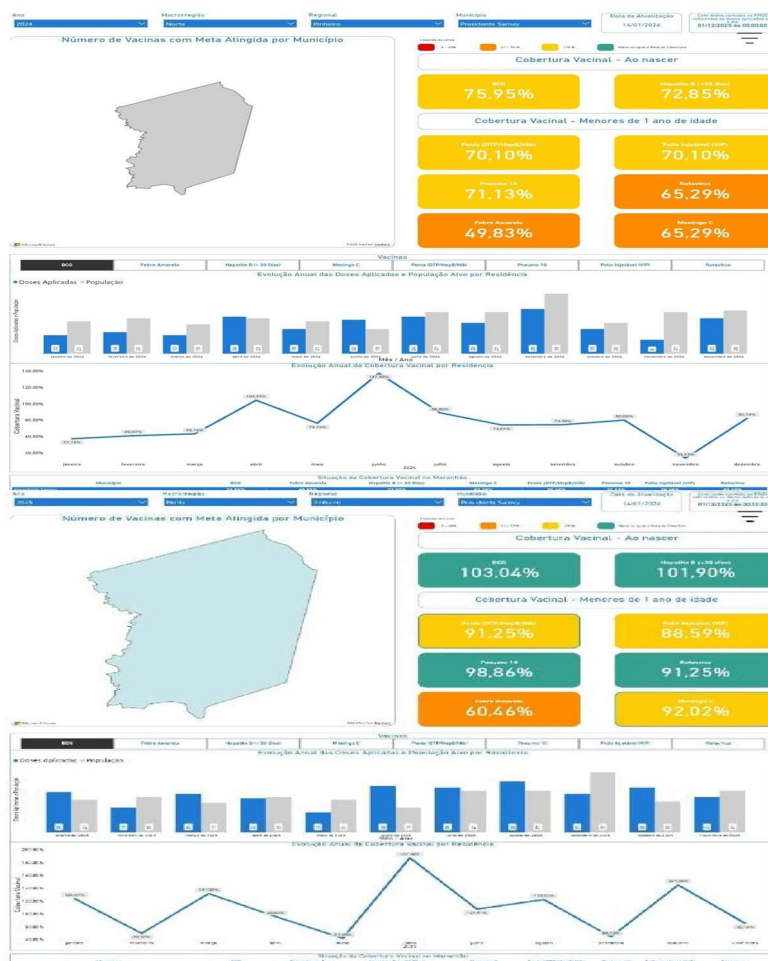
É fundamental assegurar o registro adequado das doses aplicadas nos sistemas de informação, permitindo o monitoramento dos indicadores e subsidiando a tomada de decisão.

O município compromete-se a fortalecer as ações de imunização por meio da ampliação do acesso, qualificação das equipes, modernização dos sistemas de informação e desenvolvimento de estratégias inovadoras, visando à proteção coletiva e à melhoria das condições de saúde da população.

Abaixo, os dados que comprovam a recuperação das metas nas vacinas de rotina mais importantes para o primeiro ano de vida:

- **Penta (DTP/HepB/Hib):** Subiu de 70,10% para **91,25%**.
- **Pneumo 10:** Saltou de 71,13% para **98,86%** (Próximo à meta total).
- **Meningo C:** Evoluiu de 65,29% para **92,02%**.
- **Polio Injetável (VIP):** Crescimento de 70,10% para **88,59%**.
- **Rotavírus:** Aumento expressivo de 65,29% para **91,25%**.





Sífilis Adquirida, Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita

A sífilis é uma das Infecções Sexualmente Transmissível (IST) mais comuns. A transmissão é predominantemente sexual, sendo mais contagiosa nas fases iniciais da doença. Outra via comum é a transplacentária, causando a Sífilis Congênita. Está associada a complicações significativas como aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, e má-formação do feto. Reduzir a transmissão vertical da sífilis é um processo desafiador que demanda a necessidade de integração entre os diferentes níveis de atenção em saúde. Importante pensar em ações focadas em uma maior sensibilidade de acesso ao diagnóstico, com melhoria das ações de vigilância e qualidade dos dados epidemiológicos. Ações propostas: Garantir a vinculação precoce da gestante na assistência ao pré-natal, Otimizar o acesso da gestante, aos métodos diagnósticos, Proporcionar processo de trabalho adequado aos profissionais de saúde para a realização e aconselhamento em testagem rápida de sífilis, Realizar a testagem para Sífilis, nos 3 trimestres de gestação, priorizando o diagnóstico em tempo oportuno; Realizar testagem para Sífilis no Hospital/maternidade por ocasião do parto; Tratar a gestante e sua(s) parceria(s) sexual(is) imediatamente ao diagnóstico e de forma adequada. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, consequentemente, a sífilis congênita. Realizar grupos de estudo de casos de transmissão vertical de Sífilis. Ações de educação permanente.



HIV/AIDS

O HIV ainda é um grande desafio à saúde pública. Nos anos de 2020 e 2021, houve uma queda significativa nas testagens para HIV devido ao impacto da pandemia da COVID-19. Os esforços em relação ao enfrentamento do HIV devem ser direcionados para o acesso aos equipamentos de saúde, bem como ações de prevenção, diagnóstico rápido e tratamento oportuno. Os municípios necessitam planejar ações no intuito de: expandir o acesso à Profilaxia pré-Exposição (PrEP), intensificar a testagem rápida de HIV. Importante pensar também em redução dos óbitos por HIV relacionados à tuberculose (TB) com a oferta de novas tecnologias e testes para diagnóstico rápido de TB .

Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. A transmissão ocorre principalmente por via aérea, a partir de pessoas com formas pulmonares ativas da doença.

No âmbito municipal, o enfrentamento da tuberculose exige ações integradas da Atenção Primária à Saúde (APS), vigilância epidemiológica e rede de atenção à saúde, com foco na detecção precoce dos casos, diagnóstico oportuno, tratamento adequado e acompanhamento contínuo dos pacientes.

A análise situacional do município evidencia a necessidade de fortalecimento das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, especialmente entre populações mais vulneráveis, como pessoas em situação



de pobreza, privados de liberdade, pessoas vivendo com HIV, idosos e indígenas. Além disso, destaca-se a importância da qualificação dos profissionais de saúde para identificação precoce dos sinais e sintomas, bem como para o manejo clínico adequado.

O diagnóstico da tuberculose deve ser ampliado por meio da utilização de testes rápidos, como o teste molecular rápido (TRM-TB), além da baciloscopia e cultura, garantindo maior agilidade na confirmação dos casos. A descentralização dessas ações para a APS contribui para o aumento da cobertura diagnóstica e redução do tempo entre o início dos sintomas e o tratamento.

O tratamento da tuberculose é disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser realizado de forma supervisionada (Tratamento Diretamente Observado – TDO), com o objetivo de garantir a adesão, prevenir o abandono e evitar o desenvolvimento de formas resistentes da doença. Nesse contexto, o acompanhamento pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é fundamental para o sucesso terapêutico.

