



PREFEITURA DE
MARECHAL FLORIANO

Secretaria Municipal de Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026 - 2029



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

PREFEITO DE MARECHAL FLORIANO

Antônio Lidiney Gobbi

VICE-PREFEITO DE MARECHAL FLORIANO

Paulo Lovatti Junior

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Maria Arlete Novaes Moraes Silva

SUBSECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fabiana Evald

EQUIPE TÉCNICA

Instituída pela Portaria Municipal nº 915, de 15 de maio de 2025.

- Maria Arlete Novaes Moraes Silva – Coordenador do GT;
- Gisele Mara Nalesso Mees – Técnico municipal participante do Curso de Capacitação em Planejamento Estratégico e Gestão Municipal do SUS e da Comissão de Planejamento, Monitoramento, Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde;
- Lisiany Cristina Costa Nakahara – Técnico municipal participante do Curso de Capacitação em Planejamento Estratégico e Gestão Municipal do SUS e membro da Comissão de Planejamento, Monitoramento, Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde;
- Elissa Orlandi – Técnico municipal representante da Comissão de Planejamento, Monitoramento, Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde;
- Ellen Aparecida Favero – Representante da Atenção Primária a Saúde;
- Júlia Krohling Pereira – Representante da Regulação;
- Ariane de Assis Fazolo – Representante do Serviço de Urgência e Emergência;
- Cynthia Nitz Wille – Representante da Farmácia Básica;
- Mariana Uliana Kiefer – Representante da Vigilância Epidemiológica;
- Sandra Maria de Souza – Representante da Vigilância Sanitária;
- Thalita Iastro Douro – Representante da Vigilância Ambiental;
- Wantuil Carlos Simon - Representante do FMS;
- Cassiana Carminati – Representante da Tesouraria da Saúde;
- Thaynara Silva Rhein – Representante do Setor de Compras;
- Ivanilda Silva de Andrade – Representante do Faturamento;
- Anderson Caetano da Rocha – Representante do Conselho Municipal de Saúde.



PREFEITURA DE
MARECHAL FLORIANO
Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal

Rua David Canal, 57
Centro – Marechal Floriano – ES
CEP: 29.255-000
Tel.: (27) 3288-1111 / (27) 3288-1331

Secretária Municipal de Saúde

Rua Belarmino Pinto, s/nº
Centro - Marechal Floriano – ES
CEP: 29.255-000
Tel.: (27) 93618-4190

SUMÁRIO

1.	Apresentação.....	15
2.	Análise da Situação de Saúde.....	19
2.1	Características Gerais do Município.....	19
2.2	Aspectos Geográficos.....	20
2.3	Aspectos Culturais.....	20
2.4	Aspectos Socioeconômicos.....	21
2.5	Aspectos Demográficos.....	22
2.6	Aspectos Educacionais.....	25
2.7	Condições de Moradia.....	26
2.8	Condições de Saúde.....	27
2.8.1	Natalidade.....	27
2.8.2	Mortalidade.....	28
2.8.3	Morbidade Hospitalar.....	32
2.9	Capacidade Instalada do Sistema Municipal de Saúde.....	34
2.9.1	Infraestrutura, Equipamento e Tecnologias.....	35
2.9.2	Profissionais do SUS Municipal.....	36
2.10	Organização do Sistema Municipal de Saúde.....	37
3.	Produção Ambulatorial.....	45
3.1	Produção Ambulatorial da APS.....	45
3.2	Produção Ambulatorial da AAE.....	71
3.3	Análise do Absenteísmo na APS e na AAE.....	74
3.4	Produção da Vigilância em Saúde.....	76
3.5	Assistência Farmacêutica.....	84
4.	Gestão de Saúde.....	87
4.1	Fundo Municipal de Saúde.....	87
4.2	Financiamento do SUS.....	88
4.3	Execução Orçamentária.....	90
4.4	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.....	94
4.5	Ouvidoria do SUS.....	95
4.6	Participação Complementar.....	95
5.	Participação social.....	97
6.	Monitoramento e Avaliação.....	99
7.	Considerações Finais.....	101
8.	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.....	103
9.	Referências.....	121
	Anexo I – Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano-ES.....	127
	Anexo II – Resolução nº 206/2025 do CMS.....	145



PREFEITURA DE
MARECHAL FLORIANO
Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Objetivos do desenvolvimento sustentável no Brasil.....	16
Figura 2	Modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead.....	17
Figura 3	Distritos e principais comunidades do município de Marechal Floriano/ES.....	20
Figura 4	Comparação das pirâmides etárias dos censos de 2022, 2010 e 2000.....	24
Figura 5	Condições de moradia.....	27
Figura 6	Escala de Coelho-Savassi.....	50
Figura 7	Cobertura vacinal de residentes de Marechal Floriano em março de 2025.....	81
Figura 8	Receitas e despesas liquidadas computadas no mínimo constitucional em 2024.....	90
Figura 9	Receitas adicionais para o financiamento da saúde não computadas no cálculo do mínimo em 2024.....	91
Figura 10	Receitas e despesas totais em 2024.....	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Identificação do cidadão por raça/cor pelo censo do IBGE de 2022.....	24
Gráfico 2	Taxa de alfabetização por grupos de idade.....	25
Gráfico 3	Percentual de servidores da Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2025 por forma de contratação.....	37
Gráfico 4	Percentuais liquidados em 2024 na subfunção 301 por elemento de despesa.....	92
Gráfico 5	Percentuais liquidados em 2024 na subfunção 302 por elemento de despesa.....	92
Gráfico 6	Percentuais liquidados em 2024 na subfunção 303 por elemento de despesa.....	93
Gráfico 7	Percentuais liquidados em 2024 na subfunção 304 por elemento de despesa.....	93
Gráfico 8	Percentuais liquidados em 2024 na subfunção 305 por elemento de despesa.....	94
Gráfico 9	Percentuais liquidados em 2024 na subfunção 122 por elemento de despesa.....	94
Gráfico 10	Percentual de recurso próprio investido na saúde pelo município entre 2020 e 2024.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Elenco de medicamentos da REMUME do município de Marechal Floriano – farmácia básica municipal.....	84
Quadro 2	Contas bancárias de repasses ordinários do fundo municipal de saúde em julho de 2025.....	87
Quadro 3	Repasses de recursos federais realizados pelo fundo nacional de saúde.....	88
Quadro 4	Composição do CMS de Marechal Floriano no biênio de 2024-2025.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Índice de desenvolvimento humano municipal.....	22
Tabela 2	Série histórica da estimativa da população residente de Marechal Floriano.....	22
Tabela 3	Estimativa da população residente de Marechal Floriano para o ano de 2024, por faixa etária e sexo.....	23
Tabela 4	Total de alunos matriculados em agosto de 2024.....	25
Tabela 5	Nascidos vivos por sexo em números absolutos e taxa de natalidade entre os anos de 2020 e 2024.....	28
Tabela 6	Mortalidade geral por sexo em números absolutos e taxa de mortalidade entre 2020 e 2024.....	29
Tabela 7	Óbitos por faixa etária em números absolutos entre 2020 e 2024.....	29
Tabela 8	Óbito por causas capítulos e ano do óbito em números absolutos entre 2020 e 2024.....	30
Tabela 9	Mortes prematuras (30-69 anos) em números absolutos entre 2020 e 2024.....	31
Tabela 10	Internações segundo sexo de residentes em números absolutos entre 2020 e 2024.....	32
Tabela 11	Internações segundo capítulo cid-10 em números absolutos entre 2020 e 2024.....	33

Tabela 12	Internações segundo faixa etária em números absolutos entre 2020 e 2024.....	34
Tabela 13	Estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES na competência de abril de 2025.....	35
Tabela 14	População cadastrada por equipe de Saúde da Família em 30/04/2025.....	38
Tabela 15	Número de consultas e procedimentos dos profissionais da APS entre os anos de 2020 e 2024.....	45
Tabela 16	Número de exames solicitados e avaliados por médicos e enfermeiros das eSF em números absolutos e percentual de exames avaliados entre 2020 e 2024.....	46
Tabela 17	Problema/condição avaliada por profissionais da APS com o CID Z.76.0 entre os anos de 2020 e 2024.....	46
Tabela 18	Tipo de consulta do cirurgião dentista em números absolutos e percentuais entre 2020 e 2024.....	47
Tabela 19	Distribuição da população cadastrada no e-SUS APS por sexo e faixa etária em abril de 2025.....	47
Tabela 20	Motivo da visita do ACS em números absolutos e percentual entre 2020 e 2024.....	49
Tabela 21	Ações do PSE e quantidade de participantes em números absolutos nos anos de 2023 e 2024.....	51
Tabela 22	Tipo de atendimento por categoria profissional para crianças menores de 1 ano na eSF em números absolutos entre 2020 e 2024.....	52
Tabela 23	Tipo de atendimento por categoria profissional para crianças de 1 a 4 anos na eSF em números absolutos entre 2020 e 2024.....	53
Tabela 24	Tipo de atendimento por categoria profissional para crianças de 5 a 9 anos na eSF em números absolutos entre 2020 e 2024.....	53
Tabela 25	Tipo de atendimento por categoria profissional para população de 10 a 19 anos em números absolutos entre 2020 e 2024.....	54
Tabela 26	Tipo de atendimento por categoria profissional para população feminina de 20 a 59 anos em números absolutos entre 2020 e 2024.....	55
Tabela 27	Exames citopatológicos de colo uterino e mamografias por população alvo em números absolutos entre 2020 e 2024.....	56
Tabela 28	Nascidos vivos por tipo de parto em números absolutos e percentuais entre 2020-2024...	57
Tabela 29	Nascidos vivos por duração da gestação em números absolutos e percentuais entre 2020-2024.....	58
Tabela 30	Nascidos vivos por peso ao nascer em números absolutos e percentuais entre 2020-2024.....	58
Tabela 31	Nascidos vivos por idade da mãe em números absolutos e percentuais entre 2020-2024..	59
Tabela 32	Nascidos vivos por número de consultas de pré-natal em números absolutos e percentuais entre 2020-2024.....	60
Tabela 33	Óbitos de menores de um ano em números absolutos e taxa de mortalidade infantil entre 2020 e 2024.....	61
Tabela 34	Óbitos de mulheres em idade fértil por faixa etária em números absolutos entre 2020 e 2024.....	61
Tabela 35	Óbitos de mulheres em idade fértil por causa capítulo em números absolutos entre 2020 e 2024.....	62
Tabela 36	Tipo de atendimento por categoria profissional para população masculina de 20 a 59 anos em números absolutos entre 2020 e 2024.....	63
Tabela 37	Tipo de atendimento por categoria profissional para população acima de 60 anos em números absolutos entre 2020 e 2024.....	65
Tabela 38	Pessoa com deficiência autodeclarada no cadastro individual por tipo de deficiência em números absolutos em 2024.....	66
Tabela 39	Pessoas com doença crônica autodeclarada no cadastro individual em números absolutos em 2024.....	67

Tabela 40	Procedimentos relacionados a pessoas com doenças crônicas na APS em números absolutos entre 2020 e 2024.....	68
Tabela 41	Exames solicitados e avaliados de hemoglobina glicada pela eSF em números absolutos entre 2020 e 2024.....	68
Tabela 42	Atividades coletivas para pessoas com doenças crônicas em números absolutos entre 2020 e 2024.....	69
Tabela 43	Beneficiários do programa bolsa família em números absolutos e percentuais de cobertura de beneficiários acompanhados nos anos de 2023 e 2024.....	70
Tabela 44	Consultas médicas em atenção especializada em números absolutos entre 2020 e 2024...	71
Tabela 45	Consultas de profissionais de nível superior (exceto médicos) na AAE em números absolutos entre 2020 e 2024.....	72
Tabela 46	Exames de apoio diagnóstico em números absolutos entre 2020 e 2024.....	73
Tabela 47	Procedimentos realizados pelo serviço de urgência e emergência em números absolutos entre os anos de 2020 e 2024.....	74
Tabela 48	Total de deslocamentos de pacientes e acompanhantes realizados pelo serviço de transporte sanitário municipal entre 2020 e 2024.....	74
Tabela 49	Absenteísmo na APS entre 2023 e 2024.....	75
Tabela 50	Absenteísmo na AAE entre 2023 e 2024.....	75
Tabela 51	Ações desenvolvidas pela vigilância ambiental entre 2020 e 2024.....	76
Tabela 52	Ações desenvolvidas pela vigilância epidemiológica entre 2020 e 2024.....	78
Tabela 53	Casos confirmados de doenças de notificação compulsória em números absolutos entre 2020 e 2024.....	79
Tabela 54	Ações e procedimentos realizados pelo CTA entre os anos de 2020 e 2024.....	82
Tabela 55	Ações desenvolvidas pela vigilância sanitária entre os anos de 2020 e 2024.....	82
Tabela 56	Notificações de acidentes de trabalho e de doenças relacionadas ao trabalho entre 2020 e 2024.....	83
Tabela 57	Quantidade de medicamentos dispensados entre 2020 e 2024.....	84



PREFEITURA DE
MARECHAL FLORIANO
Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE SIGLAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção Primária em Saúde
ARFT - Autorregulação Formativa Territorial
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BANESTES – Banco do Estado do Espírito Santo
BFAF – Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEASA – Central de Abastecimento do Espírito Santo
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEF – Caixa Econômica Federal
CF - Constituição Federal
CGIAE – Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10 edição
CIM PEDRA AZUL – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião Sudoeste Serrana
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Cartão Nacional do SUS
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DANTs - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DASNT - Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis
DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDA – Doença Diarreica Aguda
DENASUS – Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde
DIGISUS / DGMP – Sistema Digital dos Instrumentos de Planejamento / DigiSUS Gestor Módulo Planejamento
DM - Diabetes Mellitus
DOMI - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRT – Doenças Relacionadas ao Trabalho
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
EC – Emenda Constitucional
ERF Coelho-Savassi - Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi
eSB - equipes de Saúde Bucal
eSF - equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
e-SUS APS – Sistema de Informação em Saúde e-SUS Atenção Primária a Saúde
e-SUS VS - Sistema de Informação em Saúde e-SUS Vigilância em Saúde
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GEAF - Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica
GM/MS – Portaria do Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
GT - Grupo de Trabalho
GUT – Gravidade, Urgência e Tendência
H1N1 – Subtipo específico do vírus influenza A
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HBsAG – Antígeno de Superfície da Hepatite B
HCV – Vírus da Hepatite C
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HMAG - Hospital e Maternidade Dr. Arthur Gerhardt
HPV – Papilomavírus Humano
HTLV G – Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
IAMASE – Instituto de Apoio ao Meio Ambiente, Saúde e Esportes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEPi – Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IED - Índice de Equidade e Dimensionamento
IJSN – Instituto Jones dos Santos Neves
INCAPER - Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
HbA1c – Hemoglobina Glicada
HBV – Vírus da Hepatite B
HBsAg – Antígeno de Superfície da Hepatite B
HCV – Vírus da Hepatite C
HEJSN – Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves
HEP B – Hepatite B
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Papilomavírus Humano
HSCMV – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
HTLV - Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
LACEN - Laboratório Central do Estado do Espírito Santo
LCMI – Linha de Cuidado Materno-infantil
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
LOA - Lei Orçamentaria Anual
MEIs – Microempreendedores Individuais
MS – Ministério da Saúde
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAS - Programação Anual de Saúde
PBF - Programa Bolsa Família
PCD - Pessoas com Deficiência
PEA - População Economicamente Ativa
PERP – Programa Estadual de Registro de Preços
PES – Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMMF – Prefeitura Municipal de Marechal Floriano
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAISAJ - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNDCNT – Política Nacional de Doenças Crônicas não Transmissíveis
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PNR – Política Nacional de Regulação
PNSPCD - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PNSPI - Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PROATER - Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural
PSE - Programa Saúde na Escola
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAVS – Rede de Atenção e Vigilância em Saúde
RCI – Relatório de Cadastro Individual
RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REMEME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMI – Rede Materno Infantil
RREO - Relatório Resumido da Execução Orçamentária
SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEIDIGI – Secretaria de Informação e Saúde Digital
SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde
SERDIA - Serviço Especializado em Reabilitação para Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA)
SERP - Sistema Estadual de Registro de Preços
SESA-ES - Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
SIGTAP - Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISREG - Sistema de Regulação
SMS – Serviço de Mensagem Curta
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TABNET – Ferramenta de tabulação para análise de dados do SUS
TEA – Transtorno do Espectro Autista
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UBS - Unidade Básica de Saúde
VE – Vigilância Epidemiológica
Vigiágua – Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VRDL – Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (Venereal Disease Research Laboratory)



PREFEITURA DE
MARECHAL FLORIANO
Secretaria Municipal de Saúde

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Marechal Floriano de 2026-2029 apresenta diretrizes, objetivos e metas para a gestão da saúde para este período. Este plano estabelecerá intenções, fornecendo elementos para a coordenação, articulação, negociação, programação, acompanhamento, monitoramento, controle e avaliação dos serviços de saúde, qualificando as decisões do gestor municipal, possibilitando, desta forma, serviços de saúde mais resolutivos e humanizados, contribuindo para definir as políticas e a ampliação dos recursos, visando solucionar os problemas de saúde dos usuários e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem estar social da população.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um documento que reúne e organiza as propostas de ação do governo municipal para a área da saúde, oferecendo soluções relacionadas às necessidades e aos problemas da população local. É o instrumento central de planejamento para definição e implementação das prioridades no âmbito da saúde do município e estabelece as diretrizes, os objetivos e o conjunto de metas a serem alcançadas na área da saúde para os próximos quatro anos. Expressa o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal em busca da universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população. Norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde, tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

Planejar algo envolve estabelecer como o processo será feito e decidir as ações a serem executadas para alcançar os objetivos propostos.

O PMS tem como base os seguintes instrumentos normativos e legais: a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, principalmente nos artigos nº 196 a 200 [1]; a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [2]; o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa [3]; a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [4]; a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo [5]; e a Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde [6].

As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 estão em conformidade com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). Trata-se de uma agenda de ação até 2030, com 17 Objetivos e 169 metas construídas sobre o legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O ODS visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Abrange os principais temas de saúde, incluindo saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental, acidentes de trânsito, cobertura universal de saúde, saúde ambiental e fortalecimento dos sistemas de saúde (figura 1) [7].

Figura 1 - OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO BRASIL.



Fonte: ONU, 2025.

Além disso, a elaboração da DOMI também considera os determinantes sociais da saúde (DSS). O modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead considera fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam a saúde de indivíduos e populações. Esses fatores abrangem as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, afetando sua saúde de maneira positiva ou negativa. Os DSS são associados ao conceito de equidade em saúde porque impactam de forma diferente, e muitas vezes injusta, a saúde de pessoas, grupos sociais e comunidades e suas possibilidades de acesso à proteção e ao cuidado à vida (figura 2).

Grande parte das doenças decorre das situações em que se nasce, vive, estuda, trabalha, e até se diverte. Este conjunto de condições, identificado como determinantes sociais da saúde (DSS) e principais responsáveis por gerar diferenças sistemáticas segundo diversos grupos populacionais, encontram-se na essência das desigualdades de saúde. No contexto de profundos problemas sociais do país, é difícil discutir questões sanitárias sem considerar as desigualdades presentes, e seus reflexos são evidentes nas condições de vida e moradia [8].

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

A determinação dos determinantes sociais de saúde (DSS) é crucial para o planejamento de saúde municipal, pois permite identificar e abordar as causas profundas das desigualdades em saúde, direcionando ações mais eficazes e equitativas. A compreensão dos DSS orienta a alocação de recursos, a elaboração de políticas públicas e a implementação de programas de saúde mais adequados às necessidades específicas de cada comunidade.

Figura 2 - MODELO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL PROPOSTO POR DAHLGREN E WHITEHEAD.



Fonte: SUCUPIRA, ET AL., 2014 [8].

Além dos determinantes sociais de saúde outro evento que deve ser considerado são as doenças e agravos à saúde relacionados às emergências climáticas. A emergência climática tem impactos significativos e crescentes na saúde humana, abrangendo desde doenças relacionadas ao calor e à proliferação de vetores, como dengue, zika, chikungunya e oropouche, até problemas respiratórios decorrentes da poluição atmosférica e da fumaça de queimadas, além de agravos à saúde mental associados a situações de perda, deslocamento forçado e insegurança social. A segurança alimentar também é afetada, uma vez que secas e enchentes comprometem a produção agrícola e a disponibilidade de água potável, aumentando o risco de desnutrição e doenças transmitidas por alimentos contaminados. A intensificação de eventos climáticos extremos, como ondas de calor, inundações, secas e tempestades, agrava condições preexistentes, pressiona os sistemas de saúde e cria ameaças à saúde pública, especialmente para grupos mais vulneráveis, como crianças, idosos, gestantes, pessoas em situação de pobreza e populações residentes em áreas de risco [9].

Este plano foi elaborado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a comunidade, por meio da 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada no dia 04/07/2025 com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: Fortalecendo o SUS”. O relatório com as propostas encontra-se no Anexo I.

O PMS apresenta a análise da situação de saúde do município, proporcionando informações gerais das condições em que vive a população Florianense, em que estão apresentados os principais indicadores demográficos, de morbimortalidade, de estrutura e acesso. Os serviços assistenciais de saúde estão apresentados pela forma como estão organizados partindo principalmente da base do sistema ofertado à população, desde os serviços públicos até os contratados pelo SUS. Também estão contempladas as ações da Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Regulação dos Setores de Especialidades, do Serviço de Urgência e Emergência, entre outros.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O planejamento das ações de saúde de um território deve ser realizado a partir do levantamento de informações que possibilitem uma visão do conjunto da população residente. Essa análise permite caracterizar a população de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e políticas além do perfil de saúde-doença da população, incluindo os agravos e problemas de saúde, assim como seus determinantes. O objetivo da análise situacional é promover uma reflexão das necessidades de saúde da população e orientar para a definição das políticas de saúde para o próximo quadriênio.

O principal objetivo ao realizar uma análise da situação de saúde e condições de vida de uma população é o de saber como ela vive, adoece e morre em determinado lugar e situação. Através de uma avaliação do diagnóstico socio sanitário do território, consegue-se perceber a identificação de problemas e necessidades a serem enfrentados e potencialidades locais, para tomadas de decisão adequadas para solução do enfrentamento dos riscos.

2.1 Características Gerais do Município

A bucólica Marechal Floriano, localizada no estado do Espírito Santo, teve sua colonização iniciada em meados do século XIX. Por entre os vales e montanhas da região serrana do Espírito Santo, alemães e italianos fixaram suas residências, fugindo das guerras que devastaram a Europa.

A cidade era chamada de Braço Sul, devido ao braço sul do Rio Jucu que corta o município, e em 13 de maio de 1900, a Vila Braço Sul recebeu seu nome atual, Marechal Floriano, sendo uma homenagem do ex-governador José de Melo Carvalho Muniz Freire ao Vice-Presidente da República Marechal Floriano Peixoto, que visitou a localidade na inauguração da Rede Ferroviária Leopoldina Railway.

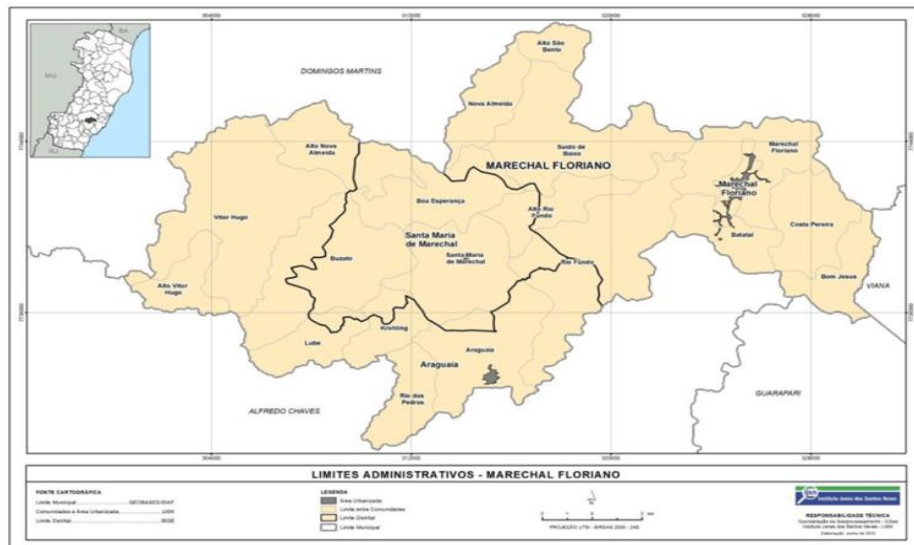
Em 31 de outubro de 1991, o município foi emancipado de Domingos Martins pela Lei Estadual nº. 4571/91, dando início a uma nova fase de desenvolvimento. Nesta ocasião, ganhou o apelido de “Cidade das Orquídeas” devido a grande quantidade de espécies existentes nas matas do município.

Segundo informações constantes no site da Prefeitura Municipal de Marechal Floriano, o município tem 04 distritos e 15 principais comunidades (figura 3):

- a) Sede: inclui as seguintes comunidades: Batatal, Costa Pereira, Bom Jesus, Rio Fundo, Alto Rio Fundo, Soído de Baixo e Nova Almeida. Recentemente foi criada a comunidade de Frei Galvão que não consta no mapa.
- b) Santa Maria de Marechal: inclui as seguintes comunidades: Santa Maria de Marechal e Boa Esperança.
- c) Araguaia: inclui as seguintes comunidades: Araguaia, Alto Victor Hugo e Alto Nova Almeida e Rio das Pedras.
- d) Victor Hugo: inclui a comunidade de mesmo nome.

Marechal Floriano faz parte da Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo que é composta por 23 municípios. A Região Metropolitana teve uma população estimada pelo IBGE em 2024 de 2.441.683 pessoas, no qual Marechal Floriano corresponde a 0,76% da população da região. Em relação a população do Estado, esta teve a estimativa de 2024 de 4.102.129 habitantes, no qual Marechal Floriano corresponde a 0,45% da população do Estado.

Figura 3 - DISTRITOS E PRINCIPAIS COMUNIDADES DO MUNICÍPIO DE MARECHAL FLORIANO/ES.



Fonte: PROATER, INCAPER, ES, 2020 [10].

2.2 Aspectos Geográficos

Marechal Floriano está localizado na latitude 40°58'80" S e longitude 20°24'46" W, possui uma área de unidade territorial 285,495 km² e uma altitude média de 544 m. O município está na região sudoeste serrana do Estado do Espírito Santo e o centro da cidade está às margens do km 45 da BR 262. Os limites geográficos estão ao norte e a oeste com Domingos Martins, ao Sul com Alfredo Chaves e Guarapari e ao leste com Viana. Está inserido na Bacia Hidrográfica do Rio Jucu [10].

De acordo com a última atualização da Classificação Climática de Köppen e Geiger, a cidade de Marechal Floriano está classificada com o clima do tipo temperado quente, com temperaturas amenas durante a maior parte do ano e sem estação seca no inverno. A temperatura varia entre 9,3°C a 28°C, sendo a média do mês mais quente inferior a 22°C e a do mês mais frio inferior a 18°C. A média anual de precipitação no é de 1.592,3 mm, sendo sazonalmente dividido em dois períodos: um chuvoso, entre os meses de outubro a abril, com um total de 1.251,7 mm, o que corresponde a 78,6% do total acumulado anual e um período menos chuvoso entre os meses de maio a setembro, com um total de 340,6 mm que corresponde a 21,4% do total [10].

O município possui 45,5% da área coberta com remanescentes de Mata Atlântica perfazendo 10.296 ha de mata nativa. O restante da vegetação é formado por pastagens, plantio de café, culturas permanentes e temporárias. A principal fonte hídrica é o Braço-Sul do Rio Jucu e seu afluente Rio Fundo [10].

2.3 Aspectos Culturais

O Município de Marechal Floriano foi colonizado principalmente por famílias de imigrantes alemães e posteriormente os italianos, vindos de Viana, Santa Isabel (Domingos Martins) e Araguaia (Alfredo Chaves). Os aspectos culturais são predominantemente de origem alemã e italiana. Tais aspectos manifestam-se nos costumes alimentares, música, arquitetura, dança, entre outros.

Os descendentes desses europeus estão espalhados por todo o município. Alguns distritos têm maiores concentrações de alemães como Santa Maria, Rio Fundo, Boa Esperança, Soído de Baixo, Alto Nova Almeida; além de outros que têm grande concentração de descendentes de Italianos, como Araguaia, Rio das Pedras e Victor Hugo. Mas, basicamente, todo o município é composto por descendentes destes imigrantes.

2.4 Aspectos Socioeconômicos

Marechal Floriano apresenta uma economia diversificada, com destaque para o setor agrícola, que responde por aproximadamente 80% da produção de renda do município e emprega quase metade da população economicamente ativa. Em 2021, o PIB per capita foi de R\$ 30.156,14, indicando o nível médio de renda por pessoa na região [11].

O município de Marechal Floriano possui 28.600ha, com 10.296 ha de matas nativas, e mais de 90% da área municipal de terras acidentadas (Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural Proater 2011–2013 de Marechal Floriano).

Segundo os Dados do Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural Proater 2020 – 2023 de Marechal Floriano [9], as atividades econômicas do Município concentram-se em seu setor agropecuário, sendo que as principais atividades rurais, agrícolas e não agrícolas são:

- a) Avicultura - é a principal atividade do município produzindo cerca de 7.290.000 frangos de corte por ano, onde o município se destaca como 2º maior produtor de frangos de corte do estado.
- b) Horticultura - de grande importância econômica para o município com uma renda anual que gira em torno de 45 milhões de reais e ocupando pouco mais de 1000 hectares ao longo do ano cultivados por pequenos proprietários e meeiros, gerando renda familiar líquida em torno de dois salários-mínimos mensais (espécies produzidas são folhosas tais como alface, couve, temperos verdes e as olerícolas tais como tomate, pimentão, jiló, inhame, batata baroa, entre outros). Essas hortaliças são comercializadas na CEASA, em feiras livres, 22 grandes supermercados da capital e exportadas para outros estados (RJ, BH e BA).
- c) Cultura do café - com uma área de 3.400ha e uma produção de 75.000 sacas beneficiadas.
- d) Cultivo do eucalipto - mas que no momento está em declínio de produção devido aos custos elevados da mão de obra. Marechal é o município que tem a maior produtividade de madeira medido em metros/hectare/ano do estado do ES, e tem um posto de recebimento de madeira em produção de celulose onde grande parte da madeira produzida também é destinada para as serrarias que processam a madeira para diversos fins (caibros, paletes, caixaria, etc.) e uma indústria que processa as sobras da madeira do eucalipto para a fabricação de briquetes para uso nas caldeiras das indústrias.
- e) Piscicultura- apresentam uma produção anual de aproximadamente 100.000 Kg, onde a tendência é aumentar esta produção e comercialização.

Com relação ao PIB do município, o setor de comércio e serviços é o mais expressivo, contribuindo com 60,34% das atividades econômicas principais, seguido pela agropecuária com 27,11% e pela indústria com 12,55%. Além disso, os pequenos negócios têm grande importância, representando mais de 98% das empresas registradas e gerando mais de 50% dos empregos formais. Em 2025, o município conta com 2.234 empresas ativas, das quais 63,9% são Microempreendedores Individuais (MEIs).

No mercado de trabalho, há cerca de 12.208 pessoas na força de trabalho, das quais 4.660 estão empregadas em empregos formais, o que representa aproximadamente 38,2% do total. O salário médio mensal dos trabalhadores formais equivale a 1,7 salários-mínimos, colocando o município na 56ª posição no Espírito Santo nesse aspecto [11].

De acordo com dados da Coordenação de Estudos Sociais do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), em Marechal Floriano existe um total de 748 indivíduos em extrema pobreza, cuja renda per capita das famílias, entre os anos de 2015 e 2019, não era superior a R\$ 89,00. Deste total, cerca de 36,63% (274) residiam no meio rural [10].

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma ferramenta importante que mede o progresso dos municípios brasileiros em áreas essenciais para a qualidade de vida, como educação, saúde e renda. Ele permite uma avaliação mais detalhada das condições de vida em diferentes regiões, ajudando a identificar desigualdades e a orientar políticas públicas mais eficazes. Com o IDHM, é possível acompanhar o desenvolvimento social de forma mais precisa, promovendo ações que visam melhorar o bem-estar da população e reduzir as desigualdades entre os municípios. O IDHM é composto por três dimensões: longevidade (medida pela esperança de vida ao nascer), educação (medida pela escolaridade da população) e renda (medida pela renda per capita).

A tabela 1 apresenta o IDHM de Marechal Floriano ao longo das últimas décadas, sendo que em 2010 o valor foi de 0,710. Este valor coloca o município na faixa de Alto Desenvolvimento Humano, segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Além disso, ocupa 24ª posição entre os municípios do Espírito Santo [12].

Tabela 1 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL.

MUNICÍPIO	IDHM-1991	IDHM-2000	IDHM-2010
Marechal Floriano	0,410	0,585	0,710

Fonte: ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, PNDU. ACESSO EM 25/04/2025.

2.5 Aspectos Demográficos

A população de Marechal Floriano conforme o Censo de 2022 é de 17.641 habitantes [fonte].

Analisando a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total de habitantes para 2024 é de 18.743 [13].

A tabela 2 apresenta a série histórica de 2020 a 2024 da população residente estimada pelo IBGE. O objetivo dessa projeção do IBGE é fornecer aos usuários resultados que auxiliem em pesquisas, elaboração de indicadores e no processo de tomada de decisão da esfera pública e privada. Considerando a população do censo e a população estimada para 2024, observamos um aumento de 6,24% da população [13].

Tabela 2 - SÉRIE HISTÓRICA DA ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO RESIDENTE DE MARECHAL FLORIANO.

Ano	2020	2021	2022	2023	2024
População estimada	16.920	17.933	18.195	18.454	18.743

Fonte: ESTIMATIVAS PRELIMINARES ELABORADAS PELO MS/SVS/DASNT/CGIAE. DISPONÍVEL NO TABNET/DATASUS, ACESSO EM 24/04/2025.

A tabela 3 apresenta a estimativa da população residente para o ano de 2024 considerando faixa etária e sexo, no qual observa-se uma discreta maioria da população feminina [13].

Tabela 3 - ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO RESIDENTE DE MARECHAL FLORIANO PARA O ANO DE 2024, POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
De 0 a 4 anos	617	608	1225
De 5 a 9 anos	674	644	1318
De 10 a 14 anos	651	602	1253
De 15 a 19 anos	620	628	1248
De 20 a 24 anos	664	669	1333
De 25 a 29 anos	683	689	1372
De 30 a 34 anos	660	676	1336
De 35 a 39 anos	722	740	1462
De 40 a 44 anos	765	756	1521
De 45 a 49 anos	719	685	1404
De 50 a 54 anos	611	589	1200
De 55 a 59 anos	519	516	1035
De 60 a 64 anos	461	460	921
De 65 a 69 anos	385	387	772
De 70 a 74 anos	277	289	566
De 75 a 79 anos	159	197	356
De 80 anos ou mais	173	248	421
Total	9360	9383	18743
% da população	49,94%	50,06%	

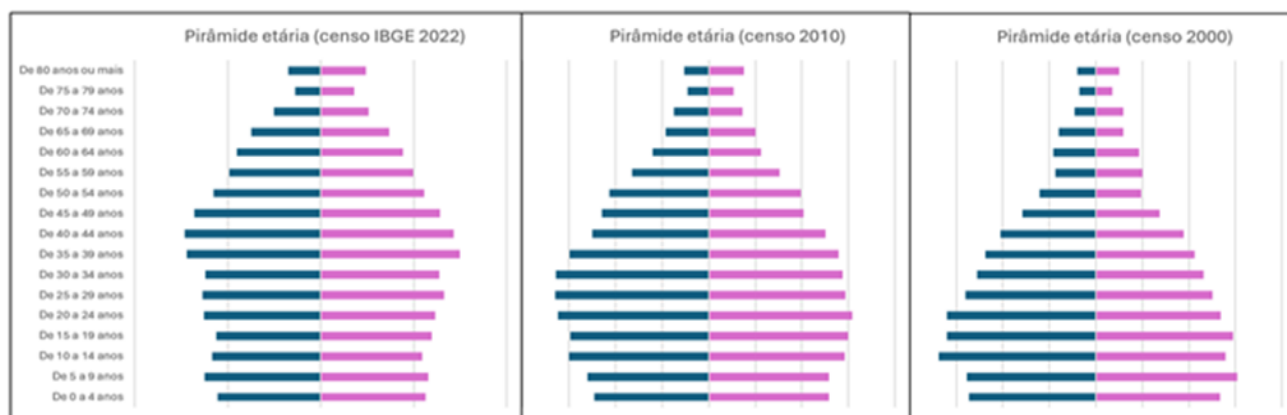
Fonte: ESTIMATIVAS PRELIMINARES ELABORADAS PELO MS/SVS/DASNT/CGIAE. DISPONÍVEL EM TABNET/DATASUS, ACESSO EM 25/04/2025.

A figura 4 apresenta a pirâmide etária do município considerando o censo dos anos de 2000, 2010 e 2022. A análise do gráfico indica que o corpo da pirâmide, que corresponde a população adulta, apresenta um leve alargamento em relação à base (população jovem) e ao topo (população idosa). Tal observação revela uma tendência na queda da taxa de natalidade e um aumento da população economicamente ativa (PEA) e da população idosa. Esse alargamento do topo da pirâmide também indica uma maior longevidade da população [13].

Considerando o índice de envelhecimento, o município apresenta um resultado de 55,7, ou seja, para cada 100 crianças e jovens existem 55 idosos na cidade. A participação crescente de idosos em relação aos jovens na

população reflete, principalmente, a redução da taxa de natalidade e o aumento da esperança de vida dos idosos.

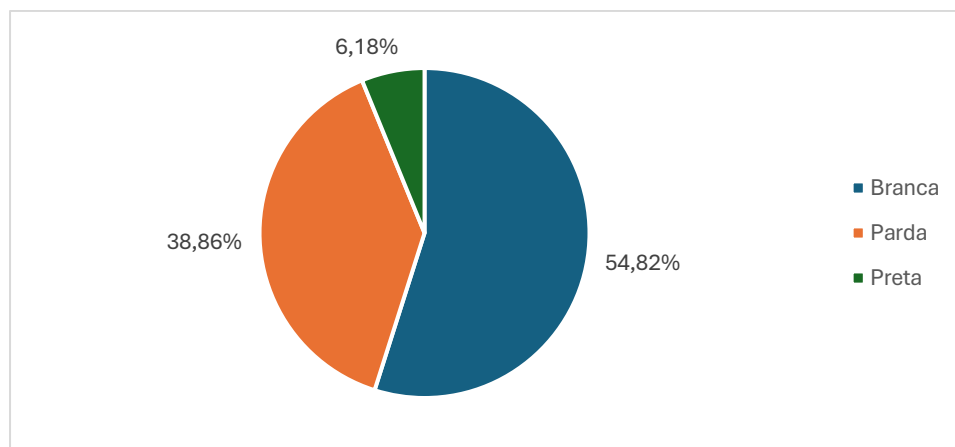
Figura 4 - COMPARAÇÃO DAS PIRÂMIDES ETÁRIAS DOS CENSOS DE 2022, 2010 E 2000.



Fonte: ESTIMATIVAS PRELIMINARES ELABORADAS PELO MS/SVS/DASNT/CGIAE. DISPONÍVEL EM TABNET/DATASUS, ACESSO EM 24/04/2025.

O gráfico 1 demonstra que a população é predominantemente branca, devido a característica da imigração [13]. De acordo com os dados do Censo do IBGE de 2022, a população do censo foi de 17.641 pessoas, dessas 9.670 (54,82%) se declararam brancas, 6.855 (38,86%) se declararam pardas e 1.090 (6,18%) se declararam pretas. Outros grupos somaram 26 pessoas, sendo 14 pessoas que se declararam amarelas e 12 que se declararam indígenas. O fato de o município apresentar a maioria da população de brancos ou pardos, que somam 93,67% da população, está diretamente relacionada com as origens da colonização da cidade. A prevalência de pessoas brancas predispõe essa população a riscos maiores de desenvolvimento de doenças relacionadas à pele, principalmente o câncer. Tal fato é agravado pela característica produtiva do município, uma vez que a agropecuária é uma das principais atividades econômicas, correspondendo a 27,11% do PIB do município [13].

Gráfico 1 - IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO POR RAÇA/COR PELO CENSO DO IBGE DE 2022.



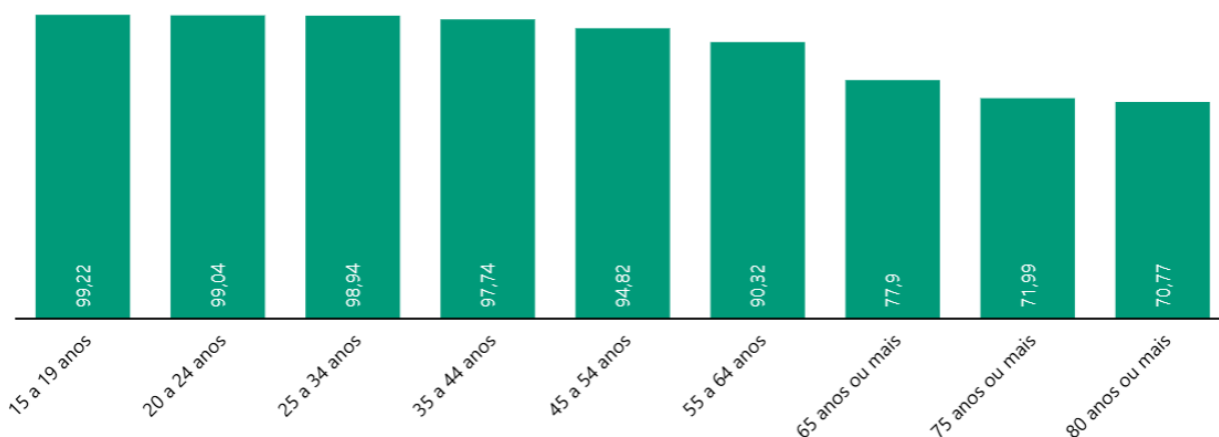
Fonte: IBGE, 2025.

2.6 Aspectos Educacionais

De acordo com o Censo do IBGE de 2022, o município tem uma taxa de alfabetização de 93,9%, ocupando a posição 1.634 no ranking de municípios do Brasil e a 19ª posição no ranking do Estado [11].

O gráfico 2 apresenta a taxa de alfabetização por grupos de idade, sendo possível observar que as taxas se mantêm superiores a 90% até o grupo de 55 a 64 anos de idade [11].

Gráfico 2 - TAXA DE ALFABETIZAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE.



Fonte: IBGE, 2025.

Ainda de acordo com o Censo, a taxa bruta de frequência escolar é de 32,07% para o grupo de 0 a 3 anos, de 91,93% para o grupo de 4 e 5 anos, de 97,98% para o grupo de 6 a 14 anos, de 85,76% para o grupo de 15 a 17 anos, de 19,8% para o grupo de 18 a 24 anos e de 2,71% para o grupo de 25 anos ou mais.

Sobre o nível de instrução, 43,11% não têm instrução ou têm o fundamental incompleto, 18,4% têm o fundamental completo e o médio incompleto, 27,54% têm o médio completo e o superior incompleto e 10,95% têm o superior completo. Sobre as áreas de formação no ensino superior, em primeiro lugar está a área de negócios, administração e direito, em segundo lugar formações na área de educação e em terceiro lugar as formações na área de saúde.

O município de Marechal Floriano conta com 20 escolas, sendo 16 municipais, 02 estaduais e 02 privadas, no ano de 2024, conforme tabela 4. Na tabela também é possível verificar a quantidade de pessoas matriculadas por escola, sendo um total 4.605 matrículas nas escolas de Marechal Floriano [14].

Tabela 4 - TOTAL DE ALUNOS MATRICULADOS EM AGOSTO DE 2024.

Escola	Nº de alunos
Escola Municipal de Ensino Fundamental Jácomo Borgo	127
Escola Municipal de Ensino Fundamental Elisiário Ferreira Filho	560
Escola Municipal de Ensino Fundamental Victor Hugo	275
Escola Municipal de Ensino Fundamental José Aloísio Simon	162
Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor Nicolau Krohling	323
Escola Municipal de Ensino Fundamental Mauro Christo	469

Escola Municipal Pluridocente de Ensino Fundamental Bernardo Leonor Effgen	74
Escola Municipal Pluridocente de Ensino Fundamental Flores Passinato Kuster	35
Escola Municipal Pluridocente de Ensino Fundamental Morro Baixo	43
Escola Municipal Pluridocente de Ensino Fundamental Rio Fundo	38
Centro de Educação Infantil Flomiro Endlich Canal Neto	124
Centro de Educação Infantil Leonor Miguel Feu Rosa	151
Centro de Educação Infantil Vovó Fernandina	301
Centro de Educação Infantil Maria Knidel Lube	88
Centro de Educação Infantil Cantinho da Tia Maria	43
Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Victorio Bravim (1)	508
Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Emílio Oscar Hulle (1)	1004
Centro Educacional Integração (2)	255
Centro Educacional Infantil Balão Mágico (2)	25
Total	4605

Legenda: (1) escolas estaduais / (2) escola particular.

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, PMMF, 2025.

2.7 Condições de moradia

As condições de moradia desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e no bem-estar das pessoas. Um ambiente de moradia adequado, seguro e higiênico pode prevenir doenças, melhorar a qualidade de vida e promover o desenvolvimento de comunidades mais saudáveis. Por outro lado, condições precárias, como moradias superlotadas, falta de saneamento básico e exposição a riscos ambientais, aumentam a vulnerabilidade a diversas enfermidades e dificultam o acesso a cuidados de saúde. Portanto, investir em melhorias nas condições de moradia é essencial para promover a equidade em saúde e garantir uma vida mais digna para todos.

Em 2020, o município havia registrado no Sistema e-SUS APS 8154 moradias e em 2024, 9488 moradias, o que representa um aumento de 16,36% ao longo do período avaliado.

A figura 5 apresenta as informações de condições de moradia disponíveis no relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS APS. De acordo com esse relatório, a distribuição das moradias considerando sua localização (urbana ou rural) em 2024 apresenta um equilíbrio de distribuição, sendo 49,98% na área urbana e 49,87% na área rural [15]. Já em relação à disponibilidade de energia elétrica das residências do município em 2024 95,82% da população relatou ter energia elétrica em suas residências no município [15].

Sobre o abastecimento e consumo da água, 50,21% das residências são abastecidas por rede encanada até o domicílio e 47% são abastecidas por poço/nascente no domicílio, e em relação ao consumo, 48,47% das residências utilizam água filtrada, 11,61% utilizam fervida, clorada ou mineral e 37,54% utilizam água sem tratamento. A população que tem acesso à água sem tratamento adequado enfrenta riscos elevados de contrair doenças transmitidas por água contaminada, como cólera, diarreia, hepatite A e outras enfermidades, o que pode levar a problemas de saúde graves, aumento da mortalidade infantil, sobrecarga nos sistemas de saúde e impactos negativos na qualidade de vida dessas comunidades [15].

Em relação ao escoamento do banheiro ou sanitário, destaca-se que 28,93% das residências estão ligadas à rede coletora, 27,21% utilizam fossa rudimentar e 17,42% utilizam fossa séptica. Ainda se observa a necessidade de expandir o percentual de residências ligadas à rede coletora, principalmente àquelas que

possuem localização na área urbana. A ligação à rede coletora garante a remoção segura e adequada dos resíduos domésticos, evitando a contaminação da água e do solo, e prevenindo a propagação de doenças. Além disso, a coleta e tratamento de esgoto contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população e para a conservação dos ecossistemas aquáticos.

Sobre a destinação do lixo, 90,79% da população tem o lixo coletado. Isso indica que os serviços de coleta de lixo estão abrangendo a maior parte da comunidade, o que é fundamental para a saúde pública, a higiene urbana e a prevenção de doenças relacionadas ao acúmulo de resíduos. Por outro lado, embora esse percentual seja elevado, ainda há uma parcela da população que não tem o lixo coletado, o que pode representar riscos ambientais e de saúde. Essa situação reforça a importância de continuar investindo na expansão e na eficiência dos serviços de coleta, além de promover ações de conscientização sobre a importância do descarte adequado de resíduos. Assim, é possível avançar ainda mais na gestão sustentável do lixo, contribuindo para um ambiente mais limpo e saudável para todos [15].

Figura 5 - CONDIÇÕES DE MORADIA

Localização da moradia	Abastecimento de água
49,98% área urbana 49,87% área rural	50,21% rede encanada até o domicílio 47% poço/nascente no domicílio
Disponibilidade de energia elétrica	Destino do lixo
95,82% das residências	90,79% coletado
Escoamento do banheiro ou sanitário	Água para consumo
28,93% rede coletora 27,21% fossa rudimentar 17,42% fossa séptica	48,47% filtrada 11,61% fervida, clorada ou mineral 37,54% sem tratamento

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 24/04/2025.

2.8 Condições de saúde

A compreensão das condições de saúde e dos fatores epidemiológicos é fundamental para promover o bem-estar da população e orientar ações de prevenção e controle de doenças. A epidemiologia fornece informações essenciais sobre a distribuição, frequência e determinantes das enfermidades, permitindo identificar grupos de risco e desenvolver estratégias eficazes de intervenção. Dessa forma, estudar as condições de saúde e os padrões epidemiológicos ajuda a criar políticas públicas mais eficientes, melhorar os serviços de saúde e promover uma vida mais saudável para toda a comunidade.

2.8.1 Natalidade

A natalidade é o número de nascimentos ocorridos numa região durante um determinado tempo. A Tabela 5 apresenta a série histórica do número de nascidos vivos e a taxa de natalidade do município de Marechal Floriano dos últimos 5 anos [16].

Neste período, conforme é possível visualizar na tabela 5, o número de nascimentos na região variou um pouco, mas manteve uma tendência geral de estabilidade. Em 2020, nasceram 202 bebês, sendo 105 meninos e 97 meninas. Em 2021, esse número aumentou para 249, com 134 meninos e 115 meninas. Nos anos seguintes, os nascimentos ficaram próximos de 197 a 238, com pequenas variações: em 2022, 197 nascimentos; em 2023, 238; e em 2024, novamente 197.

A população geral também cresceu ao longo desse período, passando de aproximadamente 16.920 habitantes em 2020 para cerca de 18.743 em 2024. Isso reflete um crescimento populacional constante.

A taxa de natalidade, que indica o número de nascimentos por mil habitantes, variou entre 10,51 e 13,89 ao longo desses anos. Em 2021, a taxa foi mais alta, chegando a 13,89, enquanto em 2024, ela caiu para 10,51, indicando uma leve redução na quantidade de nascimentos em relação à população total.

Esses dados mostram uma tendência de estabilidade na quantidade de nascimentos, com pequenas variações ao longo dos anos, e uma população que vem crescendo de forma gradual.

Tabela 5 - NASCIDOS VIVOS POR SEXO EM NÚMEROS ABSOLUTOS E TAXA DE NATALIDADE ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024.

Sexo	2020	2021	2022	2023	2024
Masculino	105	134	95	120	91
Feminino	97	115	102	118	106
Total	202	249	197	238	197
População geral (IBGE)	16920	17933	18195	18454	18743
Taxa de natalidade	11,94	13,89	10,83	12,90	10,51

Fonte: SINASC/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

2.8.2 Mortalidade

A mortalidade indica o número de óbitos ocorridos em um determinado período. A tabela 6 apresenta o número total de óbitos de 2020 a 2024 e a taxa de mortalidade [17].

Ao longo desses anos, a quantidade de óbitos na região apresentou pequenas variações, mas manteve uma tendência geral de estabilidade. Em 2020, ocorreram 136 mortes, sendo 81 de homens e 55 de mulheres. Em 2021, esse número aumentou para 151, com 93 homens e 58 mulheres. Nos anos seguintes, os números ficaram próximos de 137 a 142 mortes por ano, indicando uma leve oscilação, mas sem mudanças drásticas. A população total também cresceu de aproximadamente 16.920 habitantes em 2020 para cerca de 18.743 em 2024.

Apesar do aumento populacional, a taxa de mortalidade, que indica o número de óbitos por mil habitantes, apresentou uma redução gradual ao longo do período. Em 2020, a taxa foi de 8,04 por mil habitantes, subindo um pouco em 2021 para 8,42, mas depois diminuindo para 7,80 em 2022, 7,59 em 2023 e chegando a 7,31 em 2024. Isso mostra que, mesmo com o crescimento populacional, a mortalidade relativa à população total vem diminuindo, o que é um sinal positivo para a saúde da comunidade.

Tabela 6 - MORTALIDADE GERAL POR SEXO EM NÚMEROS ABSOLUTOS E TAXA DE MORTALIDADE ENTRE 2020 E 2024.

Sexo	2020	2021	2022	2023	2024
Masculino	81	93	73	72	86
Feminino	55	58	69	68	51
Total	136	151	142	140	137
População geral (IBGE)	16920	17933	18195	18454	18743
Taxa de mortalidade (por mil hab.)	8,04	8,42	7,80	7,59	7,31

Fonte: SIM/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 7 apresenta os óbitos nos últimos 5 anos em relação à faixa etária [17].

Para os bebês menores de 1 ano, os óbitos variaram de 3 em 2020, chegando a 4 em 2022 e 2024, indicando uma estabilidade nessa faixa. Nas faixas de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, os números foram bastante baixos, com pequenas variações, geralmente entre 0 e 2 óbitos por ano. Para os adolescentes e jovens adultos, como na faixa de 10 a 14 anos, houve um óbito em 2024, e na de 15 a 19 anos, os números variaram de 0 a 4 óbitos ao longo dos anos. Nas faixas de idade mais avançada, como 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, os óbitos variaram de 2 a 12 por ano, com uma leve tendência de aumento na faixa de 40 a 49 anos em 2021 e 2023. Para as faixas de 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, e 70 a 79 anos, os números foram mais elevados, refletindo maior vulnerabilidade nessa faixa etária. Por exemplo, na faixa de 60 a 69 anos, os óbitos variaram de 19 a 29, enquanto na de 70 a 79 anos, ficaram entre 24 e 29 óbitos ao longo dos anos. Por fim, na faixa de 80 anos e mais, os óbitos foram os mais altos, chegando a 53 em 2022 e 2023, com uma leve redução para 43 em 2024. No total, o número de óbitos variou de 133 em 2020 a 151 em 2021, com uma leve queda para cerca de 137 a 142 nos anos seguintes.

Esses dados mostram que, como esperado, as faixas de maior idade concentram a maior quantidade de óbitos, refletindo a maior vulnerabilidade dessa população.

Tabela 7 - ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Faixa Etária	2020	2021	2022	2023	2024
Menor de 1 ano	3	2	4	2	4
1 a 4 anos	0	1	0	0	1
5 a 9 anos	0	2	0	0	1
10 a 14 anos	0	0	0	0	1
15 a 19 anos	0	2	3	1	4
20 a 29 anos	5	4	2	3	7
30 a 39 anos	7	9	3	2	7
40 a 49 anos	8	11	7	12	7
50 a 59 anos	13	19	19	15	15
60 a 69 anos	19	29	22	25	22
70 a 79 anos	26	24	29	27	25

80 anos e mais	52	48	53	53	43
Total	133	151	142	140	137

Fonte: SIM/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 8 apresenta o total de óbitos por causa capítulo da Classificação Internacional de Doenças em sua 10 edição (CID-10) nos últimos 5 anos [17].

Primeiramente, podemos notar que o total de óbitos variou de 136 em 2020 para 137 em 2024, com pequenas oscilações ao longo dos anos. Isso indica uma estabilidade geral no número total de óbitos nesse período.

Ao observar as causas específicas, algumas tendências se destacam:

- Doenças do aparelho circulatório tiveram um aumento, passando de 28 óbitos em 2020 para 40 em 2024, sendo uma das causas mais constantes e relevantes ao longo dos anos.
- Doenças do aparelho respiratório também apresentaram variações, chegando a 17 óbitos em 2022, mas com uma redução para 8 em 2023, e depois aumentando para 15 em 2024.
- Algumas doenças infecciosas e parasitárias tiveram uma redução significativa, de 24 óbitos em 2020 para apenas 3 em 2024, o que pode refletir melhorias na prevenção ou controle dessas doenças.
- Causas externas, como acidentes, homicídios e suicídios, tiveram uma variação, chegando a 24 óbitos em 2023, e um pouco menor, 23, em 2024, sendo uma causa importante e que também apresentou oscilações.
- Outras causas, como neoplasias (tumores), tiveram uma estabilidade relativa, variando entre 22 e 27 óbitos ao longo dos anos.
- Algumas causas específicas, como malformações congênitas e anomalias cromossômicas, tiveram um aumento em 2024, chegando a 3 óbitos, enquanto em anos anteriores não houve registros ou foram zero.

No geral, a análise mostra que em 2024 as doenças do sistema circulatório continuam sendo uma das principais causas de óbito, seguida por causas externas e neoplasias. Além disso, há uma tendência de redução nas doenças infecciosas e parasitárias ao longo do período.

Tabela 8 - ÓBITO POR CAUSAS CAPÍTULO E ANO DO ÓBITO EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Causas Capítulos	2020	2021	2022	2023	2024
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	24	31	10	8	3
Neoplasias (tumores)	24	25	22	27	22
Doenças sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	0	2	2	1	0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	11	11	12	11
Transtornos mentais e comportamentais	2	5	1	4	4
Doenças do sistema nervoso	7	7	8	4	4
Doenças do aparelho circulatório	28	24	40	35	40
Doenças do aparelho respiratório	12	10	17	8	15

Doenças do aparelho digestivo	2	4	6	7	6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	2	0	2	1
Doenças sistema osteomuscular e tec conjuntivo	1	1	1	0	0
Doenças do aparelho geniturinário	10	8	6	7	3
Gravidez parto e puerpério	0	1	0	0	0
Algumas afecções originadas no período perinatal	2	1	4	1	2
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	0	0	0	0	3
Mal Definidas	3	0	1	0	0
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	14	19	13	24	23
Total	136	151	142	140	137

Fonte: SIM/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 9 apresenta os dados de mortes prematuras entre 2020 e 2024. As mortes prematuras são aquelas ocorridas na população entre 30 e 69 anos pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Vale a pena ressaltar que:

- Neoplasias Malignas: A queda no número de mortes pode refletir melhores diagnósticos e tratamentos, mas merece atenção para que essa tendência não se reverta.
- Diabetes Mellitus: O aumento constante sugere a necessidade de estratégias de prevenção e controle, considerando que essa condição pode levar a complicações graves.
- Doenças do Aparelho Circulatório: A alta observada em 2024 pode ser um sinal de alerta para políticas de saúde pública, visando à prevenção e tratamento eficaz dessas doenças.
- Doenças do Aparelho Respiratório: A estabilidade e leve alta podem ser vistas como um ponto positivo, mas ainda é necessário monitorar para evitar possíveis aumentos abruptos no futuro.

Destaca-se as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas como as maiores causas de mortes prematuras em Marechal Floriano [17].

Tabela 9 - MORTES PREMATURAS (30-69 ANOS) EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Doenças crônicas não transmissíveis	2020	2021	2022	2023	2024
Neoplasias malignas	12	17	11	13	9
Diabetes mellitus	0	2	3	2	4
Doenças do aparelho circulatório	9	11	12	10	17
Doenças do aparelho respiratório	1	1	2	2	3
Total	22	31	28	27	33

Fonte: SIM/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

2.8.3 Morbidade hospitalar

A morbidade hospitalar representa a quantidade de indivíduos que adquiriram uma doença em um determinado intervalo de tempo e necessitam de internação para tratamento hospitalar. O levantamento desses dados possibilita analisar como está a qualidade da assistência à saúde no município e planejar as ações sensíveis à atenção primária capazes de contribuir para o aumento da cobertura da saúde e diminuição do volume de internações.

A Tabela 10 apresenta as internações segundo o sexo do paciente. Observa-se que as mulheres representam o maior número de internações nos últimos 5 anos. O total de internações aumentou de 1.059 em 2020 para 1.661 em 2024, indicando um crescimento de aproximadamente 56,7% ao longo de cinco anos. Tanto o sexo masculino quanto o feminino apresentaram aumento nas internações, mas com dinâmicas diferentes, e em todos os anos, o número de internações femininas foi maior do que o masculino. Isso sugere que, embora ambos os sexos tenham apresentado crescimento, as mulheres tiveram um aumento mais acentuado em suas internações ao longo dos anos [18].

O crescimento geral nas internações pode indicar um aumento na incidência de condições que requerem hospitalização ou melhorias no acesso ao sistema de saúde.

O aumento mais expressivo nas internações femininas, especialmente entre 2022 e 2023, pode refletir mudanças em fatores de risco, comportamento ou políticas de saúde.

Tabela 10 - INTERNAÇÕES SEGUNDO SEXO DE RESIDENTES EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Sexo	2020	2021	2022	2023	2024
Masculino	492	630	651	689	773
Feminino	567	690	745	906	888
Total	1059	1320	1396	1595	1661

Fonte: TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 11 apresenta o total de internações hospitalares entre 2011 e 2020 de residentes de Marechal Floriano segundo o Capítulo da CID-10.

Nela, verificamos a evolução das internações hospitalares por categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em números absolutos, no período de 2020 a 2024.

O número total de internações mostra uma tendência crescente ao longo dos anos. Esse crescimento de aproximadamente 56,8% entre 2020 e 2024 sugere um aumento na demanda por serviços hospitalares, possivelmente relacionado ao retorno de atendimentos represados na pandemia, envelhecimento populacional, ou aumento da vigilância e registros hospitalares.

Os dados indicam que doenças crônicas e condições relacionadas à saúde da mulher continuam a ser as maiores causas de internação.

Algumas categorias mantêm baixa incidência de internações. Os dados podem refletir a natureza dessas condições, que nem sempre requerem internação hospitalar prolongada.

O crescimento das internações reflete uma possível ampliação do acesso aos serviços de saúde e mudanças no perfil epidemiológico.

Os capítulos com maior aumento ao longo do tempo incluem neoplasias, doenças digestivas e osteomusculares, o que sugere um envelhecimento da população.

A queda nas internações por doenças infecciosas entre 2020 e 2023 coincide com o período pandêmico e o aumento posterior pode indicar novas ameaças ou a retomada de diagnósticos previamente suspensos.

Tabela 11 - INTERNAÇÕES SEGUNDO CAPÍTULO CID-10 EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Capítulo da CID-10	2020	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	151	198	103	67	150
II. Neoplasias (tumores)	89	114	107	140	180
III. Doenças sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	9	22	20	10	29
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	30	22	38	27	40
V. Transtornos mentais e comportamentais	19	17	23	22	21
VI. Doenças do sistema nervoso	15	12	22	23	33
VII. Doenças do olho e anexos	1	2	10	11	22
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	3	3	7	6
IX. Doenças do aparelho circulatório	91	128	176	164	179
X. Doenças do aparelho respiratório	86	122	160	156	141
XI. Doenças do aparelho digestivo	76	134	110	209	203
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	25	24	46	53	42
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tec conjuntivo	13	21	27	37	44
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	94	112	143	157	153
XV. Gravidez parto e puerpério	185	212	164	190	146
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	26	23	25	47	40
XVII. Mal formações congênicas e anomalias cromossômicas	5	12	15	9	10
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	20	19	41	48	41
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	107	108	154	209	157
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	13	15	9	9	24
Total	1059	1320	1396	1595	1661

Fonte: TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 12 apresenta a morbidade hospitalar segundo a faixa etária entre 2020 e 2024. Ela apresenta os números de internações hospitalares por faixa etária no período de cinco anos. Os dados revelam tendências importantes relacionadas ao perfil etário dos pacientes e à demanda por serviços hospitalares [18].

O número total de internações aumentou de forma constante ao longo do período. Esse aumento de 56,8% entre 2020 e 2024, possivelmente é influenciado por fatores como: retomada de atendimentos suspensos na pandemia; maior acesso aos serviços de saúde; envelhecimento da população.

As faixas etárias entre 50 e 79 anos concentram mais de 42% das internações, refletindo a maior prevalência de doenças crônicas nessa população.

Internações de crianças e adolescentes até 19 anos somam apenas cerca de 12,6% do total, indicando menor demanda hospitalar nessa faixa.

Os dados também mostram que tanto a população idosa quanto algumas faixas infantis tiveram aumento relevante, o que pode indicar: envelhecimento populacional com maior fragilidade clínica; reforço na atenção materno-infantil e diagnóstico precoce.

A distribuição etária das internações confirma o peso crescente da população idosa nos serviços hospitalares, especialmente entre 60 e 79 anos.

A presença significativa de adultos jovens (20 a 39 anos) entre os hospitalizados pode estar relacionada a partos, acidentes, doenças infecciosas ou início de doenças crônicas.

O aumento entre crianças menores de 10 anos indica atenção necessária à saúde infantil, possivelmente ligada a infecções respiratórias ou doenças gastrointestinais.

Tabela 12 - INTERNAÇÕES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Faixa etária	2020	2021	2022	2023	2024
Menor 1 ano	36	38	67	78	67
1 a 4 anos	20	27	40	39	35
5 a 9 anos	16	38	41	45	52
10 a 14 anos	8	16	23	28	26
15 a 19 anos	53	64	40	62	30
20 a 29 anos	143	186	150	185	188
30 a 39 anos	145	165	177	168	194
40 a 49 anos	109	136	134	178	181
50 a 59 anos	131	199	202	197	220
60 a 69 anos	129	170	178	266	271
70 a 79 anos	107	168	167	153	219
80 anos e mais	162	113	177	196	178
Total	1059	1320	1396	1595	1661

Fonte: TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

2.9 Capacidade instalada do sistema municipal de saúde

A capacidade instalada na saúde se refere ao potencial que um sistema de saúde tem para atender às necessidades da população. Ela envolve a quantidade de recursos disponíveis, equipamentos, tecnologias, recursos materiais, profissionais de saúde e infraestrutura adequada necessários para o funcionamento adequado desses locais e atender a demanda de saúde da população.