Como estratégias prioritárias para o município, destacam-se:

- Intensificação da busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e usuários;
- Ampliação do diagnóstico precoce e acesso aos exames;
- Implementação e fortalecimento do TDO;
- Ações educativas em saúde para redução do estigma e incentivo à adesão ao tratamento;
- Monitoramento e avaliação dos indicadores, como taxa de incidência, cura, abandono e óbitos por tuberculose.



Dessa forma, o município reafirma o compromisso com a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública, por meio de ações intersetoriais, fortalecimento da APS e qualificação da assistência, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população.

Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças infecciosas causadas por vírus que acometem o fígado. Existem vários tipos de hepatites virais (A, B, C, D, E), sendo a hepatite A, B e C as mais comuns no Brasil. Essas doenças constituem atualmente um problema de saúde pública em todo o mundo, gerando impacto de morbidade e mortalidade. Em geral, as hepatites virais agudas são assintomáticas por isso são caracterizadas como uma doença silenciosa. Em consonância com o Ministério da Saúde (MS), que visa atingir metas globais para eliminação das hepatites virais como problema de Saúde Pública até 2030, os municípios devem desenvolver ações com prioridades para ampliar o diagnóstico e tratamento das hepatites virais, com foco na hepatite C e a vacinação da hepatite B, junto à população.

HANSENIASE

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo levar a incapacidades físicas permanentes quando não diagnosticada e tratada precocemente. Apesar dos avanços no controle da doença, a hanseníase ainda representa um relevante problema de saúde pública no Brasil,



especialmente em regiões com maior vulnerabilidade social.

No contexto municipal, o enfrentamento da hanseníase requer ações integradas entre a Atenção Primária à Saúde (APS), a vigilância epidemiológica e a rede de atenção à saúde, com foco na detecção precoce, tratamento oportuno e prevenção de incapacidades.

A análise situacional evidencia a necessidade de intensificar a busca ativa de casos suspeitos, principalmente entre contatos domiciliares de pacientes diagnosticados, uma vez que a transmissão ocorre de forma prolongada e próxima. Destaca-se também a importância da avaliação dermatoneurológica realizada por profissionais capacitados, visando identificar sinais precoces da doença, como manchas na pele com alteração de sensibilidade.

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, baseado na identificação de lesões cutâneas com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento neural. O tratamento é realizado por meio da poliquimioterapia (PQT), disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eficaz na cura da doença e na interrupção da cadeia de transmissão.

Nesse contexto, o acompanhamento dos pacientes deve ser contínuo, com ênfase na prevenção de incapacidades físicas, por meio de orientações de autocuidado e monitoramento regular. O papel dos profissionais da APS, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é fundamental para o acompanhamento dos casos, identificação de contatos e fortalecimento do vínculo com a comunidade.

Como estratégias prioritárias para o município, destacam-se:

- Intensificação da busca ativa de casos novos e avaliação de contatos;
- Realização de campanhas educativas para redução do



estigma e incentivo ao diagnóstico precoce;

- Capacitação contínua das equipes de saúde para avaliação dermatoneurológica;
- Garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno;
- Monitoramento dos indicadores epidemiológicos, como taxa de detecção, grau de incapacidade no diagnóstico e proporção de cura;
- Fortalecimento das ações de vigilância e integração com a APS.

Dessa forma, o município reafirma seu compromisso com a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, por meio da ampliação do acesso aos serviços, qualificação da assistência e desenvolvimento de ações intersetoriais que promovam a equidade e a melhoria das condições de vida da população.

DENGUE

A dengue é uma arbovirose de grande relevância em saúde pública, transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*, sendo considerada um dos principais desafios para a Vigilância em Saúde nos municípios brasileiros. A doença apresenta comportamento sazonal, com maior incidência em períodos chuvosos, devido ao aumento de criadouros do vetor.

Clinicamente, a dengue pode se manifestar de forma leve a grave, com sintomas como febre alta, dor de cabeça, dor retro-orbital, dores musculares e articulares, náuseas e, em casos mais severos, pode evoluir para formas graves com sinais de alarme, hemorragias e risco de óbito.



No contexto municipal, o enfrentamento da dengue requer ações integradas entre a Vigilância Ambiental, Atenção Primária à Saúde e demais setores. Dentre as principais estratégias, destacam-se o controle vetorial por meio da eliminação de criadouros, visitas domiciliares realizadas pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE), atividades educativas, campanhas de mobilização social e monitoramento epidemiológico dos casos suspeitos e confirmados.

As ações de vigilância incluem a identificação precoce de casos, notificação oportuna, investigação epidemiológica e acompanhamento dos indicadores, permitindo a adoção de medidas rápidas para contenção de surtos. Além disso, o manejo clínico adequado na rede de saúde é fundamental para reduzir complicações e óbitos.

Ressalta-se a importância da participação da população no controle da doença, uma vez que grande parte dos focos do mosquito encontra-se em ambientes domiciliares, sendo essencial a adoção de medidas simples, como evitar água parada em recipientes, manter caixas d'água vedadas e realizar o descarte adequado de resíduos

Educação em Saúde

- Palestras educativas nas comunidades e escolas;
- Distribuição de materiais informativos, panfletagem;
- Participação em campanhas municipais e estaduais.

DOENÇA DE CHAGAS

A Doença de Chagas, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*,



permanece como um importante problema de saúde pública em diversas regiões da América Latina, incluindo o Brasil. Tradicionalmente associada à transmissão vetorial pelo inseto conhecido como barbeiro, nas últimas décadas tem-se observado um aumento significativo dos casos por transmissão oral, especialmente relacionados ao consumo de alimentos contaminados.

Em 2025, foram registrados cinco casos de Doença de Chagas por via oral associados ao consumo doméstico de açaí. Esse tipo de transmissão ocorre quando o alimento é contaminado com fezes de triatomíneos infectados ou com o próprio inseto triturado durante o preparo, sem condições adequadas de higiene e processamento.

O açaí, por ser amplamente consumido e muitas vezes processado de forma artesanal, pode se tornar um veículo de transmissão quando não são seguidas boas práticas sanitárias, como a higienização correta dos frutos, o branqueamento (tratamento térmico) e o armazenamento adequado.

A transmissão oral tende a provocar quadros mais agudos e, por vezes, mais graves da doença, com sintomas como febre prolongada, dor abdominal, inchaço, além de possíveis complicações cardíacas e sistêmicas.

Diante desse cenário, reforça-se a importância das medidas de prevenção, como:

- Higienização adequada dos alimentos;
- Processamento seguro do açaí;
- Controle sanitário na produção doméstica e comercial;
- Educação em saúde para a população.

MALARIA



A malária é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, transmitida pela picada da fêmea do mosquito do gênero *Anopheles*. Trata-se de um importante problema de saúde pública em regiões com condições ambientais favoráveis à proliferação do vetor.

No município de Presidente Sarney, localizado na Baixada Maranhense, observa-se um contexto histórico marcado pela ocorrência de casos de malária, especialmente em períodos passados, quando as condições de saneamento básico eram mais precárias e havia maior exposição da população a áreas alagadas e de vegetação densa. Esses fatores favorecem a reprodução do mosquito transmissor.

As características geográficas do município, como a presença de áreas úmidas, rios e regiões de difícil acesso, contribuíram para a manutenção da transmissão da doença ao longo do tempo. Além disso, aspectos socioeconômicos, como baixa renda e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, também influenciaram na maior incidência de casos no passado.

Os principais sintomas da malária incluem febre alta, calafrios, sudorese, dor de cabeça e mal-estar geral, podendo evoluir para formas graves se não tratada adequadamente.

Com o avanço das políticas públicas de saúde, houve uma redução significativa dos casos, resultado de ações como:

- Diagnóstico precoce e tratamento oportuno;
- Controle do mosquito vetor;
- Campanhas de prevenção e educação em saúde;
- Fortalecimento da vigilância epidemiológica.

Apesar da diminuição dos registros, o histórico de muitos casos no município reforça a necessidade de manter ações contínuas de prevenção e



monitoramento, evitando a reintrodução e novos surtos da doença.

Dessa forma, a malária em Presidente Sarney representa um exemplo de como fatores ambientais e sociais podem influenciar a ocorrência de doenças, destacando a importância de estratégias integradas para a proteção da saúde da população.

6.2-VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária constitui um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha papel estratégico na promoção, proteção e defesa da saúde da população.

No contexto municipal, a Vigilância Sanitária atua no controle e fiscalização de estabelecimentos comerciais, serviços de saúde, alimentos, medicamentos, saneantes, cosméticos e demais produtos sujeitos à regulação sanitária, garantindo que estejam em conformidade com as normas vigentes. Além disso, exerce função educativa junto à população e aos estabelecimentos, promovendo boas práticas sanitárias.

A análise situacional do município aponta para a necessidade de fortalecimento das ações de fiscalização e monitoramento, especialmente em áreas como comércio de alimentos, serviços de saúde e controle da qualidade da água para consumo humano. Destaca-se também a importância da ampliação das ações educativas, visando à prevenção de riscos sanitários e à promoção da saúde coletiva.



Outro aspecto relevante refere-se à estruturação da equipe de Vigilância Sanitária, com qualificação contínua dos profissionais e melhoria das condições de trabalho, incluindo transporte, equipamentos e sistemas de informação, essenciais para o desempenho eficaz das atividades.

Entre as principais atribuições da Vigilância Sanitária municipal, destacam-se:

- Licenciamento e inspeção sanitária de estabelecimentos;
- Fiscalização de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária;
- Monitoramento da qualidade da água para consumo humano;
- Investigação de denúncias e surtos relacionados a riscos sanitários;
- Educação em saúde voltada para boas práticas sanitárias;
- Apoio às ações de vigilância em saúde e integração com a Atenção Primária.

Como estratégias prioritárias para o município, destacam-se:

- Fortalecimento das ações de inspeção e fiscalização sanitária;
- Implantação e atualização do cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância;
- Intensificação das ações educativas junto aos comerciantes e população;
- Capacitação permanente da equipe de Vigilância Sanitária;
- Melhoria da infraestrutura e logística de trabalho;
- Monitoramento de indicadores e utilização de sistemas de informação para tomada de decisão.

6.3-VIGILÂNCIA AMBIENTAL



A Vigilância Ambiental em Saúde constitui um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de mudanças nos fatores ambientais que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e controle de agravos e doenças relacionadas ao meio ambiente.

No âmbito municipal, a Vigilância Ambiental atua de forma integrada com a Atenção Primária à Saúde e demais setores, desenvolvendo atividades voltadas ao monitoramento da qualidade da água para consumo humano, controle de vetores e reservatórios de doenças, vigilância de populações expostas a contaminantes ambientais, bem como a análise de riscos decorrentes de desastres naturais e impactos ambientais.

Dentre as principais ações, destacam-se o Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), as atividades de controle do mosquito *Aedes aegypti*, responsável pela transmissão de arboviroses como dengue, zika e chikungunya, além do monitoramento de fatores de risco ambientais que possam impactar diretamente na saúde da população.

A atuação da Vigilância Ambiental também envolve ações educativas junto à comunidade, promovendo a conscientização sobre práticas sustentáveis, manejo adequado de resíduos sólidos, eliminação de criadouros de vetores e preservação do meio ambiente como fator determinante da saúde.

Ressalta-se a importância da articulação intersetorial com áreas como saneamento básico, meio ambiente, educação e infraestrutura, visando o fortalecimento das políticas públicas e a melhoria das condições de vida da população.



Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano:

- Coleta e análise de amostras para os parâmetros (70% no município):
- Cloro residual livre
- Turbidez

Controle de Zoonoses:

- Monitoramento de animais peçonhentos e vetores sinantrópicos;
- Investigação de acidentes com animais peçonhentos;
- Orientações à população em áreas de risco;
- Arrastão no território, com ação integrada entre agentes comunitários de saúde e agente de endemia

6.4- Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em 3 Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.



Os medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica estão relacionados na REMUME e o acesso aos medicamentos se dá através das Unidades Básicas de Saúde.

Os medicamentos do componente Estratégico da Assistência Farmacêutica são medicamentos para o tratamento de doenças que configuram problemas de saúde pública. Estão incluídos em Programas Estratégicos do Ministério da Saúde, que seguem protocolos e normas específicas.

Os medicamentos do componente Especializado da Assistência Farmacêutica complementam o objetivo majoritário de garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas e são obtidos através de programa do Estado.

6.5-CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO

O CAF da Saúde, é um espaço organizado que serve para receber, armazenar, controlar e distribuir materiais e produtos adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde, seja com recursos próprios, estaduais ou federais. Garantindo que os materiais (custeio ou permanentes), estejam disponíveis quando e onde forem necessários, evitando perdas, desperdícios e a falta dos mesmos. Além disso, é fundamental introduzir rotinas rigorosas de preservação e retiradas dos materiais, protegendo-os de furtos e desperdícios,

A distribuição de materiais entre o almoxarifado central até as Unidades Básicas de Saúde, deve ser realizada de forma coordenada e encerra todo o processo de armazenamento e movimentação, garantindo seus resultados buscados nas dimensões de qualidade (atendimento das requisições) e eficiência (redução de custos). O almoxarifado adota como praticas, alguns



cuidados básicos na distribuição de materiais, tais como:

Separar os pedidos por Setor/Unidade;

- Agrupar os materiais por mesma família por Requisição de Materiais;
- Embalar produtos sujeitos a danos no transporte;
- Observar os limites de carga de cada equipamento e das caixas;
- Quando necessário, utilizar lacre plástico de segurança para garantir a

inviolabilidade dos volumes distribuídos.