Ter uma boa capacidade instalada é fundamental para garantir que o sistema de saúde possa oferecer cuidados de qualidade, sem longas filas ou sobrecarga dos serviços. Além disso, ela deve ser planejada de acordo com o crescimento populacional e as necessidades específicas da comunidade, para que todos tenham acesso a um atendimento digno e eficaz.

2.9.1 Infraestrutura, equipamentos e tecnologias

A infraestrutura de saúde é um componente essencial para garantir o funcionamento eficiente e de qualidade dos serviços de atenção à saúde que inclui todos os recursos físicos, tecnológicos e materiais necessários para o atendimento à população. Investir na melhoria e na manutenção desses espaços é essencial para fortalecer o sistema de saúde e promover o bem-estar da população.

A estrutura física de estabelecimentos de saúde do município é composta por unidades de saúde, postos de saúde, centro de especialidade e outros com vistas a ofertar cuidados de qualidade. Além disso, esses estabelecimentos estão equipados com os recursos necessários para a oferta do atendimento, que incluem equipamentos de informática, equipamentos médico-hospitalares e afins, mobiliário, materiais e insumos, conectividade e softwares para o uso dos sistemas de informações em saúde. A tabela 13 apresenta a estrutura física de estabelecimentos de saúde do município cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) da administração municipal e estadual [19]. Além desses estabelecimentos, a Secretaria Municipal de Saúde também conta com 2 almoxarifados, 1 central de transporte e a sala do Conselho Municipal de Saúde [20].

Tabela 13 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO CNES NA COMPETÊNCIA DE ABRIL DE 2025.

Estabelecimentos de saúde	Administração Pública Municipal	Administração Pública Estadual
Posto de saúde	2	-
Centro de Saúde	1	-
Unidade Básica	6	-
Farmácia	1	-
Unidade de Vigilância em Saúde	2	-
Central de Gestão em Saúde	1	-
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar	-	1
Centro de Especialidade	1	-

Fonte: CNES, ACESSO EM 15/05/2025.

Os endereços dos estabelecimentos da Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Floriano são [20]:

- a) Centro de Fisioterapia– Rua Victor Travaglia, 282, Centro, Marechal Floriano.
- b) Centro de Saúde Ary Ribeiro da Silva – Rua Belarmino Pinto, s/nº - Centro, Marechal Floriano.
- c) Farmácia Básica Municipal – Rua Emílio G. Hulle, Ed Sinhá Maria, Centro, Marechal Floriano.
- d) Posto de Saúde Dep. Mariano Ferreira de Nazareth – Posto de Saúde de Bom Jesus –Bom Jesus, Marechal Floriano.
- e) Posto de Saúde Flora Kuster Kiefer – Posto de Saúde Rio Fundo –Estrada principal de Rio Fundo, s/n, Marechal Floriano.
- f) Unidade de Saúde Antônio José Klein – Equipe de Saúde da Família de Soído de Baixo –Soído de Baixo, Marechal Floriano.
- g) Unidade de Saúde Dr. César Vello Puppim (compreende as eSF Sede Rural e eSF Sede Urbana) – Rua Emílio Gustavo Hulle, 70 – Centro – Marechal Floriano.
- h) Unidade de Saúde Germano Kiefer – Equipe de Saúde da Família de Santa Rita –Rua Gustavo Hertel, s/nº, Santa Rita, Marechal Floriano.
- i) Unidade de Saúde Governador Mun. Henrique Krohling – Equipe de Saúde da Família de Victor Hugo –BR 262, KM 72, Marechal Floriano.
- j) Unidade de Saúde Janeta Rosa Simon Stockl – Equipe de Saúde da Família de Santa Maria –Rodovia Francisco Stockl, Santa Maria, Marechal Floriano.
- k) Unidade de Saúde Leontina Perim de Faria – Equipe de Saúde da Família de Araguaia – Rua dos Imigrantes, Centro – Araguaia, Marechal Floriano.
- l) Vigilância Sanitária - BR 262, km 49, Posto Venturini, Centro, Marechal Floriano.
- m) Vigilância Epidemiológica - Rua David Canal, s/nº, Centro, Marechal Floriano.
- n) Secretaria - Rua Belarmino Pinto, s/n, Centro, Marechal Floriano.

2.9.2 Profissionais do SUS municipal

No relatório do Sistema do CNES emitido em 15/05/2025, identificamos que a Secretaria de Saúde tem 288 profissionais entre vínculo direto (efetivos, contratos temporários, cargos comissionados, bolsistas e estagiários), indireto (autônomos intermediados por outra entidade e pessoa jurídica) e cedidos de outros órgãos [21].

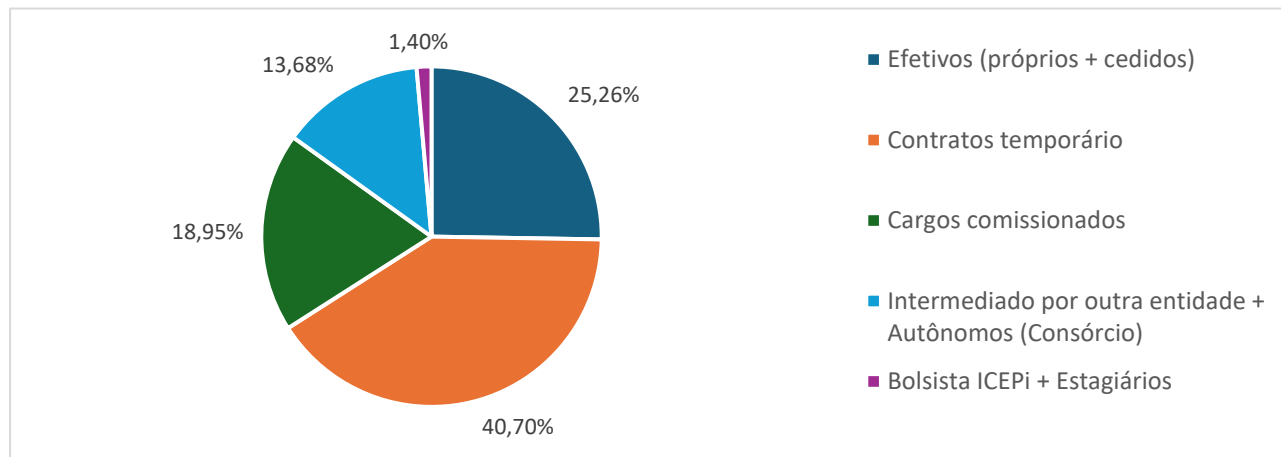
Os profissionais com vínculo direto com a municipalidade estão assim distribuídos: 72 profissionais efetivos/estabilitários próprios, 116 profissionais com contrato temporário, 54 profissionais em cargo comissionado, 2 bolsistas pelo ICEPi (Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação) e 2 estagiários, totalizando 246 profissionais de saúde com vínculo direto.

Os profissionais com vínculo indireto são intermediados pelo Consórcio Público de Saúde CIM-Pedra Azul, e estão assim distribuídos: 29 profissionais intermediados por outra entidade (por empresa consorciada o CIM-Pedra Azul) e 10 profissionais autônomos (consorciados ao CIM-Pedra Azul), totalizando 39 profissionais com vínculo indireto.

A SEMUS também conta com 03 profissionais cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

O gráfico 3 apresenta o percentual de servidores cadastrados no SCNES por forma de contratação na competência de abril de 2024.

Gráfico 3 – PERCENTUAL DE SERVIDORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM ABRIL DE 2025 POR FORMA DE CONTRATAÇÃO.



Fonte: CNES, ACESSO EM 15/05/2025.

2.10 Organização do sistema municipal de saúde

Um sistema de saúde bem estruturado é fundamental para garantir que toda a população receba o cuidado necessário de forma eficiente e organizada. Ele costuma ser organizado em diferentes níveis hierárquicos, cada um com funções específicas, formando uma espécie de cadeia de atenção à saúde. A organização do sistema municipal de saúde é composta pela atenção primária à saúde, atenção especializada, farmácia municipal e vigilância em saúde. Essa organização em níveis hierárquicos permite que o cuidado seja mais eficiente, com encaminhamentos adequados e uso racional dos recursos. Além disso, garante que o paciente receba o atendimento mais adequado às suas necessidades, desde a prevenção até o tratamento de casos mais complexos.

A **Atenção Primária à Saúde (APS)** é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [22].

A APS tem na Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para expansão e que visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, com proposta de mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo focado na integralidade da assistência onde o usuário está inserido dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural estabelecendo o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania evidenciado pela melhoria das condições de vida através de serviços mais resolutivos, integrais e humanizados [23].

As eSF são equipes multiprofissionais compostas, por no mínimo: médico (generalista, especialista em Saúde da Família ou especialista em Família e Comunidade); enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família); auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a

essa composição as equipes de Saúde Bucal (eSB) compostas por cirurgião-dentista (generalista ou especialista em Saúde da Família) e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O município de Marechal Floriano utiliza o sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) que permite o gerenciamento, organização, registro, monitoramento das ações de saúde no território, além de melhorar os processos de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF). Por meio do e-SUS APS as eSF fazem o cadastro territorial/domiciliar, das famílias e individual, coletando informações que possibilitem identificar e individualizar os registros com o Cartão Nacional do SUS (CNS), o que melhora a qualificação dos dados e a gestão do cuidado da população. Os dados relativos às informações do território, domicílio, família e indivíduos apresentados a seguir são dos relatórios do e-SUS APS.

Em 30 de abril de 2025, o município de Marechal Floriano contava com a implantação de 7 equipes de Saúde da Família, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e com 6 equipes de Saúde Bucal, compostas por cirurgião-dentista e auxiliares de saúde bucal.

A distribuição da população cadastrada nas equipes de Saúde da Família está descrita na tabela 14.

Tabela 14 - POPULAÇÃO CADASTRADA POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM 30/04/2025.

Equipe	População cadastrada
ESF ARAGUAIA	2356
ESF SANTA MARIA	2682
ESF SANTA RITA	4194
ESF SEDE RURAL	3828
ESF SEDE URBANA	3641
ESF SOÍDO DE BAIXO	2595
ESF VICTOR HUGO	1780

Fonte: RELATÓRIO DE CADASTROS INDIVIDUAL DO ESUS APS, ACESSO EM 26/06/2025.

A APS é regida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Primária, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu financiamento é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 3493, de 10 de abril de 2024, que institui a nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária, estabeleceu parâmetros de número de pessoas vinculadas por eSF. De acordo com o novo regramento, para municípios com população até 20.000 habitantes o parâmetro é de 2.000 pessoas vinculadas por eSF, podendo ser considerado como limite máximo 50% a mais do parâmetro [24].

Conforme é possível observar na tabela acima o parâmetro de número de pessoas vinculadas das equipes de eSF de Santa Rita, Sede Rural e Sede Urbana ultrapassa o limite estabelecido, evidenciando a necessidade de implantação de 2 novas equipes de eSF.

A **Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)** consiste no conjunto de conhecimentos, ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir de processos de trabalho de maior densidade tecnológica. Organizada sobretudo de forma hierarquizada e regionalizada, a AAE é integrante estratégico da Rede de Atenção à Saúde, operacionalizado em articulação e em sintonia com a Atenção Primária, a fim de fomentar a continuidade da

assistência de acordo com as necessidades de saúde da população. Figura-se então, como parte fundamental para a concretização do princípio da Integralidade. Da perspectiva assistencial, a AAE é composta por ações e serviços da atenção secundária (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços médicos ambulatoriais), da atenção terciária (diagnose, terapia e atenção hospitalar), além da área de urgência e emergência (articulada com todos os níveis de atenção) [25, 26].

A organização da AAE é realizada pela Regulação Municipal que de acordo com a Política Nacional de Regulação visa equilibrar, organizar e articular a relação entre a oferta e demanda, otimizando os recursos disponíveis de forma eficiente, reduzindo assim os custos do sistema e garantindo também um acesso de qualidade, oportuno, adequado e sempre voltado às necessidades da população. Essa oferta de serviços e ações estão pautados em critérios de priorização de riscos e agindo sempre à luz dos princípios do SUS [27].

A Regulação deve promover a equidade, a integralidade e a acessibilidade aos serviços de saúde, buscando garantir a integralidade da assistência e permitindo adequar a oferta assistencial disponível de acordo com as necessidades prioritárias do usuário, de um modo equânime, ordenado, oportuno e até racional. Para isso, o SUS se organiza em centrais de regulação do acesso, que podem ser divididas por temas ou áreas assistenciais.

O Setor de Regulação realiza a gestão do agendamento de consultas e exames de média complexidade solicitados pelos profissionais da APS, bem como as consultas e exames do CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE (CIM PEDRA AZUL).

A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo propôs em 2020 uma reorganização do modelo de regulação de acesso, extinguindo o Sistema de Regulação (SISREG). O novo modelo de Autorregulação Formativa Territorial (ARFT) na APS desloca o processo regulatório da lógica da gestão da oferta X demanda para a regulação com base na gestão da clínica, sustentado por um potente sistema informatizado, com pontos de regulação do acesso nos serviços ambulatoriais e hospitalares e um processo de educação permanente desenvolvido de modo integrado pelos profissionais da assistência e equipes de regulação [28].

Nesse modelo, a regulação do acesso é baseada em protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, e exerce a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhoria do acesso. O modelo permite que os profissionais de saúde atuantes na APS estabeleçam contato direto com os profissionais de referência. Com isso, o manejo clínico do paciente será definido em conjunto, de forma mais adequada e agilizada, facilitando o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, e com isso, diminuir o tempo de espera e oferecer um atendimento mais qualificado aos usuários do SUS [27].

Nesse nível de atenção, o município de Marechal Floriano conta com o atendimento de profissionais da assistência social, nutrição, psicologia e fisioterapia. Esses profissionais estão vinculados ao município por meio de concurso público ou processo seletivo e desenvolvem suas atividades em uma carga horária de 30 horas semanais [20].

Além dos profissionais citados acima, o município também conta com um clínico geral e com as seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia-geral, cirurgia vascular, dermatologia, ginecologia, neurologia, oftalmologia e ortopedia.

Em relação aos exames laboratoriais, a SEMUS tem contrato com laboratórios do município para a realização de exames básicos de bioquímica, hematologia, coprologia, imunologia, microbiologia e urinálise. Os exames de maior complexidade estão alocados, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), na Secretaria

Municipal de Saúde de Vitória, sendo realizados por um laboratório de análises clínicas designado pela Secretaria de Saúde de Vitória.

O município também conta nesse nível de atenção com um serviço de urgência e emergência dentro do Centro de Saúde Ary Ribeiro da Silva que funciona 24 horas. Esse serviço é composto por médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e profissionais de apoio logístico em regime de plantão.

O serviço de atendimento de urgência e emergência inicia-se pela triagem e após a avaliação e classificação do enfermeiro, o paciente é encaminhado a sala de emergência ou para o consultório médico, onde 80% dos casos atendidos atualmente podem ser considerados como ambulatoriais e somente 20% das urgências e emergências atendidas trata-se de casos mais graves que são estabilizados e encaminhados para a rede de referência [20].

Dentre destes casos mais atendidos, estão:

- Cardiopatas graves;
- Hipertensão arterial (aguda ou severa)
- Hipertermia infantil;
- Crises convulsivas;
- Acidentes perfuro cortantes (de leve, moderada e/ou alta gravidades);
- Acidentes automobilísticos;
- Acidentes por armas de fogo e armas brancas;
- Queimaduras (de leve ou moderada gravidade).

Além do serviço de urgência e emergência municipal, no município de Marechal Floriano existe uma Unidade de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. O SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível.

Embora o município possua um serviço de urgência e emergência, os casos que exijam média complexidade de atendimento são encaminhados para a Santa Casa de Vitória Hospital Dr. Arthur Gerhardt, em Domingos Martins. As situações que necessitem de recursos com tecnologias mais avançadas são encaminhadas para outros hospitais na região metropolitana do Estado.

Para garantir o acesso dos munícipes aos serviços de saúde fora do município, a Secretaria de Saúde conta com o transporte sanitário, que é um serviço especializado que garante o deslocamento seguro de pessoas que precisam de cuidados médicos durante o transporte, seja para consultas, exames, internações ou emergências. Ele é realizado por veículos adaptados, equipados com recursos que proporcionam conforto e segurança aos pacientes, como macas, cadeiras de rodas e equipamentos de suporte à vida.

A importância do transporte sanitário é enorme, pois ele possibilita que pessoas com condições de saúde delicadas tenham acesso aos serviços de saúde de forma segura e eficiente. Sem esse serviço, muitas pessoas poderiam ficar sem o atendimento necessário, o que poderia agravar suas condições de saúde. Além disso, o transporte sanitário ajuda a evitar complicações, garante o acompanhamento adequado durante o

deslocamento e promove a inclusão, permitindo que todos tenham acesso aos cuidados de que precisam, independentemente de sua condição física.

Atualmente, o serviço conta com 05 ambulâncias e/ou veículos tipo van adaptado, 02 motos, 02 ônibus e 10 veículos de passeio até 5 lugares e 01 veículo de passeio até 7 lugares [20].

Em 2025 os municípios da região serrana do estado iniciaram junto à Secretaria Estadual de Saúde uma proposta de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Regional com a finalidade de ofertar um serviço de saúde focado em oferecer cuidado e tratamento para pessoas com transtornos mentais e/ou dependência de álcool e outras drogas. O CAPS é um dos equipamentos propostos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 [29], e têm como objetivos:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- Promover a vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e
- Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em 2022, a Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo instituiu por meio da Portaria nº 159-R (de 20 de dezembro de 2022) a Política Estadual de Cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para pessoa com Deficiência Intelectual e Transtornos do Espectro Autista (TEA) - SERDIA no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo. Os SERDIA são serviços de reabilitação, em modalidade única, constituindo-se em uma estratégia para ampliar a assistência no SUS, territorializar o atendimento à pessoa com deficiência intelectual e TEA, reduzir obstáculos, promover o acesso, humanizar a Atenção à Saúde e otimizar os recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS). Em julho de 2025, a Secretaria de Saúde de Marechal Floriano iniciou junto à Secretaria de Estado de Saúde o processo para a implantação de um SERDIA tipo I no município [30].

A **Assistência Farmacêutica** é um dos componentes da organização municipal de saúde e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e seu uso racional. A oferta de medicamentos no SUS é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica [31]:

- Básico: composto por medicamentos destinados à APS e orientado pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);
- Estratégico: composto por medicamentos de programas considerados estratégicos no cuidado da saúde, tais como a Tuberculose, Hanseníase, o Combate ao Tabagismo, para a Alimentação e Nutrição e para as Endemias Focais (exemplo: malária, leishmaniose, dengue, dentre outras), Coagulopatias e IST/AIDS. A aquisição desses medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde;
- Especializado: composto por medicamentos para o tratamento de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário.

O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é responsabilidade dos três entes federados, sendo o repasse financeiro regulamentado pelo artigo nº 537 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. De acordo com tal normativa, o governo federal deve realizar o repasse de recursos financeiros com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme

classificação dos municípios nos seguintes grupos: IDHM muito baixo: R\$ 8,05 por habitante/ano; IDHM baixo: R\$ 7,80 por habitante/ano; IDHM médio: R\$ 7,55 por habitante/ano; IDHM alto: R\$ 7,30 por habitante/ano; e IDHM muito alto: R\$ 7,20 por habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de, no mínimo, R\$ 3,61 por habitante/ano, cada [32, 33]. Marechal Floriano encontra-se classificado no IDHM baixo.

O município de Marechal Floriano possui uma farmácia básica que dispensa medicamentos para os usuários do SUS, para tanto, o município deve elaborar e homologar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) considerando a necessidade epidemiológica local e em conformidade com a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais. (REMUME) e com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

O município assinou junto à Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) da Secretaria Estadual de Saúde ao Programa Estadual de Registro de Preços – PERP. Esse programa tem como objetivo disponibilizar Atas de Registro de Preço de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica de forma centralizada para os municípios do Estado do Espírito Santo, otimizando a aplicação de recursos financeiros, com possível redução de gastos na compra de medicamentos fornecidos pelos municípios.

A **Vigilância em Saúde** segundo o Ministério da Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, pela saúde ambiental e do trabalhador e pela análise de situação de saúde da população brasileira. As ações de vigilância em saúde contemplam a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador [34].

A **Vigilância Ambiental** consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde [34].

A Vigilância de Fatores de Risco Biológicos tem como finalidade a vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos relacionados a vetores, hospedeiros, reservatórios, portadores, amplificadores ou suspeitos de alguma zoonose de relevância para a saúde pública, quanto à transmissão de agente etiológico para humanos, além dos acidentes por animais peçonhentos e venenosos.

A abordagem da vigilância das zoonoses e dos fatores de risco biológicos tem como objetivo viabilizar ações integradas de vigilância e controle desses fatores permitindo que se tenha uma maior efetividade de ações e maximização dos recursos aplicados.

A Vigilância dos Fatores de Risco Não Biológicos trata de coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental relacionada aos contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, e outros eventos capazes de causar doenças e agravos à saúde humana [34, 35].

A **Vigilância Epidemiológica** atua no reconhecimento das principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos, contribuindo para o controle, eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis, infecções sexualmente transmissíveis. Também é responsável por realizar a vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos agravos não transmissíveis (Acidentes e Violências) e de seus fatores determinantes [34, 35].

Seu objetivo é apresentar o perfil epidemiológico por meio de um diagnóstico de saúde que identifica as doenças e agravos da população de um determinado território, assim como se configura como um instrumento que contribui para a organização da Saúde Pública do município. A identificação da ocorrência de doenças transmissíveis e de doenças e agravos não transmissíveis permite atuar na prevenção e/ou inibição da transmissão/surgimento das mesmas e realizar o tratamento nas situações em que elas já tenham se manifestado.

As doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) são doenças não infecciosas ou não transmissíveis que estão relacionadas a fatores genéticos, estilos de vida, envelhecimento e causas externas (violências e acidentes). Exemplos de doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão, diabetes, alcoolismo e doenças cardiovasculares [34, 35].

Já as doenças transmissíveis são doenças infecciosas transmitidas pelo contato com agentes patogênicos (vírus, bactérias, fungos, parasitas, etc.). A transmissão pode ocorrer de diversas formas como: contato com fluidos, secreções ou sangue de pessoas doentes, ingestão de alimentos/água e contato com vetores (mosquitos, moscas, e outros insetos; roedores, pombos, gatos, etc.). Algumas das doenças infecciosas que são monitoradas pela epidemiologia são: doenças parasitárias, tuberculose, dengue, AIDS, malária, varíola, ebola, vírus Zika, Chikungunya, varicela (catapora), gripe suína (influenza H1N1), Poliomielite, etc. [27, 28].

Dentro das ações desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica podemos destacar o atendimento individual e a sorologia enviada ao Laboratório Central (LACEN).

A Imunização tem por objetivo operacionalizar o processo de vacinação de rotina e campanhas, acompanhar as notificações de eventos adversos pós-vacinação, controle de imunobiológicos especiais, organizar capacitações, monitoramento de coberturas vacinais, distribuição de imunobiológicos e insumos, dentre outras atividades pertinentes a área da imunização.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é uma referência internacional de política pública de saúde, fornecendo acesso gratuito à população a todas as vacinas recomendadas pela OMS. Ele foi instituído pela Lei nº 6.259/1975 e regulamentado pelo Decreto nº 78.231/1976. O PNI define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas. Ainda, o principal objetivo do Programa é oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea no território [36].

O Programa Nacional de Imunizações faz parte do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis que, por sua vez, faz parte Secretaria de Vigilância em Saúde. Através do desenvolvimento de ações planejadas e sistematizadas implementa medidas para o controle das infecções.

O município conta com 8 salas de imunização dentro das Unidades de Saúde com profissionais capacitados para garantir que todas as vacinas cheguem com a mais perfeita qualidade, garantindo sua adequada conservação e administração.

A vigilância epidemiológica municipal também conta com uma referência para o acompanhamento de doenças transmissíveis, no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é um serviço de saúde que, articulado aos demais serviços do SUS, representa uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C e da sífilis. Atuam também na prevenção dessas e das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST),

favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais [37]. Em sua atuação o CTA oferece testes rápidos e gratuitos para HIV, sífilis e hepatites B e C, fornece aconselhamento sobre prevenção e tratamento dessas doenças, busca ampliar o acesso ao diagnóstico precoce e reduzir a transmissão, atua na prevenção combinada de IST/Aids, atua no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de outras doenças transmissíveis, tais como a hanseníase e a tuberculose.

As mudanças no perfil da epidemia de AIDS e das ISTs demandaram atenção para novos grupos populacionais e a criação de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico, como sua implantação na rede básica de saúde. Dessa forma, as ações de prevenção, diagnóstico e controle foram descentralizadas para a APS, possibilitando tanto a ampliação da oferta de sorologias, quanto para aconselhamento e ações de prevenção.

A **Vigilância Sanitária** atua em um conjunto de ações que visam eliminar, minimizar ou prevenir riscos à saúde. As ações também abrangem a intervenção em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços. Tem como principal papel o de atuar em prol da saúde da população. Para isso, fiscaliza, autua, intervém e aplica alvarás em estabelecimentos de diversos setores.

As ações de vigilância sanitária historicamente são conhecidas como o “braço mais estendido” da saúde pública face à sua abrangência, atendendo a toda população independentemente de raça, credo ou condição social. Atua no controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos com ações voltadas para a fiscalização de serviços de interesse da saúde e inspeção dos processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente [38].

A **Vigilância em Saúde do Trabalhador** é uma área técnica da Saúde Pública que busca intervir na relação entre o sistema produtivo e a saúde, de forma integrada com outras ciências da saúde, que visa à preservação da saúde dos trabalhadores, com uma visão de prevenção, curativa, reabilitação de função e readaptação profissional.

O objetivo do programa Saúde do Trabalhador é prevenir e diminuir riscos e doenças relacionadas ao ambiente de trabalho, através de medidas como fiscalização e promoção de eventos técnicos. Dessa forma, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, promover a assistência ao trabalhador acidentado no trabalho, atender pacientes com doenças ocupacionais, realizar estudos epidemiológicos dos acidentes do trabalho e investigação dos acidentes do trabalho fatais, bem como notificar casos de acidente de trabalho e doenças ocupacionais através do preenchimento da Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT.

A Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2014, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos [39, 40].

A implantação da Saúde do Trabalhador no município de Marechal Floriano é um dos desafios da gestão municipal para os próximos anos, principalmente frente ao aumento das doenças ocupacionais e de suas sequelas que geram impactos pessoais, sociais e econômicos.

3. PRODUÇÃO AMBULATORIAL

A produção ambulatorial no SUS refere-se aos atendimentos e procedimentos realizados pelos serviços de saúde que não envolvem internação. Esses atendimentos são essenciais para a prevenção, diagnóstico, acompanhamento de doenças e tratamentos de rotina, ajudando a manter a saúde da população e evitar que problemas se agravem. No Sistema Único de Saúde (SUS), a produção ambulatorial é uma das principais formas de garantir acesso aos cuidados de saúde de forma contínua e universal. Ela inclui consultas médicas, exames, procedimentos simples, acompanhamento de doenças crônicas, vacinação, entre outros serviços que podem ser realizados sem a necessidade de internação hospitalar. A importância da produção ambulatorial está em oferecer cuidados próximos às pessoas, facilitando o acesso e promovendo ações de prevenção, o que contribui para uma sociedade mais saudável e com menor incidência de doenças graves.

3.1 Produção ambulatorial da APS

Na APS a produção ambulatorial consiste em consultas e procedimentos realizados pelas equipes de saúde da família e pelas equipes de saúde bucal. Os dados da APS são coletados por meio do Sistema e-SUS APS auxiliando na melhoria da infraestrutura e processos de trabalho, além de permitir o monitoramento da saúde da população em nível nacional.

A tabela 15 mostra que houve um crescimento consistente na equipe de profissionais e na quantidade de procedimentos realizados na ESF ao longo dos anos, especialmente entre 2020 e 2023. Isso sugere uma ampliação dos serviços oferecidos e um maior foco na atenção primária à saúde. Apesar de algumas pequenas reduções em 2024, o quadro geral aponta para uma tendência de fortalecimento e expansão da atenção básica, buscando atender melhor às necessidades da população [15].

Tabela 15 - NÚMERO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DA APS ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024.

Produção ESF	2020	2021	2022	2023	2024
Médico ESF	17562	20582	24449	30961	26468
Ginecologista e obstetra	310	481	109	937	659
Médico pediatra	1073	1409	1670	1714	1644
Enfermeiro ESF	3382	3838	7859	11331	9299
Cirurgião-dentista ESF	1395	2979	4659	4750	5335
Procedimentos odontológicos	3385	10686	17795	29982	20670
Procedimentos de enfermagem	1863	3034	8446	11320	9317
Procedimentos téc. de enfermagem	7532	16224	22967	32098	30610
Atividades coletivas com usuários	1334	1063	618	1082	1237
Temas para reunião	284	170	202	194	186
Visitas domiciliares ACS	37091	43343	64267	81192	72896

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 26/06/2025.

A tabela 16 diz respeito ao percentual de exames avaliados por médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família (ESF) entre 2020 e 2024. Ao longo deste período, observamos um aumento expressivo na solicitação

de exames pelos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, especialmente entre 2020 e 2023. Contudo, a proporção de exames efetivamente avaliados diminuiu bastante a partir de 2022, chegando a cerca de um terço dos exames solicitados em 2023 e 2024. Isso pode refletir dificuldades na avaliação, na gestão de recursos ou mudanças nos processos de acompanhamento. Apesar do aumento na demanda, há uma necessidade de fortalecer a capacidade de avaliação dos exames para garantir um acompanhamento mais completo e eficiente dos pacientes [15].

Tabela 16 – NÚMERO DE EXAMES SOLICITADOS E AVALIADOS POR MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS ESF EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAL DE EXAMES AVALIADOS ENTRE 2020 E 2024.

Exames	2020	2021	2022	2023	2024
Solicitados	10313	10179	22238	34933	26882
Avaliados	5463	7856	10718	12450	10681
% de exames avaliados	52,97%	77,18%	48,20%	35,64%	39,73%

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 26/06/2025.

De 2020 a 2024, observamos um aumento consistente na emissão de prescrições de repetição relacionadas ao CID Z.76.0, tanto em números absolutos quanto na proporção do total de problemas avaliados, conforme observado na tabela 17. Isso sugere, dificuldade em obter consultas; busca por soluções rápidas para problemas de saúde sem a devida avaliação médica, o que pode levar ao uso contínuo de medicamentos prescritos anteriormente, mesmo que a condição clínica tenha evoluído; falta de acompanhamento adequado após a prescrição inicial, o que pode dificultar a avaliação da eficácia do tratamento e a necessidade de ajustes na medicação, levando à renovação da receita sem uma nova avaliação. Além disso, a automedicação e a pressão por parte dos pacientes para manter o tratamento podem contribuir para a renovação excessiva de receitas. Tais dados geram um alerta sobre o uso desnecessário de medicamentos, com risco de efeitos colaterais e interações medicamentosas; a perpetuação de tratamentos com indicações duvidosas ou que não são mais necessários; risco de dependência e resistência a medicamentos; dificuldade em identificar e tratar outras condições de saúde que possam ter surgido [15].

Tabela 17 – PROBLEMA/CONDIÇÃO AVALIADA POR PROFISSIONAIS DA APS COM O CID Z.76.0 ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024.

PROBLEMA/CONDIÇÃO AVALIADA	2020	2021	2022	2023	2024
Total de problemas/condições avaliadas	9335	14254	29613	39384	32066
Total de problema/condição avaliada com o CID Z.76.0 - Emissão de prescrição de repetição	552	933	4084	5511	5662
%	5,91%	6,55%	13,79%	13,99%	17,66%

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 26/06/2025.

As equipes de Saúde Bucal (eSB) devem proporcionar educação em saúde bucal e atendimento odontológico fundamentado nos princípios da atenção à saúde, especialmente o da integralidade, atendendo pessoas em todas as fases da vida — de bebês a idosos — com foco especial em grupos com condições fisiológicas ou patológicas específicas, como gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças de 0 a 14 anos. As ações realizadas são educativas, preventivas e curativas. Os procedimentos coletivos ocorrem em escolas, campanhas de

vacinação e ações voltadas a grupos específicos, enquanto os procedimentos individuais são realizados nas Unidades de Saúde.