7-Atenção Especializada

Atenção Especializada à Saúde constitui um nível essencial e complementar à Atenção Primária à Saúde (APS) dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela se refere ao conjunto de serviços e procedimentos de maior complexidade, que demandam conhecimento e recursos tecnológicos específicos para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de condições de saúde que não podem ser integralmente resolvidas na atenção básica. Isso inclui, por exemplo, consultas com médicos especialistas (cardiologistas, endocrinologistas, ortopedistas, etc.), realização de exames diagnósticos complexos (ressonâncias, tomografias), procedimentos cirúrgicos, atendimentos em hospitais gerais e especializados, e serviços de reabilitação de média e alta complexidade

A atenção especializada constitui um componente essencial da rede assistencial do Sistema Único de Saúde, sendo responsável pela oferta de serviços de média e alta complexidade, como consultas com especialistas, exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos mais avançados. No contexto do município de Presidente Sarney, essa atenção é, em grande parte,



viabilizada por meio de pactuações com o município de Pinheiro, que atua como referência regional.

Entretanto, observa-se a existência de dificuldades no acesso aos procedimentos pactuados, evidenciadas pela demora na marcação de consultas e exames, limitação na oferta de vagas e desafios relacionados à regulação e ao transporte de pacientes. Esses fatores impactam diretamente a continuidade do cuidado e a resolutividade da assistência, comprometendo a integralidade do atendimento à população.

7.1- Cirurgias Eletivas

As cirurgias eletivas correspondem a procedimentos cirúrgicos previamente agendados, que não possuem caráter de urgência ou emergência, mas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. No âmbito do Sistema Único de Saúde, essas cirurgias fazem parte da atenção especializada e incluem procedimentos como hernioplastias, colecistectomias, cirurgias oftalmológicas, entre outros.

Em situações onde a cirurgia eletiva necessária não pode ser realizada dentro da rede de referência regional, seja por altíssima complexidade ou por escassez de vagas, o município recorre ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

No município de Presidente Sarney, historicamente, a realização dessas cirurgias depende da pactuação com o município de Pinheiro, que atua como referência regional. No entanto, visando reduzir a demanda reprimida e melhorar o acesso da população, o município de Presidente Sarney iniciou a realização de cirurgias eletivas, representando um avanço significativo na oferta



de serviços de saúde local.

Essa iniciativa contribui para a diminuição das filas de espera, maior agilidade no atendimento e fortalecimento da autonomia do município na assistência à saúde. Apesar disso, ainda persistem desafios relacionados à estrutura, recursos humanos e continuidade da oferta, sendo necessária a ampliação e consolidação desse serviço.

7.2- Atenção à Pessoa com Deficiência

A atenção à pessoa com deficiência é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde, sendo fundamentada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Essa atenção envolve um conjunto de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e inclusão social, garantindo o acesso aos serviços de forma humanizada e contínua.

No município de Presidente Sarney, as ações voltadas às pessoas com deficiência incluem o acompanhamento na atenção básica, encaminhamentos para serviços especializados e acesso a reabilitação.

Entretanto, ainda existem desafios relacionados ao acesso aos serviços especializados, à oferta de profissionais qualificados e à disponibilidade de recursos como órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Além disso, barreiras geográficas e de transporte podem dificultar o acesso dessa população aos serviços de saúde.

No contexto municipal, a Atenção Especializada é fundamental para o acesso a diagnósticos aprofundados, intervenções de reabilitação multidisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia), e o fornecimento de órteses e próteses, quando necessário. Esse nível de atenção



permite a atuação de equipes especializadas que oferecem suporte para o desenvolvimento de habilidades, a superação de limitações e a promoção da autonomia.

7.3- Atenção à Saúde Mental

No campo da Saúde Mental, a Atenção Especializada é o pilar para o manejo de transtornos psíquicos graves e persistentes, bem como para situações de crise que demandam intervenção intensiva. Isso inclui a atuação de equipes psiquiátricas, psicológicas e de outras especialidades nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia. A articulação fluida entre a detecção precoce na Atenção Primária e a referência qualificada para a Atenção Especializada é a chave para evitar o agravamento das condições e promover a recuperação e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais.

7.4- Média e Alta Complexidade

A atenção de média e alta complexidade constitui um dos níveis essenciais da assistência no Sistema Único de Saúde, sendo responsável pela oferta de serviços especializados que exigem maior densidade tecnológica e profissionais qualificados. Esses serviços incluem consultas com especialistas, exames diagnósticos mais complexos, internações hospitalares, cirurgias e tratamentos específicos.

Os serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) estão organizados nos níveis de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Média e Alta Complexidade (MAC), abrangendo desde os atendimentos ambulatoriais



especializados até os procedimentos hospitalares em diversas especialidades. Esses níveis buscam garantir o acesso integral à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal e pelos princípios e diretrizes do SUS

. A Média Complexidade Ambulatorial compreende a maior parte dos procedimentos destinados ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo complementar à Atenção Primária. Seu papel é essencial para garantir a continuidade do cuidado, reduzir encaminhamentos desnecessários à Alta Complexidade e contribuir para a resolubilidade da rede de atenção.

O subfinanciamento da Média e Alta Complexidade, somado à limitação no número de consultas especializadas, exames diagnósticos e leitos hospitalares disponíveis, configura-se como um dos principais desafios enfrentados pela gestão municipal. Diante desse cenário, serão adotadas e implementadas estratégias que visem otimizar a oferta e o acesso a esses serviços, garantindo que a população receba atendimento em tempo oportuno e com a qualidade necessária.

HOSPITAL MUNICIPAL

O Hospital Municipal de Presidente Sarney constitui um dos principais pontos de atenção da rede local de saúde, desempenhando papel fundamental na assistência à população, especialmente no que se refere aos atendimentos de média complexidade e às urgências e emergências.

A unidade hospitalar atua como referência municipal para atendimentos clínicos, pequenos procedimentos, estabilização de pacientes e encaminhamento para serviços de maior complexidade, quando necessário. Nesse contexto, o hospital integra-se à Rede de Atenção à Saúde (RAS),



articulando-se com a Atenção Primária, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os serviços de referência regionais.

Entre os principais serviços ofertados pelo hospital municipal, destacam-se:

- Atendimento de urgência e emergência 24 horas;
- Internações clínicas de curta permanência;
- Assistência materno-infantil básica;
- Procedimentos ambulatoriais e pequenos procedimentos cirúrgicos;
- Centro Cirurgico em implantação
- Realização de cirurgias Eletivas
- Estabilização e encaminhamento de pacientes para unidades de maior complexidade.

O hospital também exerce função estratégica no suporte à Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a continuidade do cuidado, especialmente em situações que demandam avaliação médica imediata ou internação.

Entretanto, a unidade enfrenta desafios importantes, como:

- Limitações estruturais e de equipamentos;
- Insuficiência de recursos humanos especializados;
- Alta demanda por atendimentos de urgência;
- Necessidade de ampliação da capacidade resolutive;
- Dependência de serviços de referência para casos de maior complexidade.

Diante desse cenário, o Plano Municipal de Saúde estabelece como diretrizes para o fortalecimento do hospital municipal:

- Melhorar a infraestrutura física e tecnológica da unidade;



- Ampliar e qualificar o quadro de profissionais de saúde;
- Fortalecer a capacidade de resolutividade dos atendimentos;
- Implantar protocolos assistenciais e de segurança do paciente;
- Integrar o hospital às Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- Qualificar o sistema de regulação e encaminhamento de pacientes.