A tabela 18 descreve o tipo de consulta realizada, sendo possível observar que neste período houve uma expansão quantitativa e, sobretudo, uma reorientação qualitativa da prática odontológica: menos foco em urgências e lacunas de informação, mais ênfase em acolhimento programado, seguimento clínico e consolidação de prontuários no e-SUS APS — tendências alinhadas ao fortalecimento da Atenção Primária no período pós-Covid-19 [15].

Tabela 18 - TIPO DE CONSULTA DO CIRURGIÃO DENTISTA EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de consulta	2020	2021	2022	2023	2024
Primeira consulta programática	263	1050	1284	2443	1865
Consulta de retorno	491	1283	2374	4073	3075
Consulta de manutenção	103	139	129	465	335
Atendimento de urgência	390	580	718	601	255
Não informado	538	507	872	469	60

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 26/06/2025.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua como educador em saúde no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS). Suas práticas educativas, especialmente nas visitas domiciliares, são fundamentais para promover a saúde e prevenir doenças por meio da divulgação de informações confiáveis. Além disso, ele identifica situações de vulnerabilidade e necessidades clínicas, informando os serviços sobre possíveis intervenções. O ACS também realiza o mapeamento e cadastramento de dados demográficos e sociais da população atendida pelas equipes de Saúde da Família. As visitas domiciliares podem ter diversos objetivos, como cadastramento, atualização de dados, busca ativa, acompanhamento de casos, ações de prevenção, entre outros. Em relação ao trabalho do ACS, a visita domiciliar pode ter diferentes motivos, tais como: cadastramento/atualização, visita periódica, busca ativa, acompanhamento, controle ambiental/vetorial, egresso de internação, convite para alguma ação, orientação/prevenção, dentre outros.

A tabela 19 apresenta a distribuição da população, por sexo e faixa etária, em relação aos cadastros individuais realizados pelos ACS no e-SUS APS em abril de 2025, no qual podemos observar que 51,29% da população é composta por mulheres [15].

Tabela 19 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA NO E-SUS APS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA EM ABRIL DE 2025.

Faixa etária / Sexo	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	172	179	351
01 ano	128	130	258
02 anos	126	107	233
03 anos	124	123	247
04 anos	136	132	268

05-09 anos	689	690	1379
10-14 anos	635	622	1257
15-19 anos	615	666	1281
20-24 anos	611	617	1228
25-29 anos	677	751	1428
30-34 anos	638	735	1373
35-39 anos	765	793	1558
40-44 anos	765	851	1616
45-49 anos	767	735	1502
50-54 anos	660	672	1332
55-59 anos	597	626	1223
60-64 anos	531	563	1094
65-69 anos	449	470	919
70-74 anos	346	381	727
75-79 anos	211	227	438
Maior 80 anos	204	299	503
Total	9846	10369	20215
<i>% da população</i>	<i>48,71%</i>	<i>51,29%</i>	

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 04/05/2025.

A tabela 20 apresenta o motivo da visita do ACS entre os anos de 2020 e 2024. As visitas de orientação/prevenção configuram o maior motivo de visitas do ACS, seguido de acompanhamento e busca ativa, refletindo o esforço de monitorar condições crônicas e localizar indivíduos com demandas específicas. As visitas de orientação/prevenção são destinadas à realização de orientações específicas relacionadas às condições de saúde e situações apresentadas pelo cidadão ou para prevenção de agravos. As visitas de acompanhamento são as visitas relacionadas à vigilância de condições de saúde tais como: pessoas com doenças crônicas, fases da vida, condições de vulnerabilidade, bolsa família, dentre outras [15].

No extremo oposto, “Visita periódica”, despencou, sugerindo substituição de rotinas padronizadas por abordagens mais direcionadas e interativas. Os motivos de baixa frequência (“Controle ambiental/vetorial” e “Egresso de internação”) permaneceram residuais, ainda que o segundo tenha duplicado em termos absolutos, indicando maior articulação com a atenção hospitalar.

Por fim, a categoria “Não informado” cresceu, alertando para problemas de registro que podem comprometer análises futuras.

Em síntese, a série revela uma expansão quantitativa das visitas e uma inflexão qualitativa: menos agendas fixas e mais ações de prevenção, busca ativa, mobilização social e atualização cadastral — panorama coerente

com a reorientação da Atenção Primária brasileira após a pandemia e a consolidação dos instrumentos digitais de gestão [15].

Tabela 20 - MOTIVO DA VISITA DO ACS EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAL ENTRE 2020 E 2024.

Motivo de visita	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acompanhamento	17731	15,09%	19066	15,29%	24361	16,02%	30649	16,57%	26210	15,57%
Busca ativa	15255	12,99%	21596	17,31%	27978	18,40%	29195	15,78%	23146	13,75%
Cadastramento / Atualização	2985	2,54%	4189	3,36%	8939	5,88%	7137	3,86%	11617	6,90%
Controle ambiental / vetorial	332	0,28%	65	0,05%	96	0,06%	455	0,25%	64	0,04%
Convite para atividades coletivas / campanha de saúde	3098	2,64%	3883	3,11%	7785	5,12%	10278	5,56%	11294	6,71%
Egresso de internação	101	0,09%	150	0,12%	245	0,16%	257	0,14%	335	0,20%
Orientação / Prevenção	30369	25,85%	34541	27,69%	46189	30,37%	55582	30,04%	47051	27,95%
Outros	15296	13,02%	18668	14,97%	24929	16,39%	33217	17,95%	32658	19,40%
Visita periódica	30855	26,26%	19595	15,71%	2782	1,83%	2042	1,10%	3875	2,30%
Não informado	1456	1,24%	2977	2,39%	8760	5,76%	16194	8,75%	12120	7,20%
Total	117478		124730		152064		185006		168370	

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 26/06/2025.

Para tornar o trabalho dos ACS mais direcionado é necessário implementar ferramentas que auxiliem na identificação de forma rápida e eficiente, de quais famílias ou indivíduos precisam de maior atenção e cuidados especiais. Essa avaliação ajuda os agentes comunitários de saúde a priorizarem as visitas, garantindo que as pessoas mais vulneráveis ou com maior risco de desenvolver problemas de saúde recebam acompanhamento adequado.

Para atender a essa necessidade, é possível utilizar ferramentas de avaliação do risco das famílias, como a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. Essa escala pretende determinar o risco social e de saúde das famílias adscritas a uma eSF, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Ela utiliza dados do cadastro domiciliar e individual com relevância epidemiológica, sanitária e com potencial de impacto familiar definidos como Sentinelas de Risco. Assim, o uso da escala favorece o acesso na medida que prioriza a atenção no domicílio e permite assistir às famílias com integralidade e equidade das ações desenvolvidas pela eSF. Ela ainda torna mais fácil a coordenação do cuidado uma vez que permite entender as necessidades de cada família [41].

A importância dessa classificação está em promover uma atenção mais direcionada e eficiente. Com ela, os agentes podem identificar famílias com condições de saúde delicadas, fatores de risco sociais ou ambientais, além de necessidades específicas, como crianças, idosos ou pessoas com doenças crônicas. Assim, eles podem planejar visitas mais estratégicas, oferecer orientações, realizar ações de prevenção e garantir que ninguém fique sem o cuidado necessário.

Além disso, a classificação de risco contribui para o uso mais racional dos recursos de saúde, evitando visitas desnecessárias e focando naquelas famílias que realmente precisam de atenção especial. Isso melhora a qualidade do cuidado, fortalece a relação entre a equipe de saúde e a comunidade, e ajuda a promover uma vida mais saudável para todos.

A figura 6 apresenta o modelo com as Sentinelas de Risco da Escala de Coelho-Savassi utilizada em Marechal Floriano, o escore atribuído a cada sentinela e a classificação final da família. Essa classificação auxilia a eSF a organizar o cuidado no território ao indicar a frequência da visita domiciliar necessária à família [42].

Figura 6 - ESCALA DE COELHO-SAVASSI.

Sentinelas de Risco			Escore de Risco	Escore da Família
1	Acamado		3	
2	Deficiência Física		3	
3	Deficiência Mental		3	
4	Baixas Condições de Saneamento e/ou Higiene		3	
5	Desnutrição (Grave)		3	
6	Uso e drogas lícitas e/ou ilícitas		2	
7	Desemprego		2	
8	Gestante e/ou puérpera		2	
9	Analfabetismo		1	
10	Menor de 01 ano		1	
11	Maior 60 anos		1	
12	HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)		1	
13	Diabetes Mellitus		1	
14	Relação Morador/Cômodo		Maior que 1	
			Igual a 1	
			Menor que 1	
ESCORE TOTAL DA FAMÍLIA				

Escore Total	Risco Familiar	Frequência de visita domiciliar
0 a 4	R0 – Risco habitual	60 a 90 dias
5 ou 6	R1 – Risco menor	45 a 60 dias
7 ou 8	R2 – Risco médio	30 a 45 dias
Acima de 9	R3 – Risco máximo	15 a 30 dias

Fonte: COELHO-SAVASSI, 2012 [42].

Além da produção já apresentada, a APS também desenvolve outras atividades ligadas à programas ou atividades voltadas a populações específicas. A seguir, serão apresentados dados relacionados ao Programa

Saúde na Escola, atividades voltadas às pessoas com doenças crônicas, pessoas com deficiência, atividades para populações por ciclos de vida e outras.

O **Programa Saúde na Escola (PSE)** é uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, voltada a crianças, adolescentes, jovens e adultos da rede pública de ensino, por meio do desenvolvimento de 14 ações mediante práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das condições clínicas dos educandos da rede municipal.

O PSE foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e teve suas regras redefinidas pela Portaria Interministerial nº. 1.055, de 25 de abril de 2017 [43, 44].

O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre Saúde e Educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos [45].

A tabela 21 apresenta a quantidade de atividades coletivas desenvolvidas no âmbito do PSE e a quantidade de participantes nas atividades nos anos de 2023 e 2024 [15]. É possível observar um aumento da quantidade de atividades coletivas realizadas quando comparamos 2023 e 2024, e um expressivo aumento na quantidade de participantes nas ações, indicando um maior alcance dos objetivos do Programa. Podemos destacar que as ações que tiveram maior número de participantes em 2024 foram: alimentação saudável e prevenção da obesidade, saúde bucal, saúde ambiental, verificação da situação vacinal e saúde mental.

Tabela 21 - AÇÕES DO PSE E QUANTIDADE DE PARTICIPANTES EM NÚMEROS ABSOLUTOS NOS ANOS DE 2023 e 2024.

Atividades do PSE	2023		2024	
	nº atividades coletivas	nº participantes	nº atividades coletivas	nº participantes
Alimentação saudável e prevenção da obesidade	64	7301	93	25830
Promoção da atividade física	9	779	13	2206
Promoção da cultura de paz e direitos humanos	17	2525	8	1117
Prevenção das violências e dos acidentes	22	2977	8	1117
Prevenção de doenças negligenciadas	1	25	3	427
Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas	11	861	1	38
Prevenção à Covid-19	5	452	8	631
Saúde ambiental	42	4426	78	16435
Saúde bucal	117	9904	156	24616
Saúde auditiva	9	587	2	38
Saúde ocular	16	1212	21	1907
Saúde mental	10	1896	22	11131
Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST	5	477	5	626
Verificação da situação vacinal	66	2153	58	13054
Total	394	35575	476	99173

Fonte: SISAB, ACESSO EM 29/06/2025. DADOS SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A **Atenção à Saúde da Criança** é responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e faz parte da avaliação Integral à Saúde da Criança proporcionando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno. A Caderneta da Saúde da Criança é um passaporte da cidadania de todas as crianças nascidas em território nacional é um importante instrumento de registro e orientações que auxilia nesse acompanhamento. Seu uso adequado possibilita o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde.

A Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. O Art. 227 da Constituição Federal (CF) de 1988 define como dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança o direito à vida e à saúde [46].

As tabelas 23 a 25 apresentam os dados referentes a crianças menores de 1 ano, crianças entre 1 e 4 anos e crianças entre 5 e 9 anos, em relação a quantidade de consultas, procedimentos, visita do ACS e vacinação no ano de 2020 [15].

A tabela 22 mostra que, entre 2020 e 2024, há uma forte presença de atendimentos pediátricos e visitas domiciliares ao longo dos anos, refletindo uma atenção contínua às crianças menores de 1 ano na ESF. Também é possível observar que os atendimentos de enfermagem também cresceram bastante, especialmente a partir de 2023.

Apesar de uma leve redução em alguns tipos de atendimento em 2024, os números permanecem altos, indicando uma estratégia consistente de cuidado e acompanhamento dessa faixa etária.

Tabela 22 - TIPO DE ATENDIMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO NA ESF EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de atendimento (menores de 1 ano)	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento médico das eSF	72	102	105	103	69
Atendimento pediatra	615	767	899	849	832
Atendimento da enfermagem	37	42	92	243	217
Atendimento odontológico	2	6	16	18	24
Visita domiciliar	645	620	861	1117	976

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A tabela 23 apresenta o tipo de atendimento por categoria profissional para crianças de 1 a 4 anos na ESF entre 2020 e 2024. É possível observar uma tendência geral de crescimento na oferta de atendimentos às crianças de 1 a 4 anos no âmbito da ESF, especialmente a partir de 2022. Esse avanço está relacionado à intensificação da atenção integral à saúde infantil, à ampliação das visitas domiciliares, e ao fortalecimento do papel da enfermagem e da odontologia [15].

O aumento expressivo dos atendimentos multidisciplinares reforça o modelo de atenção primária ampliada e integrada, conforme os princípios do SUS.

Tabela 23 - TIPO DE ATENDIMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL PARA CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS NA ESF EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de atendimento (1-4 anos)	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento médico	308	288	437	529	466
Atendimento pediatria	385	465	566	657	576
Atendimento da enfermagem	53	41	205	388	317
Atendimento odontológico	43	75	188	311	189
Visita domiciliar	1678	1707	3044	3843	3455

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A tabela 24 apresenta o tipo de atendimento por categoria profissional para crianças de 5 a 9 anos na eSF em números absolutos entre 2020 e 2024. A análise revela que a atenção às crianças nesta faixa etária na Estratégia Saúde da Família tem se fortalecido, especialmente a partir de 2022. Destacam-se o aumento expressivo nos atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos, além da continuidade das visitas domiciliares como eixo fundamental da atenção integral [15].

Apesar de pequenas reduções em 2024 em algumas categorias, os dados ainda indicam uma estrutura consolidada de atendimento, com atenção multiprofissional e foco no acompanhamento territorial. Assim, é importante que o município mantenha o monitoramento dos indicadores para garantir a continuidade e a qualidade da assistência.

Tabela 24 - TIPO DE ATENDIMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL PARA CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS NA ESF EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de atendimento (5-9 anos)	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento médico	330	470	801	1016	935
Atendimento pediatria	155	215	171	186	180
Atendimento da enfermagem	63	66	247	436	264
Atendimento odontológico	201	463	609	1169	809
Visita domiciliar	1988	2260	3764	4898	4154

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A **Atenção à Saúde do Adolescente** foi instituída em 2006. Seguindo a convenção elaborada pela OMS, o MS adota o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Essa política visa garantir a atenção integral durante a adolescência, elaborar ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, reduzir as principais doenças e agravos, bem como melhorar a vigilância à saúde e contribuir para a qualidade de vida das pessoas que estão na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade. Dentro da política voltada para essa população também é possível considerar as questões de gênero, a orientação sexual, a raça/etnia, o meio familiar, as condições de vida, a escolaridade e o trabalho, visando a promoção à saúde, a prevenção de agravos e a redução da morbimortalidade, na faixa

etária de 10 a 19 anos, tendo três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva, e redução da morbimortalidade por causas externas [47].

Nesse contexto, a ampliação do cuidado de adolescentes na Atenção Primária visa promover ações considerando as especificidades características dessa fase do desenvolvimento por meio do acompanhamento do desenvolvimento físico e cognitivo, mas também estimular o protagonismo social incorporando nas ações de saúde temáticas relacionadas à prevenção da violência e acidentes, de cidadania e direitos humanos, dentre outras.

A Tabela 25 apresenta o tipo de atendimento por categoria profissional para a população de 10 a 19 anos em números absolutos entre 2020 e 2024 [15].

Nela, é possível observar que o quinquênio revela uma ampliação marcante do cuidado ao adolescente, especialmente via visitas domiciliares e odontologia, seguida por um ajuste natural em 2024.

Os dados sugerem a necessidade de um atenção especial quanto: sustentar visitas domiciliares qualificadas, priorizando adolescentes em maior vulnerabilidade (saúde mental, violência, gestação, doenças crônicas); consolidar consultas de enfermagem para aconselhamento em sexualidade, planejamento familiar e acompanhamento de enfermidades de baixa gravidade, aliviando a agenda médica; monitorar a retomada odontológica para evitar novas quedas e garantir prevenção e tratamento continuados; aprimorar o registro no e-SUS APS a fim de capturar a resolutividade das ações e permitir análises por sexo, escola ou território, facilitando a avaliação de equidade.

Tabela 25 - TIPO DE ATENDIMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL PARA POPULAÇÃO DE 10 A 19 ANOS EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de atendimento (10-19 anos)	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento médico	1142	1526	1791	2207	1956
Atendimento da enfermagem	247	235	590	833	713
Atendimento odontológico	202	528	640	1196	894
Visita domiciliar	3526	4225	7282	9543	8317

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A Política Nacional de Atenção Integral à **Saúde da Mulher** foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2004 e contempla a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde, devendo atingir as mulheres em todos os ciclos de vida. A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher, de forma humanizada [48].

A tabela 26 apresenta os atendimentos realizados por diferentes categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a população feminina de 20 a 59 anos, em números absolutos, entre 2020 e 2024. Sua análise evidencia que a população feminina de 20 a 59 anos foi majoritariamente atendida por visitas domiciliares, reafirmando o papel central da ESF no cuidado próximo, territorializado e contínuo [15].

A flutuação intensa nos atendimentos médicos e a redução nos registros de enfermagem e odontologia após picos de atendimento indicam que o sistema passou por fases distintas: contenção, retomada acelerada e estabilização.

O crescimento consistente nos atendimentos ginecológicos, ainda que em volume modesto, é um ponto positivo e deve ser incentivado, pois reforça a importância da atenção integral à saúde da mulher, com ações que vão além do atendimento clínico, promovendo cuidado contínuo e preventivo.

Tabela 26 - TIPO DE ATENDIMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL PARA POPULAÇÃO FEMININA DE 20 A 59 ANOS EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de atendimento (feminino 20-59 anos)	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento médico nas eSF	6802	7982	3789	12258	3981
Atendimento de ginecologista na APS	310	481	109	410	659
Atendimento da enfermagem nas eSF	1618	2122	8855	5122	4262
Atendimento odontológico nas eSF	491	1042	3784	2584	1746
Visita domiciliar	11247	12167	17530	22049	19967

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A tabela 27 reúne, em números absolutos, os exames de rastreamento realizados entre 2020 e 2024 em três faixas etárias (população-alvo e idades fora da recomendação) para: citopatológico do colo uterino – rastreamento recomendado para mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos após dois exames anuais negativos; mamografia – rastreamento bianual recomendado para mulheres de 50 a 69 anos no SUS [15].

O exame citopatológico de colo uterino é o método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero. Ele deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regrediram espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução. A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento [49].

A mamografia de rastreamento é um exame de rotina de mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama, sendo recomendada na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos. Mamografias realizadas fora dessa faixa etária tem a finalidade diagnóstica e são realizadas quando existem sinais ou sintomas suspeitos de câncer de mama [49].

Entre 2020 e 2023, houve crescimento robusto nos exames citopatológicos e mamografias, sinalizando esforço para recuperar o atraso gerado pela pandemia. A queda moderada em 2024, ainda com volumes superiores a 2020, indica uma provável estabilização do serviço, mas exige vigilância. O uso significativo de exames fora da idade recomendada é um alerta: além de consumir recursos, pode expor mulheres a procedimentos

desnecessários. Concentrar esforços na população-alvo, manter a capacidade instalada e qualificar o registro são medidas essenciais para garantir a efetividade do rastreamento e reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero e de mama [50].

Tabela 27 - EXAMES CITOPATOLÓGICOS DE COLO UTERINO E MAMOGRAFIAS POR POPULAÇÃO ALVO EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Exame	População alvo (25-64 anos)	2020	2021	2022	2023	2024
Citopatológico	População alvo (25-64 anos)	689	964	1306	1250	1072
	População abaixo de 24 anos	73	114	139	134	139
	População acima de 65 anos	56	71	105	110	85
	Total	818	1149	1550	1494	1296
Mamografia	População alvo (50-69 anos)	106	148	188	239	208
	População abaixo de 49 anos	46	73	68	114	119
	População acima de 70 anos	4	9	14	31	26
	Total	156	230	270	384	353

Fonte: TABNET/DATASUS, ACESSO EM 29/06/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A Linha de Cuidado Materno-infantil (Rede Alyne) tem como finalidade a organização da atenção e assistência nas ações do pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. Quando realizado de forma adequada as ações do cuidado materno-infantil são capazes de prevenir riscos na gestação, melhorar a condição de saúde do bebê, reduzir complicações no parto e puerpério e na mortalidade materno infantil. Nesse contexto também é necessário analisar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal prestada nos serviços de saúde para que sejam implementadas mudanças nas condições de atenção ao parto e ao nascimento e assim possam ser reduzidos os coeficientes de mortalidade materna e infantil [51].

O pré-natal tem como objetivo um acompanhamento seguro do desenvolvimento da gestação, sendo fundamental o envolvimento de toda equipe para a assistência integral à gestante. Deve ser realizado num contexto abrangente, multidisciplinar e humanizado. Portanto, é importante que a equipe de saúde ao desenvolver as ações do pré-natal seja sensível e entenda os anseios e as dúvidas da gestante, estando capacitada para prestar a melhor assistência, tanto física quanto emocional. É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades. O acolhimento à gestante será o diferencial e a garantia da continuidade do pré-natal nas consultas, exames, medicamentos, atividades educativas, entre outros, e com inserção da enfermagem na assistência. A Rede Materno-infantil determina um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres.

Para organizar a prestação da assistência pré-natal, parto e puerpério, às gestantes acompanhadas nas eSF são classificadas de acordo com o risco da gestação que leva em consideração uma série de fatores individuais de saúde. A estratificação de risco da gestante permite organizar a rede assistencial proporcionando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde. O modelo de estratificação utilizado no município classifica a

gestação em 4 níveis: risco habitual, risco médio, alto risco e muito alto risco. A classificação do risco determina o nível de complexidade necessário para o momento do parto, assim, as gestantes classificadas com risco habitual e médio risco são vinculadas à Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Unidade Pro Matre, localizada em Vitória, e as gestantes com alto risco ou muito alto risco são vinculadas ao Hospital Dr. Jayme dos Santos Neves, na Serra.

A tabela 28 apresenta o tipo de partos em números absolutos e seu percentual de nascidos vivos por tipo de parto entre 2020-2024 [16].

O padrão mostra que o parto cesáreo permanece predominante, embora tenha havido oscilações. O parto vaginal vem apresentando aumento até 2023, seguido de uma redução em 2024. A OMS recomenda que 85% dos partos sejam vaginais, porém os dados demonstram que menos de 50% dos partos são cesarianos. Esses dados podem refletir mudanças nas práticas médicas, preferências das gestantes ou a necessidade de políticas de saúde que incentivem a realização do parto vaginal [16].

Tabela 28 – NASCIDOS VIVOS POR TIPO DE PARTO EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de Parto	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vaginal	64	31,68%	91	36,55%	77	39,09%	102	42,86%	66	33,50%
Cesário	138	68,32%	156	62,65%	120	60,91%	136	57,14%	131	66,50%
Ignorado	0	0,00%	2	0,80%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	202		249		197		238		197	

Fonte: SINASC/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 15/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 29 apresenta o total de nascidos vivos considerando a duração da gestação, entre 2020 e 2024.

De modo geral, a maioria dos nascidos vivos apresenta uma gestação entre 37 e 41 semanas, o que é considerado a duração normal da gestação. No município houve uma estabilidade na proporção de nascimentos dentro do período considerado ideal.

Os nascidos prematuros, ou seja, aqueles com menos de 37 semanas, representam uma parcela menor, mas importante. Houve uma leve diminuição na proporção de partos prematuros mais precoces ao longo dos anos, embora ainda representassem uma parcela significativa.

Os nascidos com menos de 22 semanas foram inexistentes em todos os anos, o que é positivo, pois indica que não há registros de partos extremamente prematuros nesse período.

Por fim, uma pequena quantidade de registros foi classificada como "ignorado", especialmente em 2020, o que pode refletir limitações na coleta de dados ou dificuldades na classificação da duração da gestação.

Os dados mostram uma predominância de partos com duração normal da gestação, com uma estabilidade ao longo dos anos, e uma redução ou estabilidade na ocorrência de partos prematuros, o que é um bom indicativo de saúde materno-infantil no município de Marechal Floriano.

Tabela 29 – NASCIDOS VIVOS POR DURAÇÃO DA GESTAÇÃO EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS ENTRE 2020-2024.

Duração da Gestação	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 22 semanas	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
De 22 a 27 semanas	2	0,99%	0	0,00%	2	1,02%	0	0,00%	0	0,00%
De 28 a 31 semanas	1	0,50%	3	1,20%	1	0,51%	1	0,42%	2	1,02%
De 32 a 36 semanas	17	8,42%	30	12,05%	12	6,12%	27	11,39%	20	10,15%
De 37 a 41 semanas	178	88,12%	205	82,33%	175	89,29%	208	87,76%	174	88,32%
42 semanas ou mais	3	1,49%	11	4,42%	6	3,06%	1	0,42%	1	0,51%
Ignorado	1	0,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	202		249		196		237		197	

Fonte: SINASC/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 15/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 30 apresenta o peso ao nascer de nascidos vivos entre 2020-2024. Os dados indicam que mais de 60% dos nascidos vivos apresentam um peso ao nascer de 3000 a 3999 gramas [16]. Este intervalo é geralmente considerado saudável, indicando que a maioria dos nascidos vivos apresenta peso adequado ao nascer.

Houve uma tendência de estabilidade na faixa etária de 2500g a 2999g, que é considerada dentro dos padrões normais (embora no limite inferior) e uma tendência a queda no percentual de recém-nascidos com 4000g ou mais. A redução pode estar associada a melhores práticas de acompanhamento pré-natal e controle de fatores como diabetes gestacional. Os recém-nascidos com peso abaixo de 2500g constituem uma minoria [16].

Há uma estabilidade nos números ao longo dos anos, embora com pequenas variações.

Tabela 30 - NASCIDOS VIVOS POR PESO AO NASCER EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS ENTRE 2020-2024.

Peso ao nascer	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 500g	2	0,99%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
500 a 999g	1	0,50%	1	0,40%	3	1,52%	0	0,00%	0	0,00%
1000 a 1499 g	2	0,99%	3	1,20%	0	0,00%	1	0,42%	0	0,00%
1500 a 2499 g	7	3,47%	17	6,83%	11	5,58%	18	7,56%	14	7,11%
2500 a 2999 g	41	20,30%	48	19,28%	38	19,29%	44	18,49%	39	19,80%
3000 a 3999 g	129	63,86%	166	66,67%	133	67,51%	167	70,17%	133	67,51%
4000g e mais	20	9,90%	14	5,62%	12	6,09%	8	3,36%	11	5,58%
Ignorado	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	202		249		197		238		197	

Fonte: SINASC/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 15/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 31 apresenta o percentual de nascidos vivos por idade da mãe entre 2020-2024. As idades entre 20 e 29 anos predominam na maioria dos nascimentos ao longo dos anos. Isso indica que a maioria das mães que tiveram filhos nesse período estavam nessa faixa etária.

Idades mais jovens (10 a 14 anos) tiveram uma participação muito pequena, o que é um sinal positivo em relação à redução de nascimentos nessa faixa etária.

Idades mais avançadas (40 a 44 anos e 45 a 49 anos) tiveram números bem baixos, com pequenas variações.

Ao longo dos anos nota-se uma leve diminuição na participação das mães mais jovens (15 a 19 anos). Já a faixa etária de 25 a 29 anos manteve uma participação relativamente estável.

A maioria dos nascimentos ocorre entre mulheres de 20 a 29 anos, com uma tendência de diminuição na participação de mães mais jovens e uma participação muito baixa de mães em faixas etárias mais avançadas. Esses dados podem refletir mudanças sociais, de saúde ou de planejamento familiar ao longo desses anos, com ações educativas sobre sexualidade [16].

Tabela 31 - NASCIDOS VIVOS POR IDADE DA MÃE EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS ENTRE 2020-2024.

Idade da Mãe	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 14 anos	0	0,00%	1	0,40%	1	0,51%	0	0,00%	0	0,00%
15 a 19 anos	33	16,34%	25	10,04%	23	11,68%	23	9,66%	16	8,12%
20 a 24 anos	49	24,26%	59	23,69%	38	19,29%	48	20,17%	42	21,32%
25 a 29 anos	43	21,29%	55	22,09%	54	27,41%	68	28,57%	49	24,87%
30 a 34 anos	43	21,29%	59	23,69%	47	23,86%	53	22,27%	48	24,37%
35 a 39 anos	29	14,36%	35	14,06%	29	14,72%	36	15,13%	34	17,26%
40 a 44 anos	5	2,48%	15	6,02%	3	1,52%	10	4,20%	8	4,06%
45 a 49 anos	0	0,00%	0	0,00%	2	1,02%	0	0,00%	0	0,00%
Total	202		249		197		238		197	

Fonte: SINASC/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 15/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 32 apresenta o percentual de nascidos vivos por número de consultas de pré-natal entre 2020-2024. O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo 6 consultas durante a gestação.

Observa-se que nos anos analisados o percentual de 7 ou mais consultas superou a marca de 65% em todos os anos [16], indicando uma boa adesão ao acompanhamento pré-natal, o que é fundamental para a saúde da mãe e do bebê.

A quantidade de mães que não fizeram nenhuma consulta de pré-natal foi muito pequena, bem como, as que tiveram acompanhamento limitado, o que é um dado positivo.

No geral, houve uma tendência de aumento na proporção de mães que realizaram sete ou mais consultas ao longo dos anos, o que é um sinal positivo de maior acesso e conscientização sobre a importância do pré-natal, com uma gestação mais segura e saudável [16].

Tabela 32 - NASCIDOS VIVOS POR NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS ENTRE 2020-2024.

Consulta Pré-Natal	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	1	0,50%	2	0,80%	2	1,02%	4	1,68%	2	1,02%
De 1 a 3 consultas	6	2,97%	10	4,02%	12	6,09%	6	2,52%	5	2,54%
De 4 a 6 consultas	55	27,23%	47	18,88%	43	21,83%	41	17,23%	35	17,77%
7 ou mais consultas	140	69,31%	190	76,31%	140	71,07%	186	78,15%	154	78,17%
Ignorado	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,42%	1	0,51%
Total	202		249		197		238		197	

Fonte: SINASC/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 15/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A mortalidade infantil compreende os óbitos de menores de um ano de idade. A tabela 33 apresenta os dados relativos à mortalidade infantil e a taxa de mortalidade infantil entre 2020 e 2024. Essa taxa é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação de um município, pois tem relação direta com o estágio de desenvolvimento socioeconômico. Taxas de mortalidade infantil menores de 20 são classificadas como baixas [17].

A flutuação nos óbitos, especialmente na faixa de 0 a 6 dias, indica a possibilidade de fatores externos que podem ter afetado a saúde dos recém-nascidos, como condições de parto, acesso a cuidados neonatais, entre outros. A maior parte dos óbitos na infância concentram-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês, e existe uma relação das causas perinatais como a prematuridade, o que evidencia a importância dos cuidados durante a gestação e a assistência ao parto.

A ausência de óbitos entre 7 e 27 dias em 2020 a 2022 e sua ocorrência em 2023, seguida pelo retorno a zero em 2024, sugere que essa faixa etária é bastante sensível a intervenções de saúde pública.

O total de óbitos em 2022 apresenta um pico (4), que é um ponto de preocupação, especialmente considerando que em outros anos os números foram mais baixos.

A taxa de mortalidade infantil mostra uma grande variação, com um pico notável em 2022 e 2024. A queda em 2021 é promissora e parece indicar um potencial avanço nas práticas de saúde, mas o aumento em anos subsequentes levanta questões sobre a necessidade de novos esforços e intervenções específicas.

O número de nascidos vivos também apresenta flutuações, que podem impactar a análise da taxa de mortalidade infantil. Um número absoluto menor de recém-nascidos pode distorcer a TMI se mantidos os índices de óbitos.

A análise da tabela revela uma dinâmica preocupante na mortalidade infantil. Embora haja anos com taxas melhores, os picos de mortalidade em determinados anos indicam a necessidade de intervenções focadas na saúde neonatal. Adicionalmente, os dados sugerem que a saúde materna e a qualidade dos serviços de saúde devem ser prioridades para reduzir a mortalidade nessa faixa etária crítica. Monitoramento contínuo e estratégias de saúde pública adaptativas são essenciais para abordar esses desafios e melhorar as condições de sobrevivência infantil.

Tabela 33 - ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO EM NÚMEROS ABSOLUTOS E TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL ENTRE 2020 E 2024.

Faixa Etária	2020	2021	2022	2023	2024
0 a 6 dias	2	1	3	0	2
7 a 27 dias	0	0	0	1	0
28 dias a <1 ano	1	1	1	1	2
Total	3	2	4	2	4
Total de nascidos vivos	202	249	197	238	197
Taxa de mortalidade infantil	14,85	8,03	20,30	8,40	20,30

Fonte: SIM/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 16/05/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 34 apresenta os óbitos de mulheres em idade fértil por faixa etária em números absolutos entre 2020 e 2024. Ela mostra a evolução dos óbitos entre mulheres de 15 a 49 anos ao longo de cinco anos, dividida por faixas etárias [17].

Verifica-se que a faixa 30 a 49 anos concentra a maior parte dos óbitos ao longo do período. Jovens entre 15 e 19 anos apresentaram baixíssima mortalidade, com anos inteiros sem registros. Apesar da queda em geral, a alta em 2024 entre mulheres de 20 a 29 anos merece atenção.

Assim, há uma tendência geral de redução dos óbitos entre mulheres em idade fértil entre 2020 e 2024, com mudanças significativas nas faixas etárias mais velhas (30 a 49 anos). No entanto, o aumento em 2024 entre jovens adultas (20 a 29 anos) pode indicar uma necessidade de investigação e políticas específicas para esse grupo etário.

Tabela 34 - ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL POR FAIXA ETÁRIA EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Faixa Etária	2020	2021	2022	2023	2024
15 a 19 anos	0	1	1	0	0
20 a 29 anos	1	2	0	1	3
30 a 39 anos	4	4	1	0	1
40 a 49 anos	5	2	4	2	1
Total	10	9	6	3	5

Fonte: SIM/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 29/06/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A tabela 35 nos mostra os óbitos de mulheres em idade fértil por causa capítulo em números absolutos entre 2020 e 2024, se as causas externas e as neoplasias são os dois grupos de maior destaque ao longo do período [17].

A queda dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias indica avanços em prevenção, diagnóstico ou tratamento, entretanto a emergência de transtornos mentais como causa de morte em 2022 e 2023 sugere necessidade de atenção à saúde mental feminina.

A mortalidade por causas maternas (gravidez, parto e puerpério) foi mínima, o que pode indicar eficácia nas ações de saúde materna, mas exige vigilância contínua.

Entre 2020 e 2024, os óbitos de mulheres em idade fértil caíram pela metade, com destaque para a redução de mortes por causas infecciosas. No entanto, as neoplasias e as causas externas permanecem como os principais desafios, enquanto a presença de transtornos mentais como causa de morte nos anos mais recentes alerta para a necessidade de ações estratégicas em saúde mental. O monitoramento contínuo e ações intersetoriais são essenciais para manter essa tendência de queda e abordar novas vulnerabilidades.

Tabela 35 - ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL POR CAUSA CAPÍTULO EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

CAUSA CAPÍTULO CID-10	2020	2021	2022	2023	2024
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	2	0	0	0
Neoplasias (tumores)	2	3	0	1	2
Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	2	0
Doenças do sistema nervoso	1	0	0	0	0
Doenças do aparelho circulatório	1	0	1	0	1
Gravidez parto e puerpério	0	1	0	0	0
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	3	3	4	0	2
Total	10	9	6	3	5

Fonte: SIM/TABNET/DATASUS, ACESSO EM 29/06/2025, DADOS DE 2024 SUJEITOS À ALTERAÇÃO.

A **Atenção à Saúde do Homem** foi instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 com o objetivo de reconhecer a necessidade de identificar os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade como uma estratégia de atenção integral à saúde, haja vista que muitos agravos poderiam ser evitados, caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária [52].

Por questões sociais e culturais é observado que o homem não tem o hábito de buscar os serviços de saúde de forma preventiva, assim, a saúde do homem visa à quebra de paradigmas, e para atingir o objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, ela desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

- Acesso e Acolhimento:** objetiva reorganizar as ações de saúde, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados;
- Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:** busca reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, implementando estratégias para aproximá-los desta temática;
- Paternidade e Cuidado:** objetiva orientar sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos;
- Doenças prevalentes na população masculina:** busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

- e) **Prevenção de Violências e Acidentes:** visa desenvolver ações sobre a relação existente entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes.

A Atenção à Saúde do Homem no município de Marechal Floriano precisa ser implementada de forma a incentivar o desenvolvimento de ações que conscientizem esse público sobre a importância de buscar os serviços de saúde. Da mesma forma, os serviços de saúde precisam se organizar para receber a população masculina buscando facilitar o acesso e ofertando ações voltadas para a prevenção e promoção de saúde na APS, mitigando a agudização das condições de saúde que necessitarão de intervenções na atenção secundária e terciária.

A tabela 36 apresenta os dados em relação ao tipo de atendimento por categoria profissional para população masculina de 20 a 59 anos em números absolutos entre 2020 e 2024. Mostra a evolução dos atendimentos realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) para homens adultos, destacando diferentes tipos de serviços ofertados entre os anos de 2020 e 2024. [15].

É possível observar que houve um crescimento expressivo no total de atendimentos ao longo do período, com picos em 2023 em praticamente todas as categorias. A visita domiciliar foi o tipo de atendimento mais prevalente em todos os anos, muito acima dos atendimentos clínicos individuais.

Entre 2020 e 2024, houve uma expansão significativa dos atendimentos à população masculina de 20 a 59 anos, com destaque para o aumento nas visitas domiciliares, atendimentos odontológicos e da enfermagem, reforçando a atuação da Atenção Primária de forma multiprofissional e territorial. A leve retração dos números em 2024 deve ser monitorada, mas não compromete a tendência geral de crescimento no acesso e cuidado ao longo do quinquênio. O avanço demonstra um fortalecimento da política de saúde voltada para o homem, historicamente pouco contemplado nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Tabela 36 - TIPO DE ATENDIMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL PARA POPULAÇÃO MASCULINA DE 20 A 59 ANOS EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de atendimento (masculino 20-59 anos)	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento médico	2878	3314	3789	5053	3981
Atendimento da enfermagem	379	264	844	1258	1147
Atendimento odontológico	330	628	952	1618	1225
Visita domiciliar	7415	9895	15851	20195	17674

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A transição demográfica brasileira apresenta grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar. Nesse contexto, o Ministério da Saúde normatizou a Política Nacional da **Saúde da Pessoa Idosa** pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 [53].

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. Nessa perspectiva, a atenção à saúde da pessoa idosa

tem por objetivo orientar a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação, a qualificação do cuidado e a ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. A APS, principal porta de entrada para o SUS, apresenta-se como ordenadora do cuidado e este deve considerar as especificidades desse grupo populacional, a partir de sua capacidade funcional.

Para auxiliar o atendimento da pessoa idosa o Sistema eSUS APS incluiu no Prontuário Eletrônico do Cidadão a Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso. Essa ferramenta é fundamental no cuidado à pessoa idosa, pois permite compreender o idoso de forma integral, indo além da análise de doenças específicas. Diferente de uma avaliação convencional, que foca em diagnósticos clínicos isolados, a AMPI abrange os aspectos clínicos, funcionais, psicológicos e sociais, favorecendo um olhar ampliado sobre a qualidade de vida e a autonomia do idoso, permitindo que o cuidado seja centrado na pessoa, e não apenas na doença, promovendo envelhecimento com qualidade de vida, autonomia e dignidade [54].

Essa avaliação considera vários aspectos que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida do idoso: a identificação precoce de fragilidades (permite reconhecer declínios sutis em áreas como cognição, mobilidade, nutrição e humor, possibilitando intervenções antecipadas e prevenção de complicações); promoção da autonomia e independência (avalia a capacidade funcional do idoso – atividades de vida diária – identificando necessidades de apoio para manter a independência pelo maior tempo possível; planejamento de cuidados individualizados (a partir da avaliação global, a equipe de saúde pode construir um plano de cuidado personalizado, respeitando as necessidades, preferências e contexto social do idoso); visão integral e interdisciplinar (integra diferentes áreas da saúde – médica, enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social, nutrição, terapia ocupacional etc., fortalecendo o cuidado multiprofissional); prevenção de hospitalizações e institucionalizações (ao detectar precocemente problemas de saúde, risco de quedas ou isolamento social, evita complicações que poderiam levar à internação hospitalar ou dependência precoce); melhora da qualidade de vida (foca não apenas na ausência de doenças, mas também na manutenção da funcionalidade, bem-estar emocional e suporte social); apoio ao cuidador e à família (identifica necessidades de orientação, suporte e sobrecarga do cuidador, fortalecendo a rede de apoio familiar); base para políticas públicas e gestão em saúde (a aplicação da AMPI em serviços de saúde fornece informações relevantes para a formulação de estratégias de cuidado no envelhecimento ativo e saudável, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI) [54].

A tabela 37 apresenta o tipo de atendimento por categoria profissional para população acima de 60 anos em números absolutos entre 2020 e 2024. Apresenta dados sobre o cuidado ofertado à população idosa no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) [15].

A análise revela importantes tendências de crescimento e investimento no cuidado a esse grupo etário, com destaque para o papel das visitas domiciliares e da equipe multiprofissional.

A expansão dos atendimentos entre 2020 e 2023 pode estar relacionada a políticas específicas de fortalecimento da APS, aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família e retomada de atendimentos pós-pandemia.

A leve redução em 2024 em todas as categorias sugere possível retração de recursos, reorganização dos serviços ou mudanças na demanda.

O cuidado ao idoso está sendo realizado de forma integral e multiprofissional, com crescimento do papel da enfermagem e da odontologia, além da continuidade da atenção médica tradicional.

Entre 2020 e 2024, a atenção à população idosa apresentou crescimento expressivo e progressivo, com ênfase na visita domiciliar e no reforço de equipes multiprofissionais. O ano de 2023 representou o ponto mais alto na oferta de atendimentos, e mesmo com pequena redução em 2024, o padrão geral é de ampliação do acesso e fortalecimento do cuidado à saúde da pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária. A manutenção desse avanço depende do monitoramento constante das políticas públicas e da oferta adequada de profissionais e recursos.

Tabela 37 - TIPO DE ATENDIMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL PARA POPULAÇÃO ACIMA DE 60 ANOS EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Tipo de atendimento (maiores 60 anos)	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento médico	5947	6862	8705	10754	8127
Atendimento da enfermagem	985	1068	2097	3051	2379
Atendimento odontológico	96	237	398	554	448
Visita domiciliar	10586	12457	15934	19547	18350

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A Política Nacional de **Saúde da Pessoa com Deficiência** (PNSPCD) foi instituída pela Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002 e está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil [55].

O Ministério da Saúde instituiu em 2017 (Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017) a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS com o objetivo de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades [56].

As pessoas com deficiência têm o direito à atenção integral à saúde e podem procurar os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientações ou cuidados em saúde, incluindo serviços básicos de saúde como imunização, assistência médica ou odontológica, ou ainda serviços de atenção especializada, como reabilitação e atenção hospitalar.

A tabela 38 apresenta pessoas com deficiências autodeclaradas no cadastro individual por tipo de deficiência em números absolutos em 2024. Os dados foram extraídos do sistema E-SUS APS, revelando o quantitativo de pessoas com deficiência cadastradas nas unidades de saúde em 2024, segundo o tipo de deficiência autodeclarada.

É possível verificar que a predominância da deficiência física é consistente com dados nacionais e internacionais, já que limitações motoras são frequentemente mais visíveis e mais relatadas nos serviços de saúde. A presença significativa de deficiência intelectual/cognitiva e visual reforça a importância de serviços adaptados, acessibilidade e inclusão no planejamento da atenção à saúde. A categoria "outra" pode apontar para a necessidade de aprimorar a qualificação do registro. Os dados refletem a importância do cadastramento qualificado no E-SUS APS, para garantir ações de cuidado adequadas à população com deficiência.

Em 2024, os registros de pessoas com deficiência autodeclarada no cadastro individual revelam uma distribuição significativa entre diferentes tipos de deficiência, com destaque para a deficiência física (35,7%). A análise reforça a importância de estratégias inclusivas e de atenção integral a essa população, bem como o fortalecimento da identificação correta e completa dos tipos de deficiência nos sistemas de informação em saúde [15].

Tabela 38 - PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUTODECLARADA NO CADASTRO INDIVIDUAL POR TIPO DE DEFICIÊNCIA EM NÚMEROS ABSOLUTOS EM 2024.

Deficiência	2024
Auditiva	97
Física	256
Intelectual / Cognitiva	130
Visual	161
Outra	73

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 16/05/2025.

A atenção à **saúde da pessoa com doença crônica**, tais como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e outras condições de longa duração, exigem cuidados contínuos e bem planejados. O objetivo principal dessa atenção é promover o bem-estar, prevenir complicações e ajudar as pessoas a viverem de forma mais saudável, mesmo com suas condições de saúde. Para isso, é fundamental oferecer orientações, acompanhamento regular, tratamentos adequados e ações de prevenção. Assim, conseguimos melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, fortalecendo sua autonomia e promovendo uma convivência mais tranquila com suas doenças.

As doenças crônicas não são emergências médicas, que necessitam de atendimento imediato, mas podem ser bastante graves e precisar de cuidados ao longo de muitos anos ou até mesmo da vida toda. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, do Ministério da Saúde (MS) visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas [57].

A tabela 39 vem mostrar pessoas com doença crônica autodeclarada no cadastro individual em números absolutos em 2024. Ela traz dados importantes sobre as condições crônicas de saúde mais frequentes entre os usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo do ano de 2024. Os números refletem tanto o perfil epidemiológico local quanto os desafios enfrentados pela rede de atenção à saúde na gestão de doenças de longa duração [15].

O conjunto dos dados revela um perfil populacional com forte presença de doenças cardiovasculares e metabólicas, com destaque para hipertensão, diabetes e excesso de peso.

A presença significativa de tabagismo evidencia um desafio contínuo na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas.

As doenças respiratórias como asma e DPOC, embora com menor expressão numérica, são relevantes pela sua cronicidade e impacto funcional.

A baixa incidência de insuficiência renal e cardíaca pode estar relacionada ao subdiagnóstico ou à menor autodeclaração em casos de maior complexidade.

Os dados de 2024 reforçam a importância da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e base de acompanhamento contínuo de pessoas com doenças crônicas. A alta prevalência de hipertensão, diabetes, tabagismo e sobrepeso evidencia a necessidade de políticas públicas sustentadas, ações intersetoriais e estratégias de cuidado centradas na prevenção, autocuidado e acompanhamento longitudinal. O fortalecimento da educação em saúde, da vigilância e do apoio multiprofissional será essencial para o enfrentamento desse cenário.

Tabela 39 - PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS AUTODECLARADA NO CADASTRO INDIVIDUAL EM NÚMEROS ABSOLUTOS EM 2024.

Condição/Situação de saúde	2024
Hipertensão	5514
Diabetes	1716
Insuficiência cardíaca	126
Insuficiência renal	60
Asma	597
DPOC	44
Tabagismo	1866
Acima do peso	1563

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 16/05/2025.

A tabela 40 apresenta os procedimentos relacionados a pessoas com doenças crônicas na APS em números absolutos entre 2020 e 2024. Ela revela a evolução do cuidado prestado às pessoas com condições crônicas de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) [15].

Os dados mostram três procedimentos essenciais no monitoramento dessas condições: aferição de pressão arterial (PA), glicemia capilar e avaliação antropométrica, todos importantes para o rastreamento, diagnóstico e acompanhamento clínico.

A evolução dos dados sugere que, a partir de 2021, houve um esforço progressivo para retomar e fortalecer ações de rastreamento e monitoramento de doenças crônicas, após possível redução de atendimentos em 2020 (devido à pandemia da COVID-19).

O ano de 2023 foi o ponto mais alto em volume de procedimentos, demonstrando possível reforço de políticas públicas, ampliação de equipes ou melhoria na organização dos processos de trabalho.

A leve redução em 2024, embora relevante, não reverte a tendência geral de crescimento. Pode estar associada a fatores como reorganização da demanda, sazonalidade, diminuição de busca ativa ou mudanças na priorização dos serviços.

Entre 2020 e 2024, os procedimentos realizados na APS para pessoas com doenças crônicas apresentaram uma evolução expressiva, com destaque para a aferição de pressão arterial e avaliação antropométrica, ambos essenciais para o controle de doenças como hipertensão, diabetes e obesidade. A glicemia capilar, em constante crescimento, mostra o compromisso da atenção primária com o controle metabólico da população.

A tendência de crescimento ao longo dos anos reflete melhor estruturação da APS, maior foco em ações preventivas e contínuas, e maior engajamento das equipes no acompanhamento de condições crônicas.

Tabela 40 - PROCEDIMENTOS RELACIONADOS A PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA APS EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Procedimentos	2020	2021	2022	2023	2024
Aferição de PA	4310	10783	21126	29270	23188
Glicemia capilar	1330	2175	5025	6882	7206
Avaliação antropométrica	1134	3823	13975	21147	18289
Total	5640	12958	26151	36152	30394

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 16/05/2025.

A tabela 41 evidencia os exames solicitados e avaliados de hemoglobina glicada pela ESF em números absolutos entre 2020 e 2024. Ela apresenta informações fundamentais sobre o monitoramento do controle glicêmico de pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS) [15].

O exame de hemoglobina glicada (HbA1c) é um marcador essencial para o acompanhamento da diabetes, pois permite avaliar o controle da glicemia nos últimos 2 a 3 meses.

O aumento nos exames solicitados demonstra maior preocupação e rastreamento da diabetes pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Entretanto, a baixa taxa de avaliação dos exames é um ponto crítico. Solicitar sem avaliar impede o fechamento do ciclo de cuidado e compromete o acompanhamento clínico.

As quedas nos percentuais de avaliação podem indicar falhas em: acompanhamento clínico após solicitação; logística de laboratório e devolução de resultados; registro ou alimentação do sistema; perda de vínculo ou abandono de seguimento pelos pacientes.

Apesar do avanço significativo na quantidade de exames solicitados de hemoglobina glicada entre 2020 e 2023, a efetividade da avaliação dos resultados diminuiu de forma preocupante no mesmo período. Em 2024, embora tenha havido uma leve melhora percentual, o cenário ainda demonstra fragilidades no seguimento clínico de pessoas com diabetes, comprometendo a qualidade do cuidado e o controle da doença. Para resolver isso, é essencial reforçar fluxos de retorno, qualificar o registro de dados e garantir a integração entre solicitação, realização e avaliação dos exames.

Tabela 41 - EXAMES SOLICITADOS E AVALIADOS DE HEMOGLOBINA GLICADA PELA ESF EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Hemoglobina glicada	2020	2021	2022	2023	2024
Solicitado	476	450	1346	2773	1606
Avaliado	217	326	576	805	626
% de exames avaliados	45,59%	72,44%	42,79%	29,03%	38,98%

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 29/06/2025.

A tabela 42 mostra as atividades coletivas para pessoas com doenças crônicas em números absolutos entre 2020 e 2024. Ela apresenta os dados relacionados às ações em grupo realizadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) com foco no cuidado e prevenção de agravos entre pessoas com doenças crônicas. As duas principais atividades analisadas são: ações de autocuidado de pessoas com doenças crônicas, principalmente a hipertensão, diabetes, doenças renais, doenças pulmonares e obesidade, e sessões do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) [15].

O número de atividades coletivas ainda é muito baixo considerando a importância do cuidado em grupo no manejo de doenças crônicas. A falta de crescimento nas ações de autocuidado sinaliza um ponto de atenção: essas práticas são reconhecidamente eficazes na melhoria da adesão ao tratamento e qualidade de vida dos pacientes. Já o aumento das sessões do PNCT a partir de 2023 é um ponto positivo, demonstrando que é possível retomar e fortalecer ações coletivas, mesmo após períodos de baixa cobertura como o de 2022. Embora haja avanços pontuais, especialmente nas ações de controle do tabagismo, o número de atividades coletivas voltadas ao autocuidado para pessoas com doenças crônicas permanece insuficiente e estagnado. O cenário revela a necessidade urgente de fortalecer práticas de educação em saúde em grupo, promovendo protagonismo dos usuários no cuidado com sua condição crônica, além de estratégias permanentes de combate ao tabagismo, que vêm ganhando força nos últimos dois anos.

Tabela 42 - ATIVIDADES COLETIVAS PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Atividade Coletiva	2020	2021	2022	2023	2024
Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	6	10	13	8	6
Sessão do PNCT	6	8	1	39	36

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 16/05/2025.

Além das ações descritas acima, a APS também faz o acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF). Este é um programa federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza, com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. Ele foi instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e configura a unificação e ampliação de diversos outros programas de transferência de renda. O Programa é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos (condicionalidades) na Saúde, Educação e Assistência Social. O PBF é dividido em duas vigências no ano, sendo que as famílias beneficiárias devem cumprir com as condicionalidades do Programa uma vez em cada vigência [58].

O objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

As ações consistem em ofertar serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes (entre 10 e 44 anos) e de acompanhar e registrar o crescimento e desenvolvimento infantil (por meio da avaliação antropométrica de crianças menores de 7 anos) e imunização das crianças, sendo essas ações de responsabilidade da ESF, a cada vigência do Programa.

A tabela 43 apresenta os beneficiários do Programa Bolsa Família em números absolutos e o percentual de cobertura de beneficiários acompanhados nos anos de 2023 e 2024. Ela apresenta dados referentes ao

acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), especialmente em relação a crianças e gestantes, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). A análise foca em duas vigências: 2ª de 2023 e 2ª de 2024.

É possível verificar que a cobertura geral de acompanhamento dos beneficiários aumentou de 81,09% (2023) para 84,58% (2024), superando o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (que é de 70%) [59]. Também é possível observar uma melhora expressiva na cobertura das crianças acompanhadas. As vacinações e dados nutricionais das crianças mantiveram 100% de cobertura nos dois períodos. A identificação de gestantes extrapola o número estimado, o que pode indicar subestimação da população esperada ou falhas nos dados cadastrais. Apesar da boa cobertura de pré-natal, os dados nutricionais de gestantes apresentaram queda preocupante.

A análise dos dados mostra avanços e desafios importantes:

Pontos positivos:

- Alta cobertura geral dos beneficiários acompanhados (acima da meta).
- Melhora na cobertura de crianças acompanhadas.
- Vacinação e dados nutricionais infantis com 100% de cobertura.
- Pré-natal em dia para todas as gestantes localizadas.

Pontos críticos:

- Cobertura de acompanhamento de crianças ainda abaixo da meta de 70%.
- Queda drástica na coleta de dados nutricionais das gestantes.
- Inconsistência nas estimativas de gestantes, que prejudica a gestão local e o planejamento de ações.

Recomendações:

- Revisar e qualificar o cadastro de gestantes no sistema de informação.
- Fortalecer ações de vigilância nutricional, especialmente para gestantes.
- Investir na ampliação da cobertura infantil para atingir a meta mínima.

Tabela 43 - BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS DE COBERTURA DE BENEFICIÁRIOS ACOMPANHADOS NOS ANOS DE 2023 E 2024.

Vigência	2ª / 2023	2ª / 2024
Qtd. beneficiários a serem acompanhados	1.253	1.206
Qtd. beneficiários acompanhados	1.016	1.020
Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%)	81,09%	84,58%
Qtd. criança a ser acompanhada	352	372
Qtd. criança acompanhada	176	237
Perc. cobertura do acompanhamento de crianças (%)	50%	63,71%
Qtd. criança com vacina em dia	176	237
Perc. crianças com vacina em dia (%)	100%	100%

Qtd. criança com dados nutricionais	176	237
Perc. crianças com dados nutricionais (%)	100%	100%
Qtd. gestantes estimadas	7	0
Qtd. gestantes localizadas	20	13
Perc. de gestantes localizadas (%) no PBF	285,71%	1300%
Qtd. gestantes pré-natal em dia	20	13
Cobertura gestantes com pré-natal em dia (%)	100%	100%
Qtd. gestantes com dados nutricionais	9	2
Perc. gestantes com dados nutricionais (%)	45%	15,38%

Fonte: MS/SAPS/SISAB, ACESSO EM 29/06/2025.

3.2 Produção ambulatorial na AAE

A tabela 44 apresenta o total de consultas médicas por profissionais da atenção especializada entre os anos de 2020 e 2024. A análise permite avaliar a capacidade de oferta, demanda e retomada dos serviços especializados ao longo dos anos, com destaque para o período pós-pandemia [18].

É possível verificar que a maioria das especialidades apresentou crescimento expressivo entre 2022 e 2024, indicando retomada da atenção especializada após os impactos da pandemia. Especialidades como ortopedia, neurologia e dermatologia se destacam pelo aumento da oferta e manutenção de atendimento. Por outro lado, a queda ou ausência de dados em psiquiatria e ginecologia requer investigação e possível intervenção da gestão.

Assim, constata-se que ela revela uma melhora significativa na oferta de consultas especializadas no SUS entre 2020 e 2024, evidenciando a retomada dos serviços e a resposta à demanda reprimida. No entanto, a ausência de dados em áreas críticas como psiquiatria e ginecologia acende um alerta para a necessidade de qualificação do registro e da manutenção da oferta em áreas sensíveis da atenção especializada.

Tabela 44 - CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2020	2021	2022	2023	2024
Cardiologia	871	919	612	844	1009
Cirurgião geral - consulta médica	211	232	226	528	594
Cirurgião vascular - consulta médica	-	-	53	185	198
Clínico - consultas		57	598	1009	930
Dermatologia	268	76	373	677	917
Ginecologia - consulta médica	149	181	656	-	-
Neurologia	523	1005	1057	1377	1278
Oftalmologia	69	328	312	608	803
Ortopedia	440	1016	1231	1752	2156

Psiquiatria	96	508	186	-	-
Médico do trabalho - consulta	373	630	1860	1880	1287

Fonte: TABNET/Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), acesso em 29/06/2025.

A tabela 45 apresenta a evolução do número de atendimentos realizados por profissionais de saúde não médicos, como assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, no Sistema Único de Saúde (SUS), em âmbito ambulatorial especializado entre 2020 e 2024 [8, 11].

Verifica-se um crescimento em fisioterapia e psicologia. Isso mostra que a atenção especializada tem incorporado de forma mais efetiva profissionais não médicos, em especial em áreas como reabilitação e saúde mental, que ganharam destaque pós-pandemia.

A queda nas consultas de assistência social deve ser investigada, pois compromete o acesso integral e humanizado ao SUS, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade.

A nutrição apresentou estabilidade, mas poderia ter maior expansão, considerando os desafios crescentes com obesidade, diabetes, alimentação inadequada e insegurança alimentar.

A análise da tabela demonstra que a Atenção Especializada no SUS tem fortalecido a presença de profissionais de nível superior não médicos, com crescimento marcante em fisioterapia e psicologia, o que está alinhado às necessidades da população no contexto pós-pandêmico. No entanto, a redução drástica no atendimento por assistentes sociais e o recuo em nutrição em 2024 são pontos de atenção, pois podem indicar descontinuidade ou subvalorização de serviços fundamentais para o cuidado integral em saúde.

Tabela 45 - CONSULTAS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICOS) NA AAE EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	2020	2021	2022	2023	2024
Assistência social	469	673	1226	499	212
Nutrição	165	429	495	650	528
Fisioterapia	2023	2488	3355	4815	7822
Psicologia	299	1309	2247	2835	2938

Fonte: TABNET/Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), acesso em 29/06/2025, E-SUS APS, ACESSO EM 26/06/2025.

Os exames de apoio diagnóstico são ferramentas muito importantes na área da saúde, pois ajudam os profissionais a entenderem melhor o que está acontecendo com o nosso corpo. Quando alguém apresenta sintomas ou sinais de alguma doença, esses exames fornecem informações detalhadas que auxiliam no diagnóstico preciso. Eles podem incluir análises de sangue, urina, exames de imagem como raio-X, ultrassonografia, tomografia, entre outros.

Esses exames são essenciais porque complementam a avaliação clínica feita pelo profissional de saúde, permitindo identificar doenças, monitorar o progresso de tratamentos e verificar a eficácia de intervenções.

Além disso, eles ajudam a orientar as decisões médicas, garantindo que o paciente receba o cuidado mais adequado.

A tabela 46 oferece uma visão clara sobre a evolução da oferta de exames complementares especializados na rede pública entre 2020 e 2024. Esses dados são essenciais para entender a capacidade diagnóstica do sistema e a resposta às demandas da população, especialmente no cenário pós-pandemia [18].

De um lado, positivamente, vemos a expansão expressiva em exames laboratoriais, radiografia, eletrocardiograma e ultrassonografia, aumentando a capacidade diagnóstica do SUS. Também, a entrada e crescimento de exames oftalmológicos, que antes não eram ofertados. Isso reforça a tendência de retomada e ampliação dos serviços especializados pós-pandemia.

Por outro lado, negativamente, verifica-se uma baixíssima oferta de ressonância magnética e tomografia, que são essenciais para diagnósticos complexos (tumores, AVCs, lesões articulares). Também, uma estagnação ou leve queda nos procedimentos ambulatoriais cirúrgicos, que podem estar sendo reprimidos por limitações operacionais.

Tais dados podem orientar a gestão em investir na ampliação ou credenciamento de serviços de alta complexidade em diagnóstico por imagem; garantir sustentabilidade da expansão da rede laboratorial e de ultrassonografia, evitando quedas futuras por sobrecarga, dado o perfil crescente da demanda.

Tabela 46 - EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

Exames/Procedimentos	2020	2021	2022	2023	2024
Eletrocardiograma	955	906	1886	2189	2053
Exames laboratoriais	24954	42984	36449	44632	59235
Exames oftalmológicos	0	0	71	57	224
Radiografia	19	256	613	1223	2053
Ressonância magnética	5	3	9	0	4
Tomografia	8	0	17	0	8
Ultrassonografia	36	131	481	1078	1912

Fonte: TABNET/Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), acesso em 29/06/2025.

A tabela 47 apresenta a evolução dos atendimentos realizados pelo serviço de urgência e emergência existente no Centro de Saúde Ary Ribeiro da Silva entre os de 2020 e 2024. Os dados permitem avaliar tanto a demanda assistencial quanto a estrutura de recursos humanos e oferta de serviços, além de revelar mudanças no perfil de atendimento ao longo do período [18].

A tabela aponta para um cenário em que o Serviço de Urgência e Emergência se manteve funcional e com alta demanda durante todo o período, especialmente em clínica médica e ações de enfermagem. No entanto, a ausência de atendimento pediátrico em 2024 representa um sério risco à integralidade do cuidado, exigindo atenção imediata da gestão. A ampliação da atuação dos técnicos e auxiliares mostra-se como um reflexo da reorganização das equipes e da carga de trabalho do serviço de urgência.

Tabela 47 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024.

Serviço de Urgência e Emergência	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento - Médico clínico	17883	23252	34604	33745	34822
Atendimento - Pediatria	2003	2492	2715	179	0
Consulta - Enfermagem	22440	10084	6598	10535	10286
Procedimentos - Enfermagem	13382	12927	12989	9917	10475
Procedimentos - Técnico e Auxiliar de enfermagem	7759	18305	56906	35307	43566

Fonte: TABNET/Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), acesso em 29/06/2025.

A tabela 48 apresenta os dados de deslocamentos realizados por transporte terrestre para pacientes e acompanhantes no período de 2020 a 2024, considerando a unidade de medição "a cada 50 km percorridos". Os dados evidenciam a evolução da logística de acesso aos serviços de saúde, especialmente para atendimentos fora do domicílio (TFD) ou em locais onde não há serviços especializados disponíveis [18].

A análise da tabela mostra que o transporte sanitário terrestre teve expansão significativa entre 2020 e 2024, tanto para pacientes quanto para acompanhantes, permitindo maior acesso aos serviços de saúde fora do domicílio. Esse crescimento reflete melhorias na articulação da rede de atenção e nas ações de regulação, especialmente diante do aumento da demanda reprimida após a pandemia.

Para manter esse avanço, a gestão deve considerar investimentos em estrutura logística, capacitação das equipes e planejamento territorial, visando garantir acesso com equidade, segurança e eficiência.

Tabela 48 - TOTAL DE DESLOCAMENTOS DE PACIENTES E ACOMPANHANTES REALIZADOS PELO SERVIÇO DE TRANSPORTE SANITÁRIO MUNICIPAL ENTRE 2020 E 2024.

TIPO DE DESLOCAMENTO	2020	2021	2022	2023	2024
Deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 km)	5231	8610	16648	20951	33383
Deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 km)	1292	3257	7007	8221	14369
Total	6523	11867	23655	29172	47752

Fonte: TABNET/SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS), ACESSO EM 29/06/2025.