Além disso, destaca-se a importância da humanização do atendimento, da organização dos fluxos assistenciais e do monitoramento contínuo dos indicadores hospitalares, como taxa de ocupação, tempo de permanência e perfil das internações.

Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) constitui um importante instrumento da política pública de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria nº 55/1999 do Ministério da Saúde. Tem como finalidade garantir o acesso dos usuários a serviços assistenciais não disponíveis no município de residência, assegurando a integralidade da atenção à saúde.

No município de Presidente Sarney, o TFD desempenha papel estratégico, considerando as limitações da rede local de média e alta complexidade. Dessa forma, pacientes que necessitam de consultas especializadas, exames diagnósticos avançados, procedimentos cirúrgicos ou tratamentos específicos são encaminhados para municípios de referência,



especialmente para centros regionais e a capital do estado.

O serviço de TFD contempla o custeio de transporte, alimentação e, quando necessário, hospedagem para o paciente e acompanhante, conforme critérios estabelecidos na legislação vigente. A regulação dos encaminhamentos é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, com base em avaliação médica e disponibilidade de vagas na rede SUS.

Entre os principais encaminhamentos realizados pelo TFD no município, destacam-se:

- Consultas com especialistas (cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia);
- Exames de média e alta complexidade (tomografia, ressonância magnética);
- Tratamentos oncológicos;
- Procedimentos cirúrgicos eletivos e de maior complexidade.

Apesar de sua relevância, o TFD enfrenta desafios relacionados à logística de transporte, disponibilidade de vagas nos serviços de referência e custos operacionais crescentes. Nesse sentido, torna-se fundamental o fortalecimento da regulação, o planejamento adequado dos fluxos assistenciais e a ampliação da oferta regionalizada de serviços de saúde.

Como diretrizes para o aprimoramento do TFD no período de vigência deste Plano Municipal de Saúde, destacam-se:

- Fortalecer a organização e transparência dos fluxos de encaminhamento;
- Ampliar o controle e monitoramento dos pacientes atendidos;



- Garantir maior previsibilidade orçamentária para o serviço;
- Melhorar as condições de transporte e acolhimento dos usuários;
- Integrar o TFD às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Transporte Sanitário

O **Transporte Sanitário** constitui um componente essencial da Rede de Atenção à Saúde, sendo responsável por garantir o deslocamento seguro e adequado de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para acesso aos serviços de saúde, tanto no âmbito municipal quanto intermunicipal.

No município de Presidente Sarney, o transporte sanitário desempenha papel estratégico, especialmente em função das limitações da oferta local de serviços de média e alta complexidade, sendo fundamental para assegurar a continuidade do cuidado e o acesso equitativo da população aos serviços de saúde.

O serviço abrange o transporte de pacientes para consultas, exames, tratamentos eletivos e acompanhamento contínuo, incluindo deslocamentos vinculados ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Esse transporte é realizado por meio de veículos adequados, conforme a necessidade clínica do usuário, podendo incluir ambulâncias, veículos adaptados e transporte coletivo sanitário.

A organização do transporte sanitário é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que realiza o agendamento e a regulação das viagens com base em critérios clínicos, priorização de casos e disponibilidade de recursos. O serviço deve observar princípios como segurança, humanização, pontualidade e eficiência.



Entre as principais demandas atendidas pelo transporte sanitário, destacam-se:

- Deslocamento para consultas especializadas;
- Realização de exames de média e alta complexidade;
- Tratamentos contínuos, como hemodiálise e oncologia;
- Retornos e acompanhamentos médicos;
- Encaminhamentos vinculados ao TFD.

Apesar de sua relevância, o transporte sanitário enfrenta desafios importantes, como:

- Insuficiência e desgaste da frota de veículos;
- Custos elevados com manutenção e combustível;
- Dificuldades logísticas relacionadas a distâncias e condições das vias;
- Alta demanda de usuários;
- Necessidade de qualificação permanente dos profissionais envolvidos.

Diante desse cenário, o Plano Municipal de Saúde estabelece como diretrizes para o fortalecimento do transporte sanitário:

- Ampliar e qualificar a frota de veículos;
- Implantar sistemas de controle e monitoramento das viagens;
- Organizar fluxos e protocolos de agendamento;
- Garantir manutenção preventiva dos veículos;
- Promover a capacitação das equipes envolvidas;
- Integrar o transporte sanitário às Redes de Atenção à Saúde (RAS).



8-RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, sendo compartilhado entre os entes federal, estadual e municipal, em conformidade com os princípios de descentralização e responsabilidade, essenciais para a garantia do acesso aos serviços de saúde.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cofinanciamento federal é um componente essencial, viabilizando a manutenção das equipes de Saúde da Família, Atenção Primária, Saúde Bucal e equipes multiprofissionais, além de programas estratégicos no território

O modelo anterior de financiamento federal da APS, Previne Brasil, está em processo de substituição pela nova metodologia de cofinanciamento instituída pela Portaria GM/MS nº3.493/2024 e regulamentações complementares. Esse novo modelo busca fortalecer a Estratégia Saúde da Família, reorganizando o financiamento de forma mais clara, induzindo a qualidade e a efetividade do cuidado.

O financiamento é estruturado em componentes sendo eles, Componente fixo: para manutenção mensal das equipes e apoio à implantação de novas equipes; Componente de vínculo e acompanhamento territorial: vinculado ao cadastramento qualificado, ao acompanhamento dos usuários e às condições de vulnerabilidade, com parâmetros de pessoas vinculadas por equipe, variando conforme o porte populacional do município. Componente de qualidade: baseado em indicadores de desempenho pactuados, incentivando a melhoria do acesso, da qualidade e dos resultados em saúde. Outros componentes: para programas, serviços e ações estratégicas, saúde bucal e



incentivo per capita populacional.

Quadro 1 - Recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e ao Distrito Federal

Bloco de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
Bloco de Manutenção: recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros.	Atenção Primária • Atenção Especializada • Assistência Farmacêutica • Vigilância em Saúde • Gestão do SUS
Bloco de Estruturação: recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços	Atenção Primária • Atenção Especializada • Assistência Farmacêutica • Vigilância em Saúde • Gestão do SUS



públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.	
EMENDA	ATENÇÃO PRIMARIA MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

9.1-RECURSOS PRÓPRIOS

A Emenda Constitucional nº 29/2000, regulamentada posteriormente pela Lei Complementar nº 141/2012, estabelece que os municípios devem aplicar no mínimo 15% da receita proveniente de impostos e transferências constitucionais na área da saúde. Essa obrigação legal visa garantir o financiamento mínimo necessário à manutenção e desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito municipal.

No município de Presidente Sarney-ma , observa-se que, no ano de 2025, o percentual de aplicação de recursos próprios na saúde tem se mantido acima do mínimo constitucional exigido, evidenciando o comprometimento da gestão municipal com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa alocação orçamentária atende às diretrizes previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA),



O acompanhamento da execução orçamentária é realizado por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), uma plataforma do Ministério da Saúde vinculada ao DATASUS, que consolida e disponibiliza os dados de receitas e despesas em saúde das três esferas de governo. O envio eletrônico e periódico dessas informações pelos gestores municipais permite:

- Transparência na gestão dos recursos públicos;
- Monitoramento do cumprimento da aplicação mínima definida pela EC nº 29/2000;
- Apoio ao planejamento e à tomada de decisão em saúde.