3.3 Análise do absenteísmo na APS e na AAE

A tabela 49 apresenta os percentuais de faltas às consultas dos profissionais de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) e especialidades médicas específicas nos anos de 2023 e 2024, com base nos dados do e-SUS APS. A análise desses dados é fundamental para compreender o nível de aderência dos usuários aos atendimentos agendados e para propor estratégias de redução de ausências, que impactam diretamente na eficiência do serviço e no acesso à saúde [15].

É possível verificar que houve uma redução nas faltas entre os profissionais da equipe ESF (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista). Isso sinaliza maior vínculo da população com a atenção primária e possível efetividade de estratégias como confirmação de agendamentos e ações educativas.

Porém, é importante criar um alerta para as altas taxas de ausência em ginecologia/obstetrícia e odontologia, ainda que em queda e, também, no aumento nas faltas em ginecologia, que é particularmente preocupante, pois pode comprometer o acompanhamento de gestantes e ações de prevenção de câncer do colo do útero e mama.

Assim, é recomendado fortalecer ações de busca ativa e educação em saúde para públicos com maior índice de faltas, especialmente mulheres; implantar ou otimizar sistemas de lembrete de consultas (SMS, ligações); reavaliar horários de atendimento e acolhimento, adaptando-os às realidades locais; avaliar com as equipes os motivos mais frequentes de faltas para planejamento de estratégias específicas.

Tabela 49 - ABSENTEÍSMO NA APS ENTRE 2023 E 2024.

CATEGORIA PROFISSIONAL	2023	2024
Médico ESF	6,55%	5,45%
Ginecologista e obstetra	23,57%	26,20%
Médico pediatra	2,11%	3,75%
Enfermeiro ESF	3,13%	2,24%
Cirurgião-dentista ESF	27,23%	15,92%

Fonte: ESUS APS, ACESSO EM 01/07/2025.

A tabela 50 apresenta os percentuais de faltas dos usuários em consultas especializadas entre os anos de 2023 e 2024, com base em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). A análise desses indicadores é crucial para avaliar a eficiência do agendamento, a adesão dos usuários ao tratamento especializado e a otimização dos recursos públicos de saúde [14, 60].

De um lado, positivamente, é possível verificar que há uma redução das faltas em fisioterapia, cardiologia, neurologia e cirurgia geral, o que demonstra esforço de gestão e maior comprometimento dos usuários; a fisioterapia se destaca como especialidade com maior adesão.

Por outro lado, negativamente, evidencia-se que a nutrição, psicologia e cirurgia vascular apresentam índices de faltas superiores a 25%, prejudicando a continuidade do cuidado; também, o aumento em clínica médica e ortopedia demanda investigação de causas: tempo de espera, ausência de retorno e agendamentos ineficazes.

Dessa forma, recomenda-se reforçar estratégias de confirmação ativa de presença (telefonema, SMS); desenvolver educação em saúde para aumentar a percepção de necessidade de seguimento em especialidades com altos índices de ausência; reavaliar a estrutura e logística das agendas, diminuindo tempo de espera e facilitando o comparecimento (flexibilização de horários); implementar monitoramento regular e gestão ativa de faltas por especialidade, com foco em resgatar usuários que faltaram mais de uma vez.

Tabela 50 - ABSENTEÍSMO NA AAE ENTRE 2023 E 2024.

CATEGORIA PROFISSIONAL	2023	2024
-------------------------------	-------------	-------------

Nutrição	33,81%	33,92%
Fisioterapia	9,92%	8,40%
Psicologia	26,93%	25,64%
Cardiologia	21,85%	18,63%
Cirurgião geral - consulta médica	29,88%	23,26%
Cirurgião vascular - consulta médica	17,78%	29,03%
Clínico - consultas	24,31%	27,17%
Dermatologia	19,79%	21,22%
Neurologia	16,09%	14,69%
Ortopedia	15,44%	16,79%

Fonte: E-SUS APS, ACESSO EM 26/06/2025 E E&L PRODUÇÕES DE SOFTWARE, ACESSO EM 26/06/2025.

3.4 Produção da Vigilância em Saúde

A tabela 51 apresenta as ações desenvolvidas pela Vigilância Ambiental entre 2020 e 2024, e descreve as ações realizadas em diversos agravos de interesse à saúde pública, como arboviroses (dengue, zika, chikungunya e febre amarela), doenças endêmicas (como esquistossomose e leishmaniose), zoonoses, vigilância da água (VigiÁgua) e exposição a agrotóxicos. A análise permite identificar tendências, variações de cobertura e possíveis fragilidades nas ações de vigilância e controle vetorial [20].

Dessa forma, é possível verificar uma manutenção de ações de vigilância em esquistossomose, leishmaniose animal e arboviroses, mesmo com redução em algumas frentes; também, uma estabilidade nas vacinações animais e exames de rotina, essenciais para controle da raiva e leishmaniose.

Ainda, de forma negativa, uma redução contínua em várias frentes, especialmente nas inspeções de imóveis, bueiros, ações de VigiÁgua e controle de larvas; diminuição das atividades pode fragilizar o controle de doenças vetoriais e zoonoses, favorecendo novos ciclos de transmissão.

Assim, é possível verificar a necessidade de reforçar o número de agentes de endemias e ampliar a cobertura territorial; retomar ações sistemáticas de VigiÁgua e controle de roedores, com inspeções regulares; avaliar causas da redução nos tratamentos de imóveis com larvas; implementar indicadores de desempenho mensais por agravo para melhor monitoramento interno.

Tabela 51 - AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA VIGILÂNCIA AMBIENTAL ENTRE 2020 E 2024.

Agravo	Ações desenvolvidas	2020	2021	2022	2023	2024
DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA E FEBRE AMARELA	Imóveis inspecionados	10305	23067	15745	14710	10663
	Imóveis com armadilhas inspecionadas	594	522	676	593	532
	Amostras examinadas	325	75	199	404	161
	Imóveis tratados (larva e pupa)	64	14	18	26	6

DOENÇA DE CHAGAS	Imóveis visitados	2	2	0	2	6
	Amostras examinadas	5	6	0	3	6
MALÁRIA	Imóveis visitadas	0	1	4	2	0
	Lâminas examinadas	0	1	1	2	0
ESQUISTOSSOMOSE	Imóveis visitados	36	27	53	67	77
	Casos positivos	4	0	4	3	6
	Número de exames realizados	300	177	307	475	231
LEISHMANIOSE, RAIVA E VACINAÇÃO ANIMAL	Imóveis visitados	2014	1813	1925	1146	946
	Animais vacinados (rotina/campanha)	4120	3873	3924	4228	4032
	Animais examinados leishmaniose	4120	3873	3924	4228	4032
	Amostras enviadas para o Instituto Biológico	2	1	1	1	0
ANIMAIS SINANTRÓPICOS	Imóveis visitados (animais peçonhentos)	2	19	19	44	21
	Bueiros inspecionados para controle de roedores	378	893	1032	2	171
VIGIÁGUA	Imóveis inspecionados	209	152	183	238	94
	Amostras coletadas	209	169	209	280	94
EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS	Imóveis visitados	0	1	5	0	6

Fonte: VIGILÂNCIA AMBIENTAL, 2025.

A tabela 52 apresenta as ações desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica entre 2020 e 2024, revelando o comportamento das atividades de investigação, diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, incluindo doenças endêmicas e de notificação compulsória. A análise permite observar oscilações nas atividades e possíveis impactos da pandemia da COVID-19, reorganização dos serviços e retomada das ações de campo nos anos subsequentes [20].

É possível verificar que há um fortalecimento da vigilância laboratorial, com aumento de sorologias; retomada de ações relacionadas a esquistossomose e doença de Chagas, que exigem vigilância contínua; sinal de reorganização das ações de campo em 2024, com aumento de atendimentos e investigações.

Ainda, uma redução nos atendimentos individuais após 2021, que pode indicar baixa procura ou necessidade de intensificar a vigilância ativa; uma ausência de pesquisa de plasmódio em anos alternados, que precisa ser monitorada para garantir que não haja subnotificação ou perda de sensibilidade da vigilância para malária.

Assim, é necessário manter e ampliar a vigilância ativa e laboratorial, especialmente em áreas de risco; incentivar capacitação contínua das equipes de campo, com foco em doenças endêmicas e negligenciadas; integrar os dados da vigilância epidemiológica com a atenção básica para fortalecer a resposta intersetorial e territorializada; estabelecer metas mensais de triagens e amostragens por agravo, com monitoramento em tempo real.

Tabela 52 - AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA ENTRE 2020 E 2024.

Ação	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimento individual	2921	7446	1842	1110	2807
Sorologia enviada para o LACEN	142	77	320	876	1375
Pesquisa de plasmódio	0	0	4	2	0
Tratamento esquistossomose	12	3	11	3	17
Triagem doença de chagas	5	0	0	6	11

Fonte: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2025.

A principal fonte de informações para a identificação da situação epidemiológica é a notificação de agravos e doenças pelos profissionais de saúde. Em janeiro de 2020 a SESA-ES implantou um novo sistema de notificações compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde voltado para os profissionais de saúde da rede pública e privada, chamado de Sistema de Informação em Saúde e-SUS Vigilância em Saúde – e-SUS VS. Esse sistema substitui o modelo utilizado no Espírito Santo conhecido como Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde [61].

Vale ressaltar que a notificação é parte de uma linha de cuidado composta pelo acolhimento, atendimento, notificação e monitoramento da vítima no território. A Portaria nº 204/2016 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, sendo obrigatória para todos os profissionais de saúde [62].

A tabela 53 apresenta os casos confirmados de doenças de notificação compulsória entre os anos de 2020 e 2024, com base nos registros da Vigilância Epidemiológica no Sistema e-SUS VS. A análise evidencia tendências epidemiológicas, surtos localizados, ressurgimento de doenças negligenciadas e a dinâmica das notificações durante e após a pandemia da COVID-19 [63].

Num panorama geral, observa-se, entre 2020 e 2024, um aumento expressivo nas notificações de agravos relacionados a acidentes de trabalho, doenças transmitidas por vetores e infecções intestinais; redução progressiva dos casos de COVID-19, enquanto doenças como dengue, chikungunya, Oropouche e esquistossomose voltam a se destacar; reaparecimento de doenças imunopreveníveis, como caxumba e sífilis congênita, o que pode sinalizar queda na cobertura vacinal ou falhas na detecção precoce.

Dessa forma, é necessário considerar reforçar a vigilância entomológica e ações de controle vetorial, especialmente diante da circulação simultânea de arboviroses e oropouche; investir em saneamento, VigiÁgua e educação sanitária, para conter o avanço das doenças diarreicas agudas e esquistossomose; fortalecer a atenção básica para rastreio de ISTs, hanseníase e tuberculose com busca ativa e ampliação da testagem; intensificar estratégias de saúde do trabalhador frente ao aumento expressivo de acidentes ocupacionais;

integrar saúde mental, assistência social e vigilância no enfrentamento da violência autoprovocada e interpessoal.

Tabela 53 - CASOS CONFIRMADOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE 2020 E 2024.

AGRAVO.	2020	2021	2022	2023	2024
Acidente de trabalho	8	11	19	243	297
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	0	2	4	19	13
Acidente por animal peçonhento	52	72	89	161	98
Atendimento antirrábico	96	101	145	234	145
AIDS adulto	6	4	1	3	3
Caxumba (casos confirmados)	0	0	1	1	6
Chikungunya	1	2	0	3	13
Criança exposta ao HIV	0	0	0	0	2
COVID-19 (casos confirmados)	1741	5013	3629	616	332
Dengue (casos confirmados)	2	2	3	74	163
Doença diarreica aguda	700	683	1366	1252	1606
Esquistossomose	13	3	10	6	16
Gestante HIV	0	2	1	1	2
Hanseníase	2	2	7	0	0
Hepatites virais	2	3	4	1	0
Intoxicação exógena	20	35	30	50	62
Leptospirose	1	0	2	0	1
Oropouche	0	0	0	0	42
Sífilis adquirida	14	12	7	18	12
Sífilis congênita	0	1	0	2	1
Sífilis em gestante	3	2	0	3	3
Toxoplasmose adquirida	0	2	0	0	5
Toxoplasmose congênita	0	0	0	0	1
Toxoplasmose gestacional	2	0	1	0	2
Tuberculose	1	3	1	4	8
Varicela	1	0	7	0	0
Violência interpessoal/autoprovocada	125	100	150	126	180
Zika vírus - casos agudos	0	0	0	1	0

Fonte: E-SUS VS, ACESSO EM 23/05/2025.

A Imunização é um dos componentes da vigilância epidemiológica, e tem por objetivo trabalhar para prevenir e controlar doenças. A vigilância epidemiológica monitora doenças e seus fatores de risco, identificando padrões, possíveis surtos e áreas de maior vulnerabilidade, o que permite ações rápidas e eficazes para proteger a

população. Já a imunização se concentra na prevenção dessas doenças por meio da vacinação, ajudando a criar imunidade coletiva e reduzindo a circulação de agentes infecciosos. Juntos, esses dois componentes garantem uma abordagem integrada, promovendo a saúde pública, evitando epidemias e protegendo especialmente os grupos mais vulneráveis. Além disso, a combinação de vigilância e imunização é fundamental para o controle de doenças transmissíveis e para a manutenção de uma comunidade mais saudável.

A figura 7 apresenta o percentual de coberturas vacinais por imuno no mês de março 2025 [64].

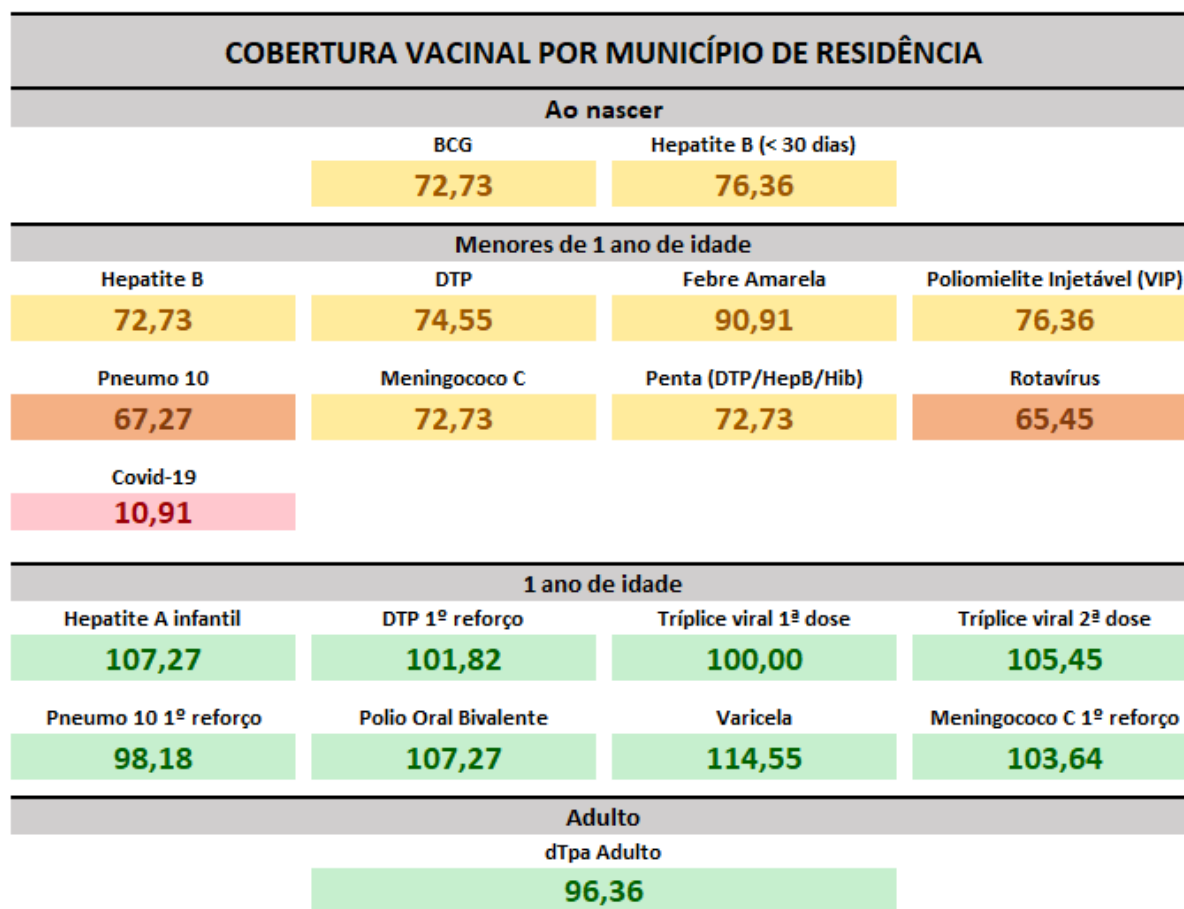
Numa análise é possível verificar uma baixa cobertura vacinal em recém-nascidos, que é um tema de grande preocupação em saúde pública, pois compromete não apenas a saúde individual das crianças, mas também a proteção coletiva contra doenças imunopreveníveis. Mesmo sendo uma faixa etária que não está sob responsabilidade do município é necessário que se realize uma busca ativa de recém-nascidos não vacinados; articulação com a assistência social e o programa Bolsa Família, que exige a vacinação em dia como condicionalidade; monitoramento mensal da cobertura vacinal por microárea; capacitação das equipes de saúde sobre o calendário vacinal infantil.

Também, é possível verificar uma baixa cobertura vacinal em menores de 1 ano, o que representa uma ameaça direta à saúde pública e é considerada um indicador crítico de fragilidade na atenção primária e de responsabilidade do município. Essa faixa etária é especialmente vulnerável, pois nela se concentra o início do calendário vacinal básico, responsável por proteger contra doenças potencialmente graves e fatais.

É necessário que o município fique em alerta e formule um plano de ação local, levando-se em consideração o mapeamento de crianças com vacinas em atraso e atuação dos ACS e da equipe ESF com busca ativa; vacinação domiciliar para crianças com dificuldades de locomoção (zonas rurais, mães adolescentes, puérperas em risco social); campanhas educativas nas escolas, igrejas, CRAS e rádios locais, combatendo *fake news* e reforçando a importância das vacinas; horários estendidos ou mutirões de vacinação, inclusive aos fins de semana; integração entre vigilância epidemiológica, atenção primária e maternidades, para garantir o início e a continuidade do calendário vacinal; monitoramento mensal por microárea, com relatório simples de vacinas aplicadas x população alvo, e envolvimento do controle social.

Na faixa etária acima de 1 ano de idade e adultos é possível verificar que Marechal Floriano apresenta números dentro da meta estipulada pelo MS. Estratégias que podem ter contribuído para esse sucesso é atualização constante dos cadastros individuais e territorialização; envolvimento ativo dos ACS e da equipe da ESF na busca ativa e educação em saúde; salas de vacina com bom funcionamento, equipe capacitada e sem ruptura de estoque; ações extramuros e campanhas com ampla divulgação; acompanhamento rigoroso dos indicadores vacinais por microárea; parcerias com escolas, CRAS, igrejas e rádios para fortalecer a adesão.

Figura 7 - COBERTURA VACINAL DE RESIDENTES DE MARECHAL FLORIANO EM MARÇO DE 2025.



Fonte: Ministério da Saúde - Cobertura Vacinal - Ocorrência, acesso em 29/06/2025.

Cobertura referente a março/2025.

https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html

■ 0-40%
 ■ 41-70%
 ■ > 70%
 ■ Maior ou igual a Meta de Cobertura

Fonte: MS/SI-PNI, 2025.

A vigilância epidemiológica municipal também conta com uma referência para o acompanhamento de doenças transmissíveis, no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A tabela 54 apresenta dados referentes aos atendimentos realizados no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) entre os anos de 2020 e 2024 [20].

Após uma análise é possível verificar que houve ampliação da testagem para HIV, sífilis, hepatites e HCV ao longo do tempo, com destaque para os anos de 2022 e 2023. Porém, é importante salientar que em 2024 houve uma redução em quase todos os exames e atendimentos; baixa testagem em gestantes, o que compromete o pré-natal e a prevenção da transmissão vertical; falta de exames para HTLV e queda em procedimentos como coleta laboratorial e administração de medicamentos em 2024.

Recomenda-se reforçar estratégias de busca ativa, testagem em gestantes, retomar procedimentos laboratoriais em 2024, e investigar causas da redução geral dos atendimentos.

Tabela 54 – AÇÕES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELO CTA ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024.

Exames e atendimentos	2020	2021	2022	2023	2024
HIV – Sorologia	16		41	102	105
HIV - Teste rápido	222	329	381	388	215
HIV – Gestante	4	2	24	12	3
VRDL - Sorologia	47	77	54	143	126
VRDL - Teste rápido	204	187	320	292	215
VRDL - Gestante	4	3	54	11	3
HBV - Sorologia	0	0	0	0	57
HBV - Teste rápido	0	0	0	26	92
HBsAg - Sorologia	13	0	44	113	71
HBsAg - Teste rápido	200	234	313	358	145
HBsAg - Gestante	4	0	18	7	3
HCV - Sorologia	13	0	44	113	109
HCV - Teste rápido	199	0	250	399	203
HTLV G - exame	0	0	0	0	0
Consulta enfermagem CTA	345	370	318	564	315
Administração de medicamento	0	35	25	5	0
Coleta de exame laboratorial	0	126	95	241	0
Intradermoreação com derivado proteico	25	29	28	61	29
Baciloscopia hanseníase	0	9	11	0	0
Vacina HEP B	10	0	8	22	20

Fonte: CTA/VE/SEMUS/PMMF, 2025.

A tabela 55 apresenta as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária entre os anos de 2020 e 2024. A análise evidencia um panorama das atividades da vigilância sanitária ao longo de cinco anos, evidenciando oscilações importantes tanto em inspeções e licenciamentos quanto em ações educativas e administrativas [18].

De um lado, a vigilância sanitária apresentou uma redução acentuada de atividades entre 2020 e 2023, com pequena recuperação em 2024. As inspeções, licenciamentos e ações educativas tiveram queda significativa, o que pode impactar negativamente o controle de riscos sanitários. Houve baixa realização de ações educativas e quase nenhuma voltada ao setor regulado; redução drástica das inspeções, inclusive em áreas sensíveis como instituições de longa permanência; pouca atuação frente a denúncias da população.

Por outro lado, houve um fortalecimento da atuação jurídica da vigilância com aumento expressivo de processos administrativos instaurados e concluídos a partir de 2023.

Tabela 55 - AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024.

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM	2020	2021	2022	2023	2024
---	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

NÚMEROS ABSOLUTOS.

Atividades educativas para o setor regulado	-	-	-	1	-
Atividades educativas, com relação ao consumo de sódio, açúcar e gorduras, realizadas para o setor regulado	-	-	1	-	-
Atividade educativa para a população	118	18	43	41	33
Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	627	245	247	162	131
Inspeção sanitária de serviços de alimentação	320	152	172	112	151
Inspeção sanitária de instituições de longa permanência para idosos	-	-	-	-	1
Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	201	95	86	104	103
Licenciamento sanitário de serviços de alimentação	172	51	50	25	65
Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	221	59	60	31	37
Exclusão de cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária com atividades encerrada	-	-	-	4	-
Atendimento a denúncias/reclamações	174	53	9	19	14
Recebimento de denúncias/reclamações	175	65	13	20	17
Instauração de processo administrativo sanitário	-	-	-	42	97
Conclusão de processo administrativo sanitário	-	-	-	37	125
Total	2008	738	681	598	774

Fonte: TABNET/Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), acesso em 29/06/2025.

A tabela 56 apresenta o total de notificações de acidentes de trabalho e de doenças relacionadas ao trabalho entre os anos de 2020 e 2024. A análise da tabela revela importantes tendências e possíveis pontos de atenção em saúde ocupacional. Podemos evidenciar uma tendência de crescimento acentuado das notificações a partir de 2022, com um pico em 2023. Isso pode refletir uma maior conscientização, melhor notificação ou aumento real na ocorrência desses eventos [63].

Também, há indícios de subnotificação em doenças ocupacionais crônicas e complexas (LER/DORT, PAIR, transtornos mentais) ou, em alguns casos, não há registros até 2024, indicando que esses dados podem ainda não estar sendo monitorados ou que esses casos são pouco frequentes na região ou setor analisado.

Ainda, um aumento em acidentes pode refletir maior vigilância epidemiológica, mas também piora nas condições de trabalho.

Assim, não há como negar a importância da formação dos profissionais de saúde sobre saúde do trabalhador e a necessidade de ações intersetoriais.

Tabela 56 – NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO E DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO ENTRE 2020 E 2024.

AGRAVO.	2020	2021	2022	2023	2024
Acidente de trabalho	3	6	19	240	313

Acidente de trabalho com exposição a material biológico	3	2	4	16	13
DRT Câncer relacionado ao Trabalho	-	-	-	20	5
DRT Dermatoses ocupacionais	-	-	-	-	-
DRT Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares pelo trabalho (LER/DORT)	-	-	-	20	12
DRT Perda auditiva induzida por ruído (PAIR)	-	-	-	-	-
DRT Pneumoconioses relacionadas ao trabalho	-	-	-	-	-
DRT Transtornos mentais	-	-	-	-	-
Acidente com animal peçonhento relacionado ao trabalho	18	13	9	18	20
Intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho	4	1	5	16	13
Violência relacionada ao trabalho	3	-	1	5	5

Fonte: E-SUS VS, ACESSO EM 23/05/2025.

3.5 Assistência farmacêutica

A tabela 57 apresenta o quantitativo de medicamentos dispensados à população entre 2020 e 2024. Ela mostra uma tendência clara de crescimento contínuo e expressivo no número de medicamentos entregues pela Assistência Farmacêutica ao longo dos cinco anos analisados [60].

Esse crescimento pode refletir uma maior demanda por medicamentos, ampliação do acesso à assistência farmacêutica ou mudanças nas políticas de saúde que facilitaram a dispensação.

Tabela 57 - QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS ENTRE 2020 E 2024.

	2020	2021	2022	2023	2024
Medicamentos dispensados à população	349314	863235	963813	1370691	1498152
% de aumento em relação ao ano anterior	-	147,12%	11,65%	42,21%	9,29%

Fonte: BANCO DE DADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, GERADO EM 24/02/2025.

O quadro 1 apresenta a relação dos medicamentos do componente básico padronizados pela REMUME do município de Marechal Floriano (inclui medicamentos, comprimidos e soluções fornecidos na Farmácia Básica e medicamentos injetáveis e outros de uso no Serviço de Urgência e Emergência):

Quadro 1 - ELENCO DE MEDICAMENTOS DA REMUME DO MUNICÍPIO DE MARECHAL FLORIANO – FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL.

MEDICAMENTOS		
Acetato de Dexametasona 1 mg/g (0,1%)	Cloridrato de Hidralazina 25 mg	Losartana potássica 50 mg
Acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml**	Cloridrato de Metformina 500 mg	Maleato de dexclorfeniramina + betametasona 0,4 mg/ml + 0,05 mg/ml
Acetilcisteína 20 mg/ml	Cloridrato de Metformina 850 mg	Maleato de Enalapril 10 mg
Acetilcisteína 40 mg/ml	Cloridrato de Ondansetrona 4 mg	Maleato de Enalapril 20 mg

Aciclovir 200 mg	Cloridrato de Ondansetrona 8 mg	Metildopa 250 mg
Aciclovir 50 mg/g	Cloridrato de Prometazina 25 mg	Metronidazol 250 mg
Ácido acetil salicílico 100 mg	Cloridrato de Propranolol 40 mg	Metronidazol 100 mg/g
Ácido fólico 5 mg	Desloratadina 0,5 mg/ml	Mononitrato de isossorbida 20 mg
Albendazol 400 mg	Digoxina 0,25 mg	Nimesulida 100 mg
Albendazol 40 mg/ml	Dipirona sódica 500 mg/ml	Nistatina 100.000 UI/ml
Alendronato de sódio 70 mg	Dipirona sódica 500 mg	Nistatina 25.000 UI/g
Alopurinol 100 mg	Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	Nitrato de Miconazol 2%
Amoxicilina 500 mg	Domperidona 10 mg	Nitrofurantoína 100 mg
Amoxicilina 250 mg/5 ml	Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol 50 mg + 5 mg**	Noretisterona 0,35 mg**
Amoxicilina + clavulanato de potássio 500 mg + 125 mg	Espironolactona 25 mg	Omeprazol 20 mg
Amoxicilina + clavulanato de potássio 50 mg/ ml + 12,5 mg/ml	Estriol 1 mg/g	Paracetamol 500 mg
Atenolol 50 mg	Etinilestradiol + levonorgestrel 0,03 mg + 0,15 mg**	Paracetamol 200 mg/ml
Azitromicina 500 mg	Fluconazol 150 mg	Permetrina 1%
Azitromicina 40 mg/ml	Folinato de cálcio (Ácido fólico) 15 mg	Permetrina 5%
Besilato de Anlodipino 10 mg	Fosfato sódico de Prednisolona 3 mg/ml	Pirimetamina 25 mg
Bromoprida 10 mg	Furosemida 40 mg	Prednisona 5 mg
Bromoprida 4 mg/ml	Glibenclamida 5 mg	Prednisona 20 mg
Budesonida 32 mcg/dose	Glicazida 30 mg	Sais para reidratação oral
Butilbrometo de Escopolamina 10 mg	Hidroclorotiazida 25 mg	Salbutamol, sulfato 100 mcg/dose
Captopril 25 mg	Hidrocortisona 10 mg/ml + Sulfato de neomicina 10.000 UI/ml + Sulfato de polimixina 5 mg/ml	Simeticona 40 mg
Carbonato de cálcio + colecalciferol 500 mg + 400 UI	Hidróxido de magnésio + hidróxido de alumínio 60 mg + 40 mg/ml	Simeticona 75 mg/ml
Carvedilol 3,125 mg	Ibuprofeno 100 mg/ml	Sinvastatina 20 mg
Carvedilol 6,25 mg	Ibuprofeno 300 mg	Sinvastatina 40 mg
Carvedilol 12,5 mg	Ibuprofeno 600 mg	Succinato de Metoprolol 25 mg
Carvedilol 25 mg	Itraconazol 100 mg	Succinato de Metoprolol 50 mg
Cefalexina 500 mg	Ivermectina 6 mg	Sulfadiazina 500 mg
Cefalexina 50 mg/ml	Lactulose 667 mg/ml	Sulfadiazina de prata 1%
Cetoconazol 2%	Levodopa + benserazida 100 mg + 25 mg BD	Sulfametoxazol + Trimetoprima 400 mg + 80 mg
Cetoconazol 20 mg/g	Levodopa + benserazida 200 mg + 50 mg	Sulfametoxazol + Trimetoprima 40 mg/ml + 8 mg/ml
Claritromicina 500 mg	Levotiroxina 25 mcg	Sulfato de Neomicina + bacitracina 5 mg/g +

		250 UI/g
Cloreto de sódio 0,9 %	Levotiroxina 50 mcg	Sulfato ferroso 109 mg (40 mg Fe++)
Cloridrato de Amiodarona 100 mg	Levotiroxina 100 mcg	Sulfato ferroso 25 mg/ml Fe++
Cloridrato de Ciclobenzaprina 10 mg	Loratadina 10 mg	Tibolona 2,5 mg
Cloridrato de Ciprofloxacino 500 mg	Loratadina 1 mg/ml	Varfarina sódica 5 mg
PSICOTRÓPICO		
Alprazolam 0,5 mg	Cloridrato de Amitriptilina 25 mg	Fenobarbital 40 mg/ml
Alprazolam 1 mg	Cloridrato de Biperideno 2 mg	Fenobarbital 100 mg
Carbamazepina 200 mg	Cloridrato de Clorpromazina 25 mg	Haloperidol 5 mg
Carbamazepina 20 mg/ml	Cloridrato de Clorpromazina 100 mg	Oxalato de escitalopram 10 mg
Carbonato de lítio 300 mg	Cloridrato de Fluoxetina 20 mg	Oxalato de escitalopram 20 mg
Clonazepam 0,5 mg	Cloridrato de Sertralina 50 mg	Valproato de sódio 288 mg (equivalente a 250 mg de ácido valpróico)
Clonazepam 2 mg	Diazepam 10 mg	Valproato de sódio 576 mg (equivalente a 500 mg de ácido valpróico)
Clonazepam 2,5 mg/ml	Fenitoína sódica 100 mg	Valproato de sódio 57,624 mg/ml (equivalente a 50 mg de ácido valpróico/ml)

Fonte: REMUME, 2025.

4. GESTÃO DE SAÚDE

Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do SUS seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios [1, 2].

Dessa forma, cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações.

Os gestores do SUS ficam assim responsáveis por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda a população o pleno usufruto do direito à saúde, por meio do planejamento, da coordenação, da avaliação, do controle e da auditoria das ações e serviços de saúde locais.

4.1 Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde obedecendo à classificação funcional-programática da Lei n.º 4.320/64 [65]. O FMS foi criado pela Lei Municipal nº 021, de 07 de junho de 1993, e tem por objetivo criar condições financeiras e de gestão de recursos da saúde, oriundos da União, Estado e Município, e de outras fontes [66].

As receitas que compõem o FMS devem ser especificadas na lei de criação do fundo. A aplicação das receitas vinculadas ao fundo deve ser feita através de dotação consignada na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA) ou em créditos adicionais.

Para operacionalização do Fundo Municipal de Saúde de Marechal Floriano são utilizadas as contas bancárias constantes no Quadro 2. Excepcionalmente ao longo dos exercícios fiscais novas contas são abertas para os repasses de emendas federais e estaduais, sendo encerradas após a execução do saldo e prestação de contas.

Quadro 2 - CONTAS BANCÁRIAS DE REPASSES ORDINÁRIOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE EM JULHO DE 2025.

BANCO	CONTA	DESCRIÇÃO
BANESTES	29.018.181	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (TESOURO)
	39.224.225	FOLHA DE PAGAMENTO (CUSTEIO FMS)
	31.500.358	TAXA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (FMS)
	33.886.128	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (RESERVA 13º SALÁRIO)
	30.088.561	LEILÃO
	30.948.772	ROYALTIES ESTADUAL
BCO BRASIL	6.929-9	FMS (RECEITA IMPOSTOS)
	30.100-0	FMS (RECEITA IMPOSTOS)
CEF	575990069-9	PISO SALARIAL ENFERMAGEM – antiga 624.013-7
	575839658-0	FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – INVESTIMENTO antiga 624.012-9
	575839657-1	FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – CUSTEIO – antiga 624.011-0

Fonte: FMS, 2025.

4.2 Financiamento do SUS

O financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. A utilização dos recursos para a saúde somente pode ser feita por meio de fundos de Saúde, conforme estabelecido pela Constituição Federal, no art. 77, do Ato das Disposições Transitórias, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000 [67].

Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [5], resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

No ano 2025 os recursos financeiros proveniente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e creditados no Fundo Municipal de Saúde de Marechal Floriano estão especificados no quadro 3 [68]. No quadro estão especificados os repasses ordinários mensais, os repasses referentes ao componente qualidade das equipes da APS que são anuais e o repasse da assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso da enfermagem que é variável por mês, a depender do número de profissionais de enfermagem vinculados ao município.

Além dos repasses abaixo relacionados, o município ainda pode receber extraordinariamente repasses oriundos de emendas parlamentares e incentivos financeiros de custeio, de caráter excepcional e temporário, voltados para a manutenção de programas específicos, como por exemplo o Programa Saúde na Escola, desenvolvimento de estratégias de vacinação, manutenção da Rede Alyne (antiga rede materno-infantil) dentre outras.

Quadro 3 – REPASSES DE RECURSOS FEDERAIS REALIZADOS PELO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE.

Bloco: Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)					
Grupo	Ação Detalhada	Repasses mensal	Previsão anual	Desconto	Valor Líquido
Assistência farmacêutica	Recursos financeiros a transferir para aquisição pelas secretarias de saúde dos estados, municípios e do distrito federal	R\$ 10.731,61	R\$ 128.779,32	R\$ 0,00	R\$ 128.779,32
Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	Atenção à saúde da população para procedimentos no MAC	R\$ 85.791,53	R\$ 1.029.498,36	R\$ 15.600,00	R\$ 1.013.898,36
Atenção primária	Incentivo financeiro da APS - atenção à saúde bucal	R\$ 35.104,50	R\$ 421.254,00	R\$ 0,00	R\$ 421.254,00
Atenção primária	Incentivo financeiro da APS - componente per capita de base populacional	R\$ 9.293,40	R\$ 111.520,80	R\$ 0,00	R\$ 111.520,80
Atenção primária	Incentivo financeiro para atenção à saúde bucal (componente qualidade) (1)	R\$ 9.413,34	R\$ 9.413,34	R\$ 0,00	R\$ 9.413,34

Atenção primária	Agentes comunitários de saúde	R\$ 103.224,00	R\$ 1.341.912,00	R\$ 0,00	R\$ 1.341.912,00
Atenção primária	Incentivo financeiro da APS - equipes de saúde da família/eSF e equipes de atenção primária/eAP	R\$ 182.000,00	R\$ 2.184.000,00	R\$ 0,00	R\$ 2.184.000,00
Atenção primária	Incentivo financeiro da APS - equipes de saúde da família/eSF e equipes de atenção primária/eAP (componente qualidade) (1)	R\$ 42.000,00	R\$ 42.000,00	R\$ 0,00	R\$ 42.000,00
Vigilância em saúde	Incentivo financeiro aos estados, distrito federal e municípios execução ações vigilância sanitária	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 0,00	R\$ 12.000,00
Vigilância em saúde	Incentivo financeiro aos estados, distrito federal e municípios para a vigilância em saúde - despesas diversas	R\$ 12.144,00	R\$ 157.872,00	R\$ 0,00	R\$ 157.872,00
Vigilância em saúde	Transferência aos entes federativos para o pagamento dos vencimentos dos agentes de combate às endemias	R\$ 7.653,38	R\$ 91.840,56	R\$ 0,00	R\$ 91.840,56
Gestão do sus	Assistência financeira complementar aos estados, DF e municípios para o pagamento do piso salarial dos profissionais da enfermagem (2)	R\$ 78.468,14	R\$ 1.020.085,82	R\$ 0,00	R\$ 1.020.085,82
Total		R\$ 576.823,90	R\$ 6.550.176,20	R\$ 15.600,00	R\$ 6.534.576,20

Fonte: FNS, 2025

NOVO FINANCIAMENTO DA APS

O novo financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Ministério da Saúde pela Portaria GM/MS n.º 3.493/2024, introduz mudanças na forma como os recursos são repassados aos municípios, visando maior equidade e qualidade no atendimento. É baseado em 3 componentes: fixo, vínculo e acompanhamento territorial e qualidade. O componente fixo tem valores definidos conforme a classificação do município no Índice de Equidade e Dimensionamento (IED). Os componentes de vínculo e acompanhamento territorial e qualidade são variáveis, com valores que dependem do desempenho das equipes de saúde, podendo variar de "regular" a "ótimo" [24].

O novo financiamento da APS terá um período de transição entre maio de 2024 a dezembro de 2025 durante o qual todos os municípios receberam valores referentes à classificação "bom" para os componentes de vínculo e acompanhamento territorial e qualidade, independentemente do seu desempenho real.

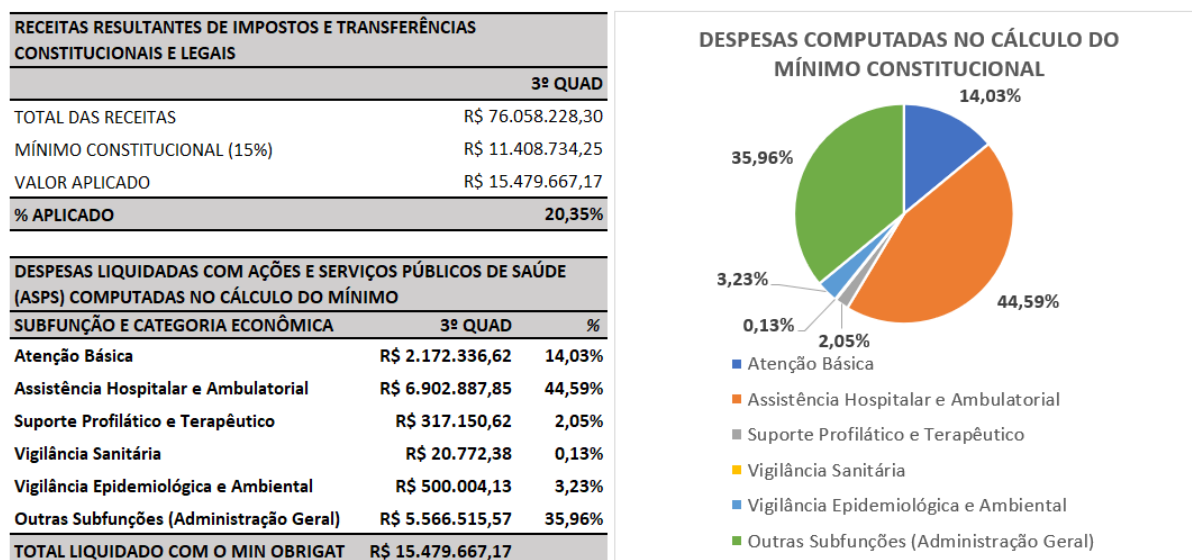
A partir de janeiro de 2026, cada equipes vinculadas à APS será avaliada, e os valores referentes aos componentes de vínculo e acompanhamento territorial e qualidade serão calculados de acordo com o desempenho de cada equipe em cada componente. A nova metodologia busca otimizar os recursos, incentivando a qualificação do atendimento e a ampliação do acesso à saúde e reduzir a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, melhorando a proporção entre profissionais e população atendida.

4.3 Execução orçamentária

No ano de 2024 a arrecadação total do município foi de R\$ 76.058.228,30. Conforme a Lei Complementar 141/2012 [5], as receitas de impostos e transferências de constitucionais e legais, que são base para repasse e cálculo do percentual mínimo de 15% a ser atingindo com saúde pelo Município corresponde ao valor de R\$ 11.408.734,25. Entretanto, as despesas liquidadas correspondem a 20,24%, ou seja R\$ 15.479.667,17 [69].

As despesas liquidadas com ações e serviços de saúde (ASPS), por subfunção computadas no cálculo do mínimo estão apresentadas na figura 8. Podemos observar que maior percentual de despesas é na subfunção 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial (44,59%) seguindo da subfunção 122 - Administração Geral (35,96%).

Figura 8 – RECEITAS E DESPESAS LIQUIDADAS COMPUTADAS NO MÍNIMO CONSTITUCIONAL EM 2024.



Fonte: SIOPS, ACESSO EM 26/06/2025.

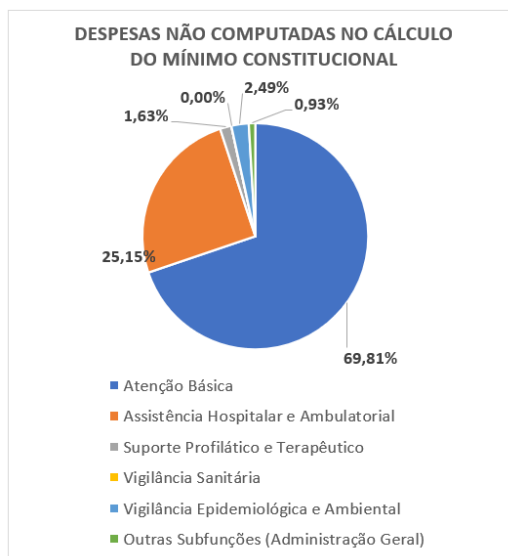
As receitas adicionais para o financiamento da saúde não computadas no cálculo do mínimo referem-se às transferências fundo a fundo do SUS, provenientes do governo federal, do governo estadual e/ou de outros municípios. Assim, em 2024 o montante dessas receitas totalizou R\$ 8.578.258,13, e conforme o Relatório Resumido da Execução Orçamentária-RREO do SIOPS, esse valor está assim distribuído: R\$ 8.543.940,17 (99,60%) foi repasse proveniente da União e R\$ 34.317,96 (0,87%) foi de repasse proveniente do Estado.

As despesas liquidadas com ações e serviços de saúde (ASPS) por subfunção não computadas no cálculo do mínimo totalizaram o valor de R\$ 9.587.381,37, e estão apresentadas na figura 9. Podemos observar que o maior percentual de despesas é na subfunção 301 – Atenção Básica (69,81%) seguido da subfunção 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial (25,15%).

Figura 9 - RECEITAS ADICIONAIS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO EM 2024.

RECEITAS ADICIONAIS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO		
	3º QUAD	%
Provenientes da União	R\$ 8.543.940,17	99,60%
Provenientes do Estado	R\$ 34.317,96	0,87%
TOTAL	R\$ 8.578.258,13	

DESPESAS LIQUIDADAS COM SAÚDE POR SUBFUNÇÕES E CATEGORIA ECONÔMICA NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO		
SUBFUNÇÃO E CATEGORIA ECONÔMICA	3º QUAD	%
Atenção Básica	R\$ 6.692.582,77	69,81%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 2.410.833,59	25,15%
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 156.646,66	1,63%
Vigilância Sanitária	R\$ 0,00	0,00%
Vigilância Epidemiológica e Ambiental	R\$ 238.285,44	2,49%
Outras Subfunções (Administração Geral)	R\$ 89.032,91	0,93%
TOTAL LIQUIDADO COM REPASSES	R\$ 9.587.381,37	



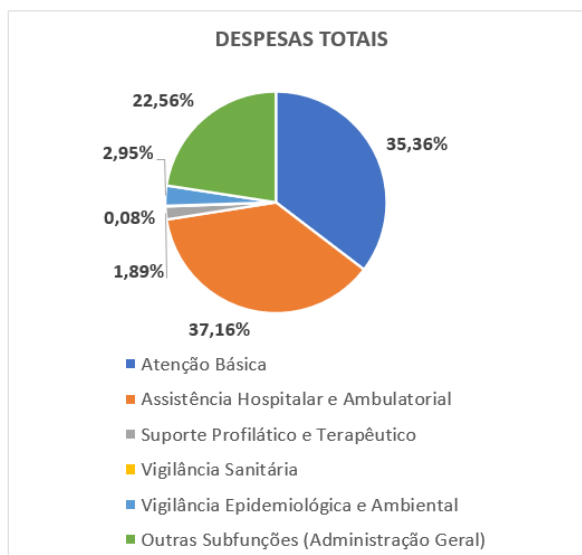
Fonte: SIOPS, ACESSO EM 26/06/2025.

A receita total de saúde, computado os recursos próprios e os recursos transferidos de outros entes, totaliza R\$ 24.023.607,34. As transferências fundo a fundo do SUS de outros entes representaram 35,56% (R\$ 8.543.940,17) e a receita de impostos e transferências de constitucionais e legais aplicados representaram 64,44% (R\$ 15.479.667,17). As despesas totais com saúde executadas com recursos próprios e com recursos transferidos de outros entes totalizou no período o valor de R\$ 25.067.048,54, e sua distribuição encontra-se na figura 10.

Figura 10 - RECEITAS E DESPESAS TOTAIS EM 2024.

RECEITAS TOTAIS		
	3º QUAD	%
VALOR APLICADO (MÍN. CONST. 20,35%)	R\$ 15.479.667,17	64,44%
RECEITAS ADICIONAS (REPASSES)	R\$ 8.543.940,17	35,56%
TOTAL	R\$ 24.023.607,34	

DESPESAS LIQUIDADAS TOTAIS		
SUBFUNÇÃO E CATEGORIA ECONÔMICA	3º QUAD	%
Atenção Básica	R\$ 8.864.919,39	35,36%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 9.313.721,44	37,16%
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 473.797,28	1,89%
Vigilância Sanitária	R\$ 20.772,38	0,08%
Vigilância Epidemiológica e Ambiental	R\$ 738.289,57	2,95%
Outras Subfunções (Administração Geral)	R\$ 5.655.548,48	22,56%
TOTAL LIQUIDADO	R\$ 25.067.048,54	

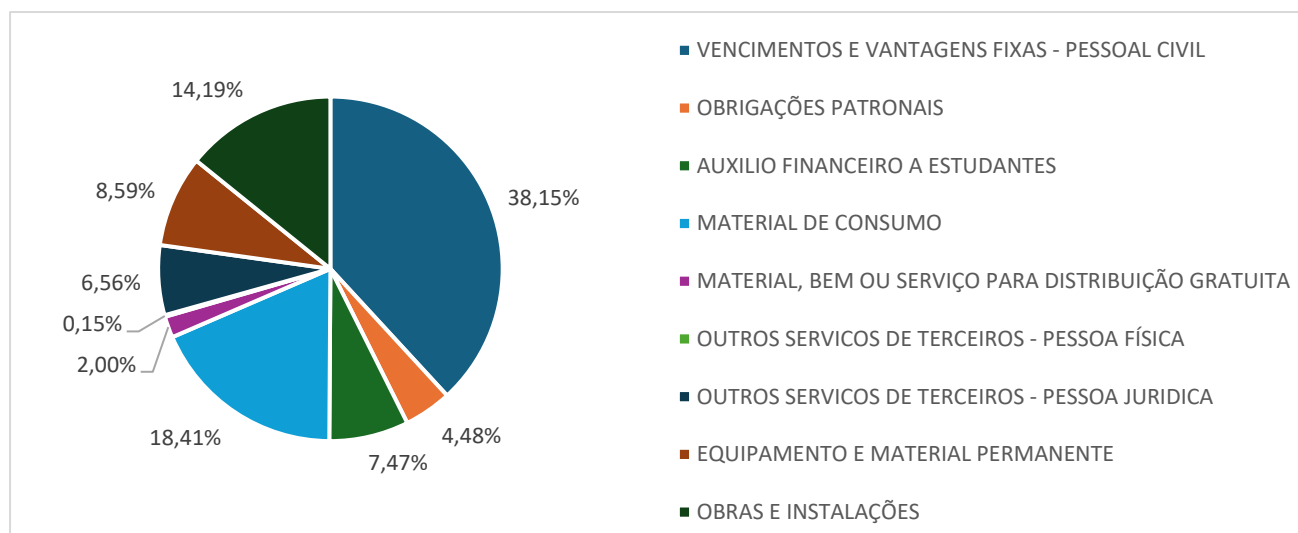


Fonte: SIOPS, ACESSO EM 26/06/2025.

Considerando as despesas totais, podemos observar que o maior percentual de despesas é na subfunção 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial (37,16%) seguida da subfunção 301 – Atenção Básica (35,36%).

Os percentuais liquidados em 2024 na subfunção 301 – Atenção Básica, considerando os elementos de despesa estão apresentados no gráfico 5. A análise do gráfico indica que 38,15% das despesas nessa subfunção estão relacionadas a despesas com vencimentos, seguindo de 18,41% de despesas com material de consumo.

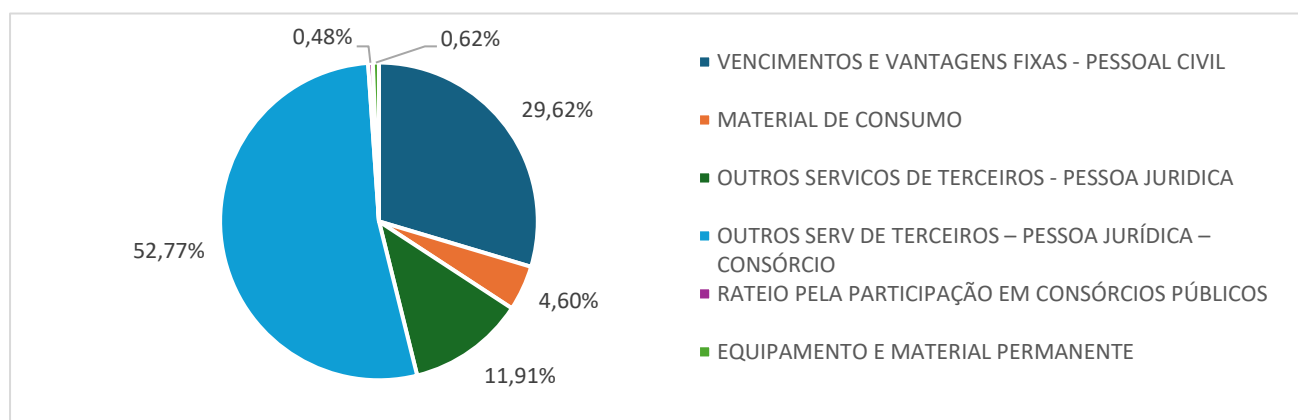
Gráfico 4 – PERCENTUAIS LIQUIDADOS EM 2024 NA SUBFUNÇÃO 301 POR ELEMENTO DE DESPESA.



Fonte: RELATÓRIO DA LISTAGEM DE PAGAMENTOS, SECRETARIA DE FINANÇAS, 2025.

Os percentuais liquidados em 2024 na subfunção 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial, considerando os elementos de despesa estão apresentados no gráfico 6. A análise do gráfico indica que 52,77% das despesas nessa subfunção estão relacionadas a despesas com outros serviços de terceiros, especificamente com o Consórcio CIM Pedra Azul, seguindo de 29,62% de despesas com vencimentos de pessoal.

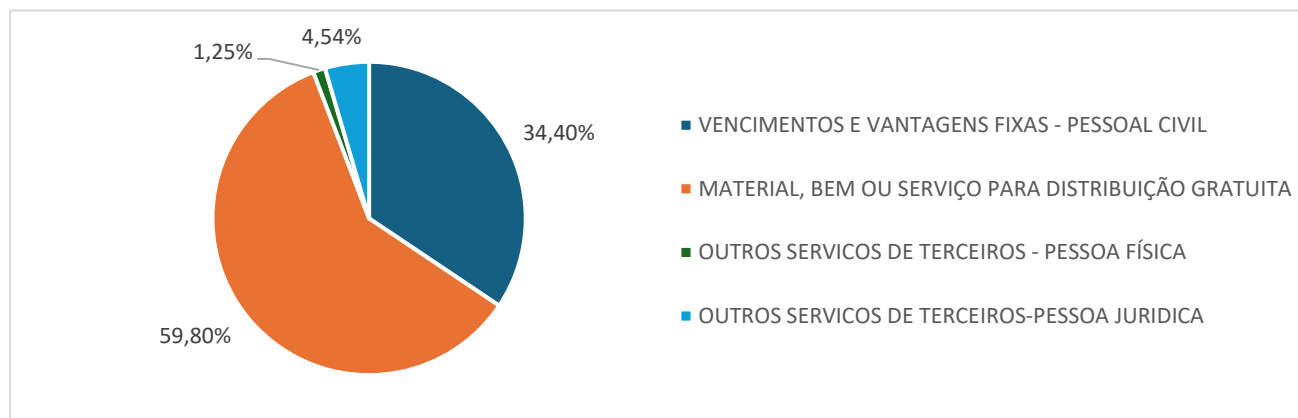
Gráfico 5 - PERCENTUAIS LIQUIDADOS EM 2024 NA SUBFUNÇÃO 302 POR ELEMENTO DE DESPESA.



Fonte: RELATÓRIO DA LISTAGEM DE PAGAMENTOS, SECRETARIA DE FINANÇAS, 2025.

Os percentuais liquidados em 2024 na subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico, considerando os elementos de despesa estão apresentados no gráfico 7. A análise do gráfico indica que 59,80% das despesas nessa subfunção estão relacionadas a despesas com material, bem ou serviço para distribuição gratuita, ou seja, despesas com a compra de medicamentos, seguindo de 34,04% de despesas com vencimentos de pessoal.

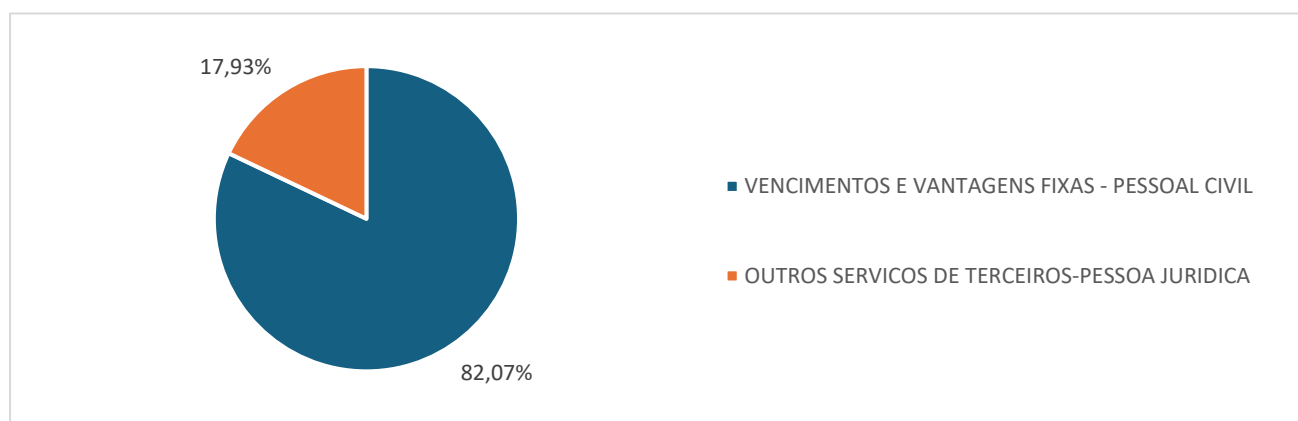
Gráfico 6 - PERCENTUAIS LIQUIDADOS EM 2024 NA SUBFUNÇÃO 303 POR ELEMENTO DE DESPESA.



Fonte: RELATÓRIO DA LISTAGEM DE PAGAMENTOS, SECRETARIA DE FINANÇAS, 2025.

Os percentuais liquidados em 2024 na subfunção 304 – Vigilância Sanitária, considerando os elementos de despesa estão apresentados no gráfico 8. A análise do gráfico indica que 82,07% das despesas nessa subfunção estão relacionadas a despesas com vencimentos de pessoal.

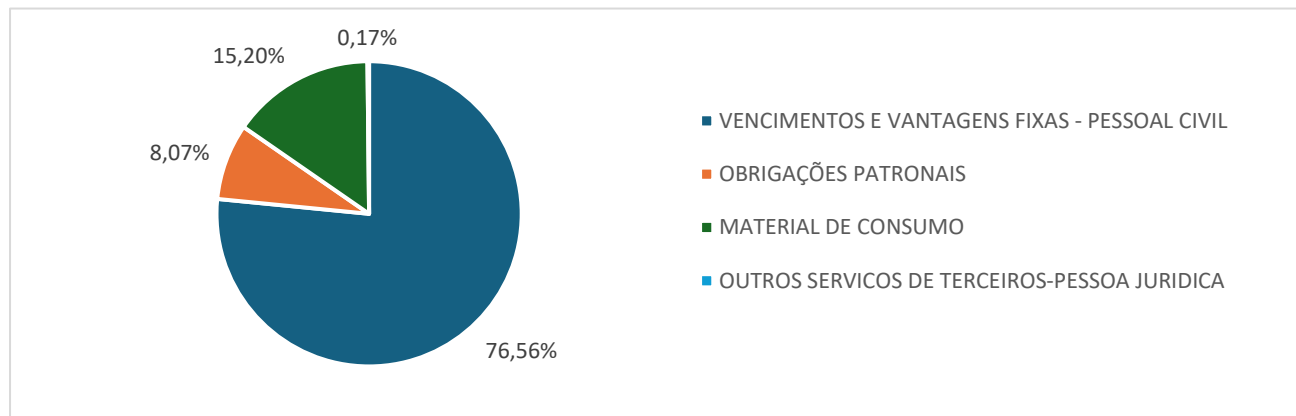
Gráfico 7 - PERCENTUAIS LIQUIDADOS EM 2024 NA SUBFUNÇÃO 304 POR ELEMENTO DE DESPESA.



Fonte: RELATÓRIO DA LISTAGEM DE PAGAMENTOS, SECRETARIA DE FINANÇAS, 2025.

Os percentuais liquidados em 2024 na subfunção 305 – Vigilância Epidemiológica, considerando os elementos de despesa estão apresentados no gráfico 9. A análise do gráfico indica que 76,56% das despesas nessa subfunção estão relacionadas a despesas com vencimentos de pessoal e 15,20% estão relacionadas a despesas com material de consumo.

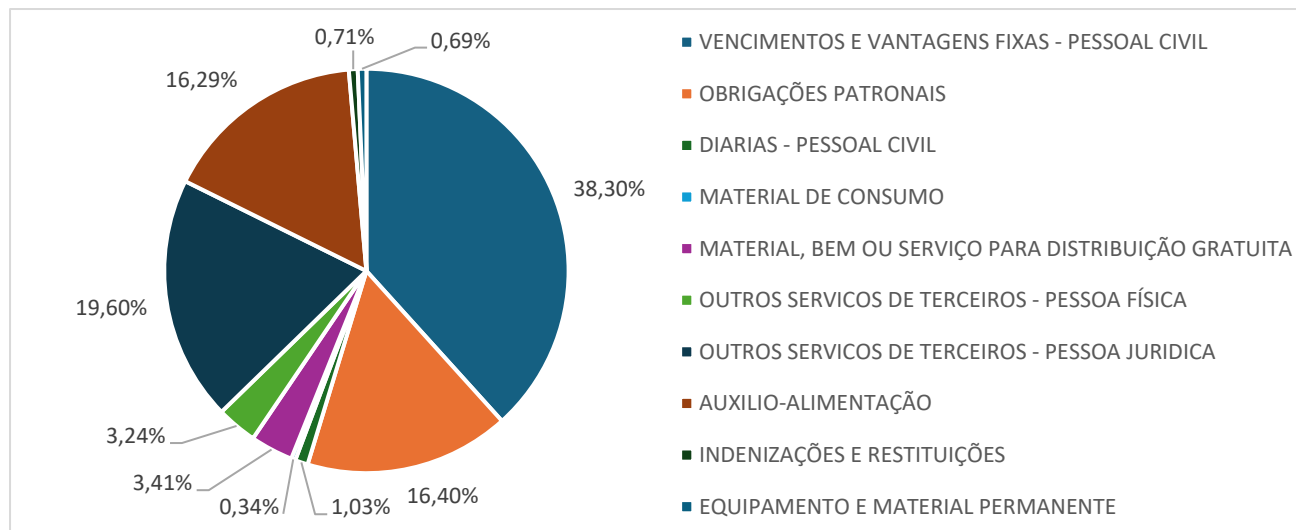
Gráfico 8 - PERCENTUAIS LIQUIDADOS EM 2024 NA SUBFUNÇÃO 305 POR ELEMENTO DE DESPESA.



Fonte: RELATÓRIO DA LISTAGEM DE PAGAMENTOS, SECRETARIA DE FINANÇAS, 2025.

Os percentuais liquidados em 2024 na subfunção 122 – Administração, considerando os elementos de despesa estão apresentados no gráfico 10. A análise do gráfico indica que 38,30% das despesas nessa subfunção estão relacionadas a despesas com vencimentos de pessoal, 19,60% com despesas de serviços de pessoa jurídica, 16,40% com despesas de obrigações patronais e 16,29% com despesas do auxílio alimentação dos servidores.

Gráfico 9 - PERCENTUAIS LIQUIDADOS EM 2024 NA SUBFUNÇÃO 122 POR ELEMENTO DE DESPESA.



Fonte: RELATÓRIO DA LISTAGEM DE PAGAMENTOS, SECRETARIA DE FINANÇAS, 2025.

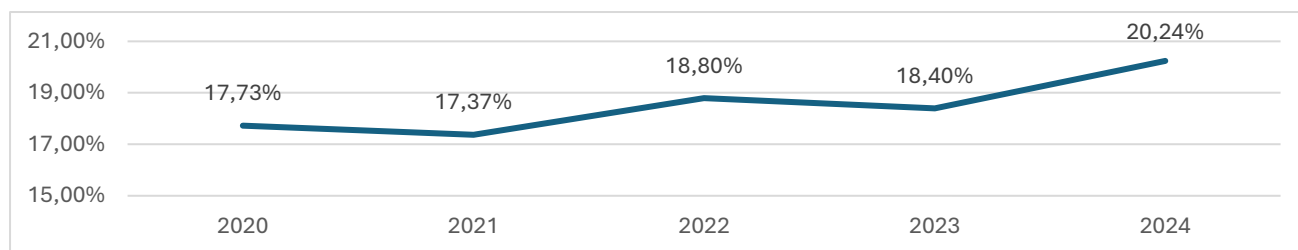
4.4 Sistema de informação sobre orçamentos públicos em saúde – SIOPS

Conforme definido pela Lei 141/2012, o município deve investir 15% referente à contrapartida de recursos próprios do tesouro municipal, e devem ser comprovados por meio da alimentação do SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde [5].

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde.

O gráfico 4 apresenta os valores investidos do tesouro pelo município nos anos de 2020 e 2024 [68].

Gráfico 10 - PERCENTUAL DE RECURSO PRÓPRIO INVESTIDO NA SAÚDE PELO MUNICÍPIO ENTRE 2020 E 2024.



Fonte: SIOPS/DATASUS, 2025.

4.5 Ouvidoria do SUS

A ouvidoria SUS é um canal de comunicação entre usuários e administração e tem por objetivo, levar à administração as manifestações dos usuários e devolver a estes uma posição, na forma de resposta à sua demanda. A Portaria nº 2416, de 07 de novembro de 2014, estabelece as diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS e suas atribuições [70].

As Ouvidorias são unidades de importância estratégica para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as Ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde, além de promover a cidadania [71].