10-GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A gestão do trabalho e a educação permanente em saúde são componentes fundamentais para qualificar os serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a valorização dos profissionais e fortalecendo o cuidado à população. Em Cruzeiro do Sul, a administração municipal tem buscado garantir condições adequadas de trabalho, capacitação contínua das equipes e estímulo à formação crítica dos trabalhadores da saúde

A gestão do trabalho envolve o planejamento da força de trabalho em saúde, a organização dos vínculos e jornadas, o dimensionamento adequado das equipes e a valorização profissional. O município conta com servidores efetivos, contratados e credenciados, distribuídos entre os diversos serviços da rede, com atenção à equidade, à resolutividade e ao compromisso com o cuidado em saúde.



No campo da educação na saúde, são promovidas ações de capacitação periódica, treinamentos específicos, encontros de atualização, e atividades educativas voltadas para o aprimoramento técnico e humanizado dos profissionais.

10.1-RECURSOS HUMANOS

A gestão de pessoas é um dos pilares fundamentais da organização e do funcionamento adequado do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo indispensável para a garantia da qualidade dos serviços ofertados à população. O Departamento Municipal de Saúde conta com uma força de trabalho diversificada e comprometida com a execução das políticas públicas de saúde, sendo organizada conforme diferentes tipos de vínculos e funções.

Tabela - Número de profissionais por categoria

CARGO	ANO 2025
Enfermeiros	20
Enfermeiros Coodenadores	05
Diretores	06
Assessor	03
Tec de Enfermagem	54
Medicos ESF	10
Medicos Plantonistas	05
Medicos Especialistas	04



AOSD	30
Motoristas	18
AUX Administrativo	25
VAIGIA	29
Tec vacinador	09
Digitador	12
cozinheiro	05
Tec Radiologista	05
Farmacêutico	03
Bioquímico	02
Assistente Social	02
Nutricionista	02
Fisioterapeuta	01
Fonoaudióloga	01
Psicóloga	01
ACS	58
ACE	20
COORD ENDEMIAS	04
Fiscal Sanitário	03
MICROCOPISTAS	03

REDE FÍSICA DE SAÚDE PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

A rede física de estabelecimentos de saúde constitui a base operacional para a execução das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no

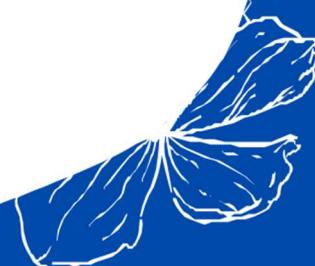


município. A adequada distribuição e funcionamento das unidades de saúde são essenciais para assegurar o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado à população

O município de Cruzeiro do Sul – PR dispõe de uma estrutura física consolidada e organizada para atender às diversas demandas de saúde da população, com unidades de gestão municipal e de gestão compartilhada (dupla), conforme a seguir:

Tabela num - Rede física de saúde por tipo de estabelecimentos

UBS	ENDEREÇO
ISABEL IOLENE	BAIRRO NOVO -PRESIDENTE SARNEY
JOSE RAIMUNDO SOUSA	POVOADO GALIZA
JOSE ROBERTO MARTINS	POVOADO MATA DE ZE ROBERTO
MARIA IZABEL SANTOS PEREIRA	POVOADO CANTA GALO
SÃO CARLOS	SEDE -PRESIDENTE SARNEY
UBS ZENOIDE FIRMINO AMORIM	POVOADO BEM POSTA
JOSE IVANILDO SOUSA RIBEIRO	MANGANGA
RAIMUNDO BARROSO	AV PADRE LUIS RISSO - PRESIDENTE SARNEY
RITA CLEUDES RIBEIRO	TRES FUROS
BENEDITO EMÍDIO AMORIM	SÃO ROMAO
BALBINA FERRAZ LOPES	TABOCAL
JOSINA RODRIGUES	BEBE FUMO



ROMANA ROSA PINHEIRO CORDEIRO	ENTRE RIOS
BENEDITA JULIA RIBEIRO	CACAU
PEDRO ALCANTARA DURANS	SÃO FELIPE
MAXIMA ABREU	ALDEIA
	FAZENDA GALO
ACADEMIA DE SAUDE	
HOSPITAL MUNICIPAL BOM JESUS	

Todos os estabelecimentos de saúde estão em espaço próprio, para os próximos quatro anos o enfoque será a captação de recursos para estruturação dos serviços já existentes, munindo-os com equipamentos novos e substituindo os antigos, bem como viabilizar a ampliação, construção ou reforma de prédios próprios para os serviços.

10-SELO UNICEF

O Selo UNICEF é uma iniciativa do [Fundo das Nações Unidas para a Infância \(UNICEF\)](#) que, há 26 anos, incentiva e reconhece avanços reais e positivos na promoção, realização e garantia dos direitos de crianças e adolescentes em municípios do Semiárido e da Amazônia Legal brasileira.

Ao aderir ao Selo UNICEF, o município assume o compromisso de manter a agenda de suas políticas públicas pela infância e adolescência como prioridade.

A metodologia inclui o monitoramento de indicadores sociais e a



implementação de ações que ajudem o município a cumprir a [Convenção sobre os Direitos da Criança](#), que no Brasil é refletida no [Estatuto da Criança e do Adolescente \(ECA\)](#). A adesão ao Selo UNICEF é espontânea.

Ao fazer a adesão ao Selo UNICEF, o município deve seguir a metodologia proposta para fortalecer as políticas públicas que sustentam os direitos de meninas e meninos, e garantir que isso aconteça de forma intersetorial e integrada.

Também é preciso que a participação social seja incentivada, garantindo o envolvimento dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) e a participação de adolescentes.

Cada ciclo do Selo UNICEF dura quatro anos, acompanhando o período da gestão municipal. Neste período, os municípios:

1. fazem a adesão à iniciativa;
2. participam de capacitações;
3. recebem bibliografia e suporte técnico da equipe do UNICEF e parceiros;
4. desenvolvem um plano de ação;
5. mobilizam a comunidade local para participar das decisões;
6. acompanham a evolução de indicadores sociais;
7. são monitorados;
8. e, finalmente, são avaliados.

Os municípios que mais avançam na garantia dos direitos de crianças e adolescentes são reconhecidos com o Selo UNICEF e podem fazer uso reconhecimento durante o ciclo seguinte.



PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO

1- BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), instituído pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo garantir atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, reduzindo o tempo-resposta e contribuindo para a diminuição da morbimortalidade.

A implantação de uma Base Descentralizada do SAMU no município visa ampliar o acesso da população aos serviços de urgência, especialmente em áreas mais distantes, promovendo maior agilidade no atendimento e fortalecendo a Rede de Atenção às Urgências.

2. Justificativa

O município apresenta desafios relacionados ao tempo de deslocamento para atendimento de urgências, sobretudo em áreas rurais e localidades mais afastadas. A ausência ou insuficiência de cobertura do SAMU compromete a assistência oportuna, podendo agravar quadros clínicos e aumentar o risco de óbitos evitáveis.

A implantação de uma base descentralizada permitirá:

- Redução do tempo de resposta às ocorrências;
- Ampliação da cobertura assistencial;
- Integração com a rede de saúde local;
- Melhoria na qualidade do atendimento pré-hospitalar.



3. Objetivo geral

Implantar uma Base Descentralizada do SAMU 192 no município, visando garantir atendimento ágil, qualificado e resolutivo às urgências e emergências.

2-CAPS I

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) é um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário, integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, bem como usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em municípios de pequeno porte.

O CAPS I tem como finalidade promover o cuidado em liberdade, a reinserção social e a melhoria da qualidade de vida dos usuários, substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma atenção psicossocial humanizada e territorializada.

2. Justificativa

A implantação do CAPS I no município se justifica pela necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde mental, reduzir internações psiquiátricas desnecessárias e fortalecer o cuidado contínuo no território.

Observa-se a crescente demanda por atendimentos relacionados a transtornos mentais, sofrimento psíquico e uso abusivo de substâncias, o que reforça a importância de um serviço especializado que atue de forma integrada com a Atenção Primária à Saúde.



3. Objetivo geral

Implantar e/ou fortalecer o CAPS I no município, garantindo atendimento integral e humanizado às pessoas com transtornos mentais, promovendo a reabilitação psicossocial e a inclusão social.

3-CENTRO DE ATENDIMENTO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

1. Apresentação

O Centro de Atendimento à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um serviço especializado voltado ao acolhimento, diagnóstico, acompanhamento e reabilitação de pessoas com autismo, promovendo cuidado integral, humanizado e interdisciplinar.

O serviço tem como foco garantir o desenvolvimento das habilidades cognitivas, sociais e comportamentais, contribuindo para a inclusão social e melhoria da qualidade de vida dos usuários e suas famílias.

2. Justificativa

O aumento da prevalência de casos de Transtorno do Espectro Autista tem gerado maior demanda por serviços especializados nos municípios. A



ausência de atendimento estruturado dificulta o diagnóstico precoce e compromete o desenvolvimento das crianças e adolescentes.

A implantação do Centro visa:

- Ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento;
- Reduzir filas de espera;
- Ofertar atendimento multiprofissional especializado;
- Apoiar famílias e cuidadores;
- Fortalecer a rede de atenção à saúde e educação inclusiva.

3. Objetivo geral

Implantar um Centro de Atendimento ao Autista no município, garantindo assistência integral e especializada às pessoas com TEA.

4. Objetivos específicos

- Realizar diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo;
- Ofertar terapias especializadas;
- Promover o desenvolvimento neuropsicomotor;
- Apoiar e orientar familiares;
- Articular ações com a rede de saúde, educação e assistência social;
- Favorecer a inclusão social e escolar.

5. PÚBLICO-ALVO



- Crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico ou suspeita de TEA;
- Familiares e cuidadores.

6. ESTRUTURA NECESSÁRIA

6.1 Estrutura Física

- Salas de atendimento individual;
- Sala de terapia ocupacional;
- Sala de psicologia;
- Espaço para fonoaudiologia;
- Sala de integração sensorial;
- Área para atividades em grupo;
- Espaço de acolhimento às famílias;
- Área administrativa.

9- CONTROLE SOCIAL

O controle social é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, garantindo a participação da população na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde. Esse processo fortalece a democracia e contribui para que as ações de saúde atendam às reais necessidades da comunidade.

No município de Presidente Sarney, o controle social é exercido



principalmente por meio do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências de Saúde, espaços onde gestores, profissionais e usuários discutem, avaliam e propõem melhorias para os serviços de saúde.

Por meio desses mecanismos, a população pode acompanhar a aplicação dos recursos públicos, avaliar a qualidade dos serviços prestados e participar das decisões relacionadas ao planejamento e à execução das ações de saúde. Além disso, o controle social contribui para a transparência da gestão e para o fortalecimento das políticas públicas.

O Conselho Municipal de Saúde tem como principal missão garantir a efetiva participação da sociedade na gestão do SUS. Entre suas competências estão

- : • Formular e propor diretrizes para a política municipal de saúde;
- Realizar as Conferências municipais de saúde ;
- Acompanhar e avaliar a execução das ações e serviços de saúde;
- Deliberar sobre planos, programas e relatórios de gestão;
- Apreciar e aprovar a proposta orçamentária da saúde;
- Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros destinados ao setor;
- Acompanhar os indicadores de saúde e sugerir melhorias

O CMS desempenha um papel essencial na promoção da transparência e do controle social, atuando como fiscalizador da execução orçamentária e financeira do setor saúde.

A composição obedece ao critério de paridade e representatividade dos segmentos, distribuída da seguinte forma:

- 50% de representantes dos usuários do SUS ;
- 25% de representantes dos trabalhadores da saúde ;
- 25% de representantes do governo municipal e dos prestadores de



serviços conveniados ao SUS

O fortalecimento contínuo do Conselho, por meio da capacitação de seus membros, da realização de conferências municipais e da ampliação dos canais de escuta social, é fundamental para consolidar um SUS mais participativo, eficiente e sensível às reais demandas da população.

A prestação de contas do Departamento Municipal de Saúde constitui um importante instrumento de transparência, controle social e responsabilidade na gestão dos recursos públicos, conforme preconizado pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

10-PROGRAMAS MUNICIPAIS

10.1-Bebe Pimentinha



O município de Presidente Sarney, localizado na região da Baixada Maranhense, enfrenta desafios históricos relacionados à saúde materna. Entre os principais problemas identificados estão:

- Início tardio do pré-natal;
- Número insuficiente de consultas durante a gestação;
- Dificuldade de acesso aos serviços especializados;
- Baixo nível de informação das gestantes sobre sinais de risco;
- Vulnerabilidade social, com famílias em situação de pobreza;
- Alto índice de encaminhamentos com complicações ;
- Falhas no acompanhamento no puerpério.

Esses fatores contribuíam para o aumento do risco de complicações como hipertensão gestacional, hemorragias, infecções puerperais e outras causas evitáveis de mortalidade materna.

Diante desse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde identificou a necessidade de fortalecer a atenção básica, promover educação em saúde e garantir acompanhamento contínuo das gestantes como estratégia fundamental para reduzir óbitos maternos e melhorar os indicadores de saúde.

Para reduzir a mortalidade materna e melhorar a qualidade da assistência pré-natal, o projeto estruturou um conjunto de práticas estratégicas voltadas à identificação precoce de riscos, ampliação da assistência especializada , fortalecimento do cuidado contínuo e Contratação de médico obstetra. O município fortaleceu a rede assistencial com a contratação de um médico obstetra para:

- Realizar consultas especializadas;
- Avaliar gestantes de alto risco;
- Acompanhar casos com intercorrências;



- Apoiar tecnicamente a equipe da Atenção Básica.

2- objetivo Geral

reduzir a mortalidade materna e infantil por meio da identificação precoce, estratificação de risco e acompanhamento sistemático das gestantes classificadas como alto risco, garantindo encaminhamento oportuno e monitoramento compartilhado entre Atenção Primária à Saúde (APS) e serviços especializados.

Eixo Temático -Atenção nas Linhas de Cuidado

3-DESCRIÇÃO -METODOLOGIA

Trata-se de uma intervenção organizacional implementada na APS, com implantação de protocolo de estratificação de risco, captação precoce da gestante até a 12ª semana, agenda prioritária para casos de risco, monitoramento mensal nominal das gestantes, busca ativa de faltosas, realização de exames preconizados, testes rápidos e articulação direta com a referência para pré-natal de alto risco. Foram realizadas reuniões periódicas de matriciamento entre equipes, acompanhamento via e-SUS e monitoramento de indicadores por meio do SIM e SINASC.

4-RESULTADOS

Educação e Empoderamento das Gestantes

✓ Rodas de conversa e grupos educativos



Temas abordados:

- Sinais de risco na gestação;
- Importância do pré-natal completo;
- Planejamento do parto;
- Cuidados no pós-parto.

✓ Fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde

A escuta qualificada aumentou a confiança e adesão ao acompanhamento.

- Maior detecção precoce de hipertensão gestacional;
- Redução de encaminhamentos tardios;
- Aumento do número de consultas realizadas;
- Melhor controle de gestantes com comorbidades;
- Diminuição de complicações evitáveis.

A implementação do Projeto “Bebê Pimentinha” representa uma resposta estratégica e necessária frente aos desafios relacionados à mortalidade materna no município. Entretanto, uma análise crítica permite identificar avanços, limitações e pontos de aprimoramento para garantir sustentabilidade e maior impacto.

5-APRENDIZADOS E ANALISE CRITICA

✓ Fortalecimento da Atenção Primária

O foco na captação precoce e no acompanhamento sistemático reforça o papel central da Atenção Básica como ordenadora do cuidado, contribuindo para prevenção de agravos evitáveis.



✓ Identificação precoce do alto risco

A classificação de risco no início do pré-natal possibilitou intervenções oportunas, reduzindo atrasos no diagnóstico de complicações como síndromes hipertensivas e infecções.

✓ Ampliação da equipe com obstetra

A contratação de profissional especializado aumentou a resolutividade local e reduziu dependência exclusiva de referências externas.

✓ Trabalho multiprofissional

A atuação integrada entre médico, enfermeira e agentes comunitários fortaleceu o cuidado contínuo e o vínculo com as gestantes.

Conclui-se que a organização do pré-natal de alto risco, com monitoramento ativo e integração entre níveis de atenção, é estratégia essencial para qualificar o cuidado materno-infantil e contribuir para a redução de óbitos evitáveis no território.

10.2-VACINA EM TODO CANTO

A vacinação é reconhecida mundialmente como uma das principais estratégias de prevenção de doenças imunopreveníveis, contribuindo significativamente para a redução da morbimortalidade e para o controle de surtos e epidemias. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) organiza o calendário vacinal e garante o acesso gratuito às vacinas em todo o território nacional. Entretanto, em territórios socialmente vulneráveis, como comunidades quilombolas, ainda persistem desafios relacionados à cobertura vacinal, associados a fatores como barreiras geográficas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, desinformação e hesitação vacinal. Diante desse



contexto, foi desenvolvido o projeto “Vacina em Todo Canto”, no município de Presidente Sarney, Maranhão, com o objetivo de ampliar a cobertura vacinal em comunidades quilombolas por meio de estratégias territoriais de educação em saúde e busca ativa. Trata-se de relato de experiência baseado em abordagem de pesquisa-ação realizada entre agosto e dezembro de 2025. anos de 2024 e 2025 junto à Secretaria Municipal de Saúde, seguido da identificação das principais barreiras de acesso nos territórios quilombolas.

Posteriormente foram desenvolvidas ações de vacinação itinerante, rodas de conversa, campanhas educativas e atividades de escuta ativa com a população, além de mobilização das equipes da Estratégia Saúde da Família para intensificação da busca ativa e atualização do calendário vacinal. Os resultados evidenciaram melhoria nos indicadores de cobertura vacinal, especialmente entre crianças a partir de um ano de idade, cuja cobertura passou de 58% em 2024 para 78% em 2025. As ações também contribuíram para ampliar o diálogo entre equipes de saúde e comunidades, fortalecendo a confiança nas estratégias de imunização. A experiência demonstrou que intervenções territorializadas, baseadas na educação em saúde, na escuta qualificada e na atuação itinerante das equipes, constituem estratégias importantes para ampliar o acesso à vacinação e promover a equidade em saúde em comunidades quilombolas.

10.3-CUIDADO INTERPROFISSIONAL À CRIANÇAS NEURODIVERGENTES E MÃE ATÍPICAS

A Atenção Primária à Saúde desempenha papel central na coordenação do cuidado e no acompanhamento longitudinal das condições crônicas e do



neurodesenvolvimento. No território da ESF Rita Cleudes, identificou-se fragilidade no cuidado interprofissional das crianças neurodivergentes e mães atípicas, caracterizada por dificuldades de acesso, comunicação fragmentada e ausência de sistematização do acompanhamento.

A ausência de instrumento organizado para monitoramento das consultas e encaminhamentos dificultava a continuidade do cuidado e a articulação entre os profissionais, impactando diretamente na qualidade da assistência ofertada às famílias. O Plano de Melhoria foi desenvolvido conforme as fases da Metodologia Ativa APS: engajamento, identificação do problema, definição de objetivos, construção de ideias, planejamento, aplicação, avaliação e ação.

Foi constituída equipe multiprofissional com reuniões quinzenais para discussão de casos e acompanhamento das metas. As principais ações implementadas foram:

- Inclusão do enfermeiro no grupo de WhatsApp das mães atípicas para comunicação direta e orientações;
- Elaboração de fluxograma de acolhimento específico para crianças neurodivergentes;
- Criação do Livro de Acompanhamento das Crianças Neurodivergentes para registro sistematizado de consultas e plano terapêutico;
- Produção e distribuição de folders informativos;
- Organização de cronograma de atendimentos multiprofissionais;
- Realização de três encontros coletivos com atividades lúdicas, rodas de conversa, entrega de brinquedos e atendimentos com psiquiatra e psicóloga.

A experiência demonstrou que a reorganização do processo de trabalho, aliada à participação ativa das famílias, é capaz de produzir mudanças

significativas na qualidade do cuidado ofertado na APS. A criação do Livro de Acompanhamento consolidou-se como ferramenta estratégica para garantir continuidade, integralidade e monitoramento dos indicadores assistenciais. A inclusão da liderança das mães atípicas na equipe de melhoria configurou inovação relevante, promovendo responsabilização e aproximação com os princípios do cuidado centrado na família. Como desafios, destacam-se a necessidade de atualização contínua dos registros, manutenção do engajamento da equipe e sustentabilidade das ações ao longo do tempo.