Nas Ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde, bem como por meio de sugestões e elogios, solicitações, reclamações ou denúncias. Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as Ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a manifestação e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas [70].

O município tem implantada uma Ouvidoria Geral, que centraliza em um único acesso as demandas da população, sendo encaminhada para a SEMUS às manifestações relacionadas à pasta. A implantação da Ouvidoria dentro do Setor Saúde estava como meta no Plano Municipal, mas não foi alcançada.

4.6 Participação complementar

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [59].

Em seu artigo 4º estabelece que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo

Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) e que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Em seu artigo 24 estabelece que quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, e que esta será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

A participação complementar na saúde refere-se às ações e recursos que vão além do que é oferecido pelo sistema público de saúde, buscando ampliar o acesso, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. Essa participação pode vir de diferentes fontes, como planos de saúde privados, convênios, organizações não governamentais, empresas e até mesmo a iniciativa privada que investe em hospitais, clínicas e tecnologias médicas.

Ela é importante porque ajuda a preencher lacunas do sistema público, oferecendo opções adicionais de atendimento, tratamentos mais especializados e maior agilidade nos serviços. Assim, quem tem acesso à participação complementar pode contar com uma rede mais ampla de cuidados, o que contribui para uma melhor assistência à saúde da população.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Marechal Floriano, de forma a complementar os serviços ora ofertados, possui contrato com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião Sudoeste Serrana (CIM – Pedra Azul), que é uma Sociedade Civil de Direito Público sem fins lucrativos criada para promover o planejamento, a coordenação de esforços, a execução de serviços e ações de saúde, de acordo o Sistema Único de Saúde. Ele foi fundado em 1998 e atualmente abrange os seguintes municípios: Afonso Cláudio, Brejetuba, Castelo, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Ibatiba, Ibitirama, Irupi, Itaguaçu, Itarana, Lúna Laranja da Terra, Marechal Floriano, Muniz Freire, Santa Maria de Jetibá, Venda Nova do Imigrante e Viana. O objetivo do CIM Pedra Azul é criar parceria entre os Municípios e contribuir para manutenção dos serviços ambulatoriais especializados (consultas especializadas, serviços de diagnose, etc.) próximos às suas residências.

Em junho de 2025, a SEMUS também formalizou um contrato de gestão com o Instituto de Apoio ao Meio Ambiente, Saúde e Esportes – IAMASE para contratação de serviços de gerenciamento, operacionalização, execução de serviços assistenciais de saúde, serviços de apoio administrativo e técnicos de saúde, e demais ações de saúde e atendimentos, que assegure assistência universal e gratuita à população, para atender as necessidades da secretaria municipal de saúde.

5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) é um princípio fundamental que garante a inclusão da sociedade na gestão, controle e fiscalização das ações e serviços de saúde. Essa participação busca promover a transparência, a democratização das decisões e a melhoria contínua do sistema, assegurando que as necessidades da população sejam atendidas de forma mais efetiva.

De acordo com a Lei nº 8142/1990, que regula a participação social no SUS, os cidadãos têm o direito de participar na formulação da política de saúde, no controle da execução e na fiscalização dos recursos públicos destinados à saúde. Essa lei estabelece a criação de conselhos de saúde em todos os níveis de gestão (federal, estadual e municipal), além de conferências de saúde periódicas, que reúnem representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e entidades da sociedade civil [4].

Além da Lei 8142/1990, o Conselho Nacional de Saúde publicou em 10 de maio de 2012 a Resolução nº 453 que aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde [72].

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados que atuam na formulação, controle e fiscalização da política de saúde. Possuem caráter permanente e deliberativo, sendo um colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Esses espaços de participação são essenciais para que a população possa opinar, sugerir melhorias, acompanhar a qualidade dos serviços e garantir que os recursos públicos sejam utilizados de forma eficiente e transparente. Assim, a participação social fortalece a democracia e promove uma gestão mais inclusiva e responsável do SUS.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Marechal Floriano foi instituído pela Lei Municipal nº 673, de 12 de abril de 2007 (revoga a Lei Municipal nº 020, de 07 de junho de 1993) [73]. O CMS é representado por 16 membros, sendo 8 titulares e 8 suplentes, respeitando a paridade legal de 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representantes da gestão e de prestadores de serviços.

O No biênio 2024-2025 o CMS de Marechal Floriano estava composto pelos seguintes membros:

Quadro 4 - COMPOSIÇÃO DO CMS DE MARECHAL FLORIANO NO BIÊNIO DE 2024-2025.

CONSELHEIRO	SEGUIMENTO	
Anderson Caetano da Rocha	Usuário	Titular
Valdeci Marcolino de Abreu	Usuário	Titular
Natalino Bianchi Netto	Usuário	Titular
Dierison Rodrigues de Almeida	Usuário	Titular
Ana Maria Rupf Littig	Usuário	Suplente
Michele Modolo Mion	Usuário	Suplente
Euclides Antônio Granzieri	Usuário	Suplente
Cristiany Krüger Uliana	Usuário	Suplente
Ivanilda Silva de Andrade	Profissional da Saúde	Titular
Lisiany Cristina Costa de Alcântara	Profissional da Saúde	Titular

Jair Carvalho de Lucena	Profissional da Saúde	Suplente
Julio Cesar Vieira	Profissional da Saúde	Suplente
Elissa Orlandi	Gestor	Titular
M ^a Arlete Novaes Moraes Silva	Gestor	Suplente
Édia Klippel Littig	Prestador	Titular
Kevin Cavatti Ebani	Prestador	Suplente

Fonte: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, ATUALIZADO EM 27/08/2025.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

As metas que compõem o presente Plano Municipal de Saúde (PMS) serão organizadas de forma anual por meio da Programação Anual de Saúde (PAS). Essa programação irá detalhar as ações planejadas e suas previsões orçamentárias, sendo o principal instrumento de planejamento utilizado para monitorar e avaliar o andamento do Plano.

O monitoramento e a avaliação fazem parte da rotina diária dos serviços, ações, programas e políticas de saúde, realizados pelos gestores e profissionais envolvidos. Essas atividades são essenciais, pois ajudam a orientar as decisões, contribuindo para o aprimoramento da gestão em saúde. O acompanhamento da PAS deve ser contínuo, realizado pela Comissão de Planejamento, Monitoramento, Controle, Avaliação e Auditoria em Saúde, instituído pela Lei Municipal nº 2.705, de 05 de abril de 2024. O foco é manter uma observação constante, sempre voltada para alcançar os resultados previstos [74].

A avaliação deve acontecer ao final de cada quadrimestre, com uma análise detalhada dos resultados parciais, que deve ser disponibilizada de forma eletrônica através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Esse relatório será inserido no sistema oficial do Ministério da Saúde (atualmente DIGISUS/DGMP), seguindo os prazos estabelecidos na legislação vigente. O RDQA também servirá de base para a elaboração da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), que será apresentada à Casa Legislativa em Audiência Pública, também a cada quadrimestre.

Ao final de cada ano, será elaborado o Relatório Anual de Gestão (RAG), que demonstra os resultados alcançados na execução do Plano. Esse documento avalia a efetividade e eficiência das ações realizadas. Com base nesses resultados, as equipes técnicas poderão reprogramar suas ações e, se necessário, propor ajustes no Plano.

Todos os instrumentos de planejamento, como o PES, as PAS e os RAGs, devem ser enviados ao Conselho Municipal de Saúde para conhecimento e apreciação. Além disso, o PMS, as PAS e os RAGs precisam ser obrigatoriamente aprovados pelo Conselho, incluindo quaisquer alterações que se fizerem necessárias em seu conteúdo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção dos Planos de Saúde tem como bases referenciais legais e normativas a Lei nº 8080/90, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que define como instrumento do planejamento em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que se encontram incluídos no DigiSUS Gestor- módulo planejamento.

O Plano Municipal de Saúde configura-se em um instrumento de base para execução, acompanhamento e execução do SUS, sendo uma ferramenta de gestão, que dá condições referenciais para os instrumentos de planejamento, incluindo aqueles de monitoramento e avaliação. É um processo participativo, em especial do Conselho Municipal de Saúde, em contraponto a um planejamento burocrático e normativo, permitindo-se a discussão e construção de consensos sobre problemas de saúde e a melhor forma de enfrentá-los.

No ano de 2025, a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo por meio do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPI) desenvolveu um Projeto de Apoio Institucional para elaboração dos Planos Municipais de Saúde (2026-2029), sendo norteador para o desenvolvimento da construção do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 de Marechal Floriano. Para participar do projeto foram indicados 2 técnicos para conduzir a elaboração do Plano, sendo instituído um Grupo de Trabalho (GT) formado por 16 membros, sendo a gestora, 14 técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e 01 representante do Conselho Municipal de Saúde, por meio da Portaria Municipal nº 915, de 15 de maio de 2025 [75].

Para a elaboração do PMS 2026-2029 foi necessário fazer uma análise das metas que não obtiveram êxito do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, através de instrumentos tais como a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) e a Matriz de Exequibilidade, dessa forma sendo elencados 5 problemas mobilizadores para o enfrentamento no Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Os problemas identificados foram:

- Implantação de coordenações em alguns setores;
- Capacitação de profissionais no uso de sistema de informação;
- Criar 2 novas equipes ESF;
- Aumentar a oferta de atendimentos para a faixa etária de 0-4 anos na APS;
- Implantação de equipe mínima de saúde mental.

Espera-se que este plano não seja estático e que os processos de planejamento, monitoramento e avaliação sejam sistêmicos e permanentes. O monitoramento representa o acompanhamento continuado dos compromissos explicitados no Plano. A avaliação é entendida como um processo que implica emitir julgamento verificando-se a necessidade de ajuste, redimensionamento e desenho do objeto analisado.

A base fundamental para o monitoramento e avaliação são os indicadores, que são instrumentos utilizados para medir a eficácia, eficiência e o impacto das políticas e programas. Os meios dessa verificação sobre os resultados dos indicadores são os Relatórios Quadrimestrais de prestação de contas e o Relatório Anual de Gestão, o que deve ser um processo de rotina institucional.

Por fim, os responsáveis por conduzir os processos tais como Gestores (Secretário de Saúde e Gerentes ou Coordenadores de equipes ou programas), representantes do Conselho Municipal de Saúde e trabalhadores de saúde devem estimular a reflexão, sensibilização, conscientização para qualificação técnica, compromisso

ético com as políticas de saúde no monitoramento e avaliação das ações envolvidas com o Plano Municipal de Saúde.

O presente Plano Municipal de Saúde foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde Marechal Floriano em reunião ordinária no dia 27 de agosto de 2025, por meio da Resolução nº 206/2025.

8. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

O processo de planejamento em saúde é de responsabilidade de cada ente federado, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária, entre as três esferas de governo, na medida em que visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) apresenta as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que orientarão a gestão municipal no período de 2026 a 2029 propiciando um alinhamento estratégico de prioridades para a agenda da saúde entre gestores, trabalhadores e usuários. As DOMIs são estruturas para as estratégias de evolução da gestão e melhorias nos serviços prestados.

O PMS 2026-2029 de Marechal Floriano está estruturado a partir de 6 diretrizes que demarcam os compromissos da gestão, legitimamente discutidas com o Conselho Municipal de Saúde.

Alguns conceitos guiaram o trabalho, como:

- As Diretrizes expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde. As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas, num enunciado-síntese.
- Os Objetivos de cada Diretriz representam os resultados desejados com a Diretriz, “o que se quer”, “o que se pretende” a fim de superar, reduzir, eliminar, prevenir ou controlar os problemas identificados.
- As Metas especificam a magnitude da mudança desejada ou os resultados visados com o objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta, em função da relevância destas para o seu alcance. Ao estabelecer uma meta, deve-se considerar o estágio de referência inicial ou a situação atual que se deseja modificar, o ponto de partida – de onde se está para onde se quer chegar. Isso constitui a Linha de Base.
- Os Indicadores são variáveis que representam uma meta, em geral numérica (número absoluto ou índice/relação: percentual, taxa, coeficiente, razão). Permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar o alcance delas. As fichas técnicas dos indicadores estão publicadas a parte deste documento.

Assim, partindo do diagnóstico da situação de saúde do município foram estabelecidos diretrizes para atuação da Secretaria Municipal com objetivo de ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, intervindo pontualmente nos vazios assistenciais.

Na formulação dos objetivos é necessário considerar não apenas os problemas, mas também a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e a coerência com as políticas do governo. O objetivo, se bem formulado, descreve a situação futura pretendida pela gestão.

As metas dizem respeito a um fim que se quer atingir com prazos pré-estabelecidos. Elas têm por função quantificar o objetivo que se deseja alcançar por meio do estabelecimento de indicadores. Dessa forma, os indicadores de cada meta têm por objetivo estabelecer um parâmetro de mensuração daquilo que se deseja alcançar. Cada indicador tem uma Linha de Base, que é um dado que possibilitará a comparação deste indicador ao longo da execução do PMS, pois parte-se de um resultado anterior. Os dados sobre a linha de base podem ser obtidos nas fontes de informação para o cálculo do indicador selecionado, como por exemplo os sistemas de informação em saúde.

DIRETRIZ 1: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado.											
OBJETIVO 1.1: Garantir o acesso aos serviços de atenção primária à saúde e ampliar a cobertura pela estratégia saúde da família.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Aumentar em 7% o número de consultas realizadas por médicos e enfermeiros da APS de pessoas com condição avaliada de diabetes mellitus a cada ano.	Número de consultas realizadas por profissional médico ou enfermeiro de pessoas com condição avaliada de diabetes mellitus.	1867	2024	Número	8868	Número	1997	2137	2287	2447
2	Aumentar em 10% o número de consultas realizadas por médicos e enfermeiros da APS de pessoas com condição avaliada de hipertensão arterial a cada ano.	Número de consultas realizadas por profissional médico ou enfermeiro de pessoas com condição avaliada de hipertensão arterial.	4046	2024	Número	20653	Número	4450	4895	5385	5923
3	Aumentar em 3% o número de gestantes com pelo menos 07 consultas durante o período de gestação a cada ano.	Número de consultas de gestantes com pelo menos 07 consultas durante o período de gestação.	154	2024	Número	662	Número	158	163	168	173
4	Aumentar em 2% o número de consultas de idosos acima de 60 anos por médico e enfermeiro na APS a cada ano.	Número de consultas de idosos acima de 60 anos realizada por médico ou enfermeiro na APS.	11248	2024	Número	47285	Número	11472	11702	11936	12175
5	Aumentar em 5% o número de consultas de homens entre 20-59 anos realizada por médicos e enfermeiros na APS a cada ano.	Número de consultas de homens entre 20-59 anos realizada por médicos e enfermeiros na APS.	5441	2024	Número	24623	Número	5713	5999	6298	6613

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

6	Aumentar em 30% o número de consultas de menores de 1 ano realizadas por médico e enfermeiro na APS conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança a cada ano.	Número de consultas de menores de 1 ano realizadas por médico ou enfermeiro na APS.	1118	2024	Número	8991	Número	1453	1889	2456	3193
7	Aumentar em 5% o número de consultas de crianças ente 1-4 anos realizadas por médico e enfermeiro na APS conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança a cada ano.	Número de consultas de crianças entre 1-4 anos realizadas por médico ou enfermeiro na APS.	1359	2024	Número	6149	Número	1427	1498	1573	1651
8	Aumentar em 5% o número de consultas de crianças entre 5-9 anos realizadas por médico e enfermeiro na APS conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança a cada ano.	Número de consultas de crianças entre 5-9 anos realizadas por médico ou enfermeiro na APS.	1379	2024	Número	6239	Número	1447	1520	1596	1676
9	Aumentar em 3% o número de consultas de adolescentes entre 10-19 anos realizadas por médico e enfermeiro na APS conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança a cada ano.	Número de consultas de adolescentes entre 10-19 anos realizadas por médico ou enfermeiro na APS.	2815	2024	Número	12129	Número	2899	2986	3076	3168

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

10	Alcançar a cobertura vacinal em 100% das vacinas selecionadas que compõe o Calendário Básico de Vacinação de crianças menores de 1 ano de idade (pentavalente, poliomielite, pneumocócica 10 valente) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral 1ª dose) a cada ano.	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação de crianças menores de 1 ano de idade (pentavalente, poliomielite, pneumocócica 10 valente) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral 1ª dose) com coberturas vacinais alcançadas.	100	2024	Número	100	Número	100	100	100	100
11	Aumentar em 13% a razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos a cada ano avaliado.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,31	2024	Razão	0,5	Razão	0,35	0,39	0,44	0,5
12	Aumentar em 10% a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos a cada ano avaliado.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	0,21	2024	Razão	0,3	Razão	0,23	0,25	0,28	0,3
13	Reduzir em 5% o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis a cada ano.	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis	33	2024	Número	27	Número	31	29	28	27
14	Implantar 2 novas equipes de saúde da família até 2029.	Número de equipes de saúde da família implantadas na APS.	0	2024	Número	2	Número	1	1	Não progra mada	Não progra mada

OBJETIVO 1.2: Aprimorar a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividades.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

1	Aumentar em 10% o número de visitas domiciliares a gestantes realizadas pelo ACS/TACS a cada ano.	Número de visitas domiciliares do ACS/TACS a gestantes.	429	2024	Número	2188	Número	471	519	570	628
2	Aumentar em 5% o número de visitas domiciliares a puérperas realizadas pelo ACS/TACS a cada ano.	Número de visitas domiciliares do ACS/TACS a puérperas.	150	2024	Número	666	Número	157	165	173	182
3	Aumentar em 3% o número de visitas domiciliares de recém-nascidos (até 30º dia de vida) realizadas pelo ACS/TACS a cada.	Número de visitas domiciliares do ACS/TACS a recém-nascidos.	154	2024	Número	662	Número	158	163	168	173
4	Alcançar 95% de percentual de cadastros individuais atualizados nos últimos 24 meses até 2029.	Percentual de cadastros individuais atualizados nos últimos 24 meses.	79,58%	2025	Percentual	95	Percentual	85	88	91	95
OBJETIVO 1.3: Aprimorar a assistência à saúde bucal, garantindo assistência odontológica de qualidade com eficiência e resolutividade nos diferentes ciclos da vida.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Aumentar em 2% o número de primeira consulta odontológica programada na APS a cada ano.	Número de primeira consulta odontológica programada.	1865	2024	Número	7837	Número	1902	1940	1978	2017
2	Aumentar em 10% o número de tratamentos odontológicos concluídos na APS a cada ano.	Número de tratamentos odontológicos concluídos.	1560	2024	Número	7960	Número	1716	1887	2075	2282
3	Reduzir em 5% o número de exodontias de dentes permanentes com alveoloplastia ou não na APS a cada ano.	Número de exodontias de dentes permanentes	488	2024	Número	397	Número	463	440	418	397

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

4	Alcançar 90% de participantes na faixa etária de 6 a 11 anos em no mínimo 2 atividades coletivas anuais de escovação dental supervisionada registradas pelo cirurgião-dentista até 2029.	Número de participantes na faixa etária de 6-11 anos em atividades coletivas de escovação dental supervisionada.	0	2024	Número	11276	Número	2819	2819	2819	2819
5	Aumentar em 5% o número de procedimentos odontológicos individuais preventivos registrados na APS a cada ano.	Número de procedimentos odontológicos individuais preventivos registrados na APS.	3310	2024	Número	14978	Número	3475	3649	3831	4023
6	Aumentar em 5% o número de procedimento restaurador atraumático realizado pelo cirurgião-dentista na APS a cada ano.	Número de procedimento restaurador atraumático realizado pelo cirurgião-dentista na APS.	146	2024	Número	659	Número	153	160	169	177
7	Aumentar em 5% o número de consultas odontológicas de gestantes na APS a cada ano.	Número de consultas odontológicas de gestantes na APS.	289	2024	Número	1306	Número	303	318	334	351
8	Implantar 3 novas equipes de saúde bucal até 2029.	Número de equipes de saúde bucal implantadas na APS.	0	2024	Número	3	Número	1	1	1	Não progra mada
OBJETIVO 1.4: Organizar e qualificar a equipe Multidisciplinar.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Realizar no mínimo 1500 atividades individuais e coletivas realizados pela eMulti a cada ano.	Número de atividades individuais e coletivas realizadas pela eMulti.	0	2024	Número	6000	Número	1500	1500	1500	1500

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

2	Realizar no mínimo 800 atividades individuais e coletivas compartilhadas podendo ser entre profissionais eMulti ou com profissionais de outras equipes da APS a cada ano.	Número de atividades individuais e coletivas compartilhadas.	0	2024	Número	3200	Número	800	800	800	800
3	Realizar no mínimo 24 atividades de educação permanente e continuada realizadas pela eMulti a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada realizadas pela eMulti.	0	2024	Número	96	Número	24	24	24	24
OBJETIVO 1.5: Aprimorar os serviços da Atenção Primária à Saúde para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipe que atuam na APS.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Aumentar em 10% o número atendimentos por demanda programada (consulta agendada programada; cuidado continuado; e consulta agendada) da APS a cada ano.	Número de atendimentos por demanda programada (consulta agendada programada; cuidado continuado; e consulta agendada) na APS.	18733	2024	Número	95631	Número	20606	22666	24933	27426
2	Realizar no mínimo 120 atividades de educação permanente e continuada realizadas pela APS a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada realizadas pela APS.	52	2024	Número	480	Número	120	120	120	120
3	Realizar no mínimo 520 atividades coletivas com usuários realizadas pela APS a cada ano (exceto atividades do PSE).	Número de atividades coletivas com usuários realizadas pela APS.	87	2024	Número	2080	Número	520	520	520	520

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

4	Aumentar em 10% o número de atividades coletivas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) realizadas pela APS em todas as escolas pactuadas a cada ano.	Número de atividades coletivas nas escolas realizadas pela APS.	277	2024	Número	406	Número	305	335	369	406
5	Realizar no mínimo 300 avaliações multidimensionais de idosos na APS a cada ano.	Número de avaliações multidimensionais de idosos na APS.	0	2024	Número	1200	Número	300	300	300	300
6	Realizar no mínimo 1 capacitação anual sobre o uso dos sistemas de informação para os profissionais da atenção primária a cada ano.	Número de capacitações de profissionais da APS sobre o uso dos sistemas de informação.	0	2024	Número	4	Número	1	1	1	1

OBJETIVO 1.6: Estruturar a rede física de serviços da Atenção Primária à Saúde, visando à melhoria da infraestrutura para aquisição de equipamento e materiais permanentes.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Realizar no mínimo 20 contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins para os serviços da APS até 2029.	Número de contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins para os serviços da APS.	3	2024	Número	20	Número	5	5	5	5
2	Realizar no mínimo 8 contratos para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da APS até 2029.	Número de contratos para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da APS.	1	2024	Número	8	Número	2	2	2	2

DIRETRIZ 2: Fortalecer a Atenção Ambulatorial Especializada como componente complementar para o cuidado contínuo e integral.

OBJETIVO 2.1: Qualificar a Atenção Ambulatorial Especializada, com ampliação do acesso a consultas e exames e aprimoramento dos serviços, de forma articulada com outros pontos de atenção à saúde e em tempo adequado.

Nº	DESCRIÇÃO DA META		INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO		2026	2027	2028	2029

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

		INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA				
1	Aumentar em 5% a capacidade de oferta de exames clínicos laboratoriais na AAE a cada ano.	Número de exames clínicos laboratoriais na AAE.	57133	2024	Número	258561	Número	59989	62989	66138	69445
2	Aumentar em 5% as consultas realizadas por médicos na AAE a cada ano.	Número de consultas realizadas por médicos na AAE.	7885	2024	Número	35683	Número	8279	8693	9127	9584
3	Aumentar em 2% as consultas e procedimentos realizados pelo Serviço de Fisioterapia na AAE a cada ano.	Número de consultas e procedimentos do serviço de fisioterapia na AAE.	13762	2024	Número	57854	Número	14037	14317	14604	14896
4	Aumentar em 5% as consultas e procedimentos realizados pelo Serviço de Nutrição na AAE a cada ano.	Número de consultas e procedimentos do serviço de nutrição na AAE.	528	2024	Número	2388	Número	554	582	611	641
5	Aumentar em 10% as consultas realizadas pelo Serviço de Assistência Social na AAE a cada ano.	Número de consultas do serviço de assistência social na AAE.	212	2024	Número	1081	Número	233	256	282	310
6	Aumentar em 2% as consultas realizadas pelo Serviço de Psicologia na AAE a cada ano.	Número de consultas do serviço de psicologia na AAE.	2938	2024	Número	12349	Número	2996	3056	3117	3180
7	Implantar 1 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental na AAE.	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental implantada na AAE.	0	2024	Número	1	Número	1	Não programada	Não programada	Não programada
8	Realizar no mínimo 1 capacitação anual sobre o uso dos sistemas de informação para os profissionais da atenção especializada a cada ano.	Número de capacitações de profissionais da AAE sobre o uso dos sistemas de informação.	0	2024	Número	4	Número	1	1	1	1

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

9	Aumentar para no mínimo 12 atividades de educação permanente e continuada na atenção especializada a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada na AAE.	10	2024	Número	48	Número	12	12	12	12
10	Realizar no mínimo 3000 procedimentos pela equipe do SERDIA ao ano.	Número de procedimentos realizados pela equipe do SERDIA.	0	2024	Número	12000	Número	3000	3000	3000	3000

OBJETIVO 2.2: Qualificar os serviços da Rede de Urgência para atendimento em tempo adequado, proporcionando melhoria no atendimento às necessidades da população.

População:											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Realizar no mínimo 1 capacitação anual para os profissionais do Serviço de Urgência e Emergência sobre o uso do sistema a cada ano.	Número de capacitações para os profissionais do Serviço de Urgência e Emergência sobre o uso do sistema.	0	2024	Número	4	Número	1	1	1	1
2	Realizar no mínimo 3 atividades de educação permanente e continuada no Serviço de Urgência e Emergência a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada no Serviço de Urgência e Emergência.	10	2024	Número	12	Número	3	3	3	3
3	Implantar a classificação de risco no Serviço de Urgência e Emergência até 2026.	Classificação de risco implantada no Serviço de Urgência e Emergência.	0	2024	Número	1	Número	1	Não progra mada	Não progra mada	Não progra mada

OBJETIVO 2.3: Estruturar a rede física de serviços da Atenção Ambulatorial Especializada e do serviço de Urgência e Emergência, visando à melhoria da infraestrutura para aquisição de equipamento e materiais permanentes.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

1	Realizar no mínimo 12 contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins na AAE.	Número de contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins na AAE.	3	2024	Número	12	Número	3	3	3	3
2	Realizar no mínimo 4 contratos para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos na AAE.	Número de contratos para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos na AAE.	0	2024	Número	4	Número	1	1	1	1
DIRETRIZ 3: Promover o cuidado farmacêutico e o atendimento humanizado na Assistência Farmacêutica Municipal.											
OBJETIVO 3.1: Promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, garantindo sua adequada dispensação e a utilização racional de medicamentos.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Manter a adesão anual ao PERP.	Adesão anual ao PERP realizada.	1	2025	Número	1	Número	1	1	1	1
2	Aumentar para 96% o índice de abastecimento de medicamentos de acordo com a REMUME até 2029.	Índice de abastecimento de medicamentos.	94,37%	2025	Percentual	96%	Percentual	94,50%	95%	95,50%	96%
3	Realizar no mínimo 1 atividade de educação permanente e continuada na assistência farmacêutica a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada na assistência farmacêutica.	1	2024	Número	4	Número	1	1	1	1
4	Realizar no mínimo 4 contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins na assistência farmacêutica até 2029.	Número de contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins na assistência farmacêutica.	3	2024	Número	4	Número	1	1	1	1

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

5	Realizar no mínimo 1 contrato para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da assistência farmacêutica até 2029.	Número de contratos para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da assistência farmacêutica.	0	2024	Número	1	Número	Não progra mada	Não progra mada	Não progra mada	1
DIRETRIZ 4: Fortalecer a Vigilância em Saúde como agente redutor de riscos e agravos à saúde.											
OBJETIVO 4.1: Aprimorar as ações de Vigilância Sanitária.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Manter em 85% o percentual de ações da Vigilância Sanitária consideradas necessárias a cada ano.	Percentual de ações da Vigilância Sanitária consideradas necessárias no ano.	85	2024	Percentual	85	Percentual	85	85	85	85
2	Realizar 1 inspeção sanitária anual em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) pela VISA.	Número de inspeções de ILPI pela VISA.	1	2024	Número	4	Número	1	1	1	1
3	Realizar no mínimo 12 atividades de educação permanente e continuada da vigilância sanitária a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada da VISA.	0	2024	Número	12	Número	3	3	3	3
OBJETIVO 4.2: Aprimorar as ações de Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

1	Alcançar 95% de proporção de cura nas coortes e casos novos de hanseníase a cada ano.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	0	2024	Proporção	95	Proporção	95	95	95	95
2	Aumentar para 85% a proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera a cada ano.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	57,1	2024	Proporção	85	Proporção	85	85	85	85
3	Reduzir para 5 a taxa de incidência de sífilis congênita até 2029.	Taxa de incidência de sífilis congênita	10,2	2024	Taxa	5	Taxa	9	7	6	5
4	Manter em 99% o percentual de casos notificados encerrados oportunamente a cada ano.	Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente após notificação	99	2024	Percentual	99	Percentual	99	99	99	99
5	Manter em 100% a investigação de óbitos de mulher em idade fértil	Percentual de óbito de mulher em idade fértil investigados	100	2024	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
6	Manter em 100% o registro de óbitos com causa básica definida até 2029.	Percentual de registros de óbitos com causa básica definida	100	2024	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
7	Aumentar para 7 o número de estabelecimentos notificadores de violência no município até 2029.	Número de estabelecimentos que realizaram notificação de violência	3	2024	Número	7	Número	4	5	6	7
8	Manter em zero o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos a cada ano.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	2024	Número	0	Número	0	0	0	0
9	Aumentar para 3 o número de boletins epidemiológicos a cada ano.	Número de boletins epidemiológicos	0	2024	Número	12	Número	3	3	3	3
10	Realizar no mínimo 12 atividades de educação permanente e continuada na vigilância epidemiológica.	Número de atividades de educação permanente e continuada da VE.	0	2024	Número	12	Número	3	3	3	3

OBJETIVO 4.3: Aprimorar as ações da Vigilância Ambiental com foco nos fatores ambientais de risco e agravos à saúde e doenças transmitidas por vetores e hospedeiros intermediários.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Manter 100% das análises das amostras de água coletadas nos pontos estratégicos para realizar a vigilância da qualidade da água para consumo humano (VIGIÁGUA) em todos os anos.	Proporção de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro)	100	2024	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2	Aumentar para 4 os ciclos de visitas domiciliares para o controle da dengue com no mínimo 80% de imóveis visitados em cada um dos ciclos a cada ano.	Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	3	2024	Número	16	Número	4	4	4	4
3	Aumentar em 2% o número de animais vacinados na campanha antirrábica a cada ano.	Número de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica.	4032	2024	Número	16947	Número	4112	4194	4278	4363
4	Realizar no mínimo 12 atividades de educação permanente e continuada da vigilância ambiental.	Número de atividades de educação permanente e continuada na vigilância ambiental.	0	2024	Número	12	Número	3	3	3	3
5	Implantar grupo de trabalho sobre a Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos	Número de grupo de trabalho implantado	0	2024	Número	1	Número	1	0	0	0
OBJETIVO 4.4: Organizar e qualificar a Vigilância em Saúde do Trabalhador, promovendo a saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora.											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

1	Aumentar para 7 o número de estabelecimentos de saúde notificando as doenças e agravos relacionados ao trabalho até 2029.	Número de estabelecimentos de saúde notificadores de doenças e agravos relacionados ao trabalho.	3	2024	Número	7	Número	4	5	6	7
2	Manter 100% das notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena com o campo ocupação e atividade econômica preenchido a cada ano.	Percentual de preenchimento dos campos CBO e CNAE nas notificações por DARTs.	100	2024	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3	Realizar no mínimo 1 capacitação anual para os trabalhadores de saúde sobre notificação de acidente de trabalho e de doenças relacionadas ao trabalho a cada ano.	Número de capacitações sobre notificação de acidente de trabalho e de doenças relacionadas ao trabalho.	0	2024	Número	4	Número	1	1	1	1
4	Realizar no mínimo 3 atividades de educação permanente e continuada da vigilância em saúde do trabalhador a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada da vigilância em saúde do trabalhador.	0	2024	Número	12	Número	3	3	3	3
OBJETIVO 4.5: Estruturar a rede física de serviços da Vigilância em Saúde (obras e instalações, equipamentos e materiais permanentes, veículos e afins).											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Realizar no mínimo 16 contratos de compras de equipamentos e materiais permanentes na vigilância em saúde a cada ano.	Número de contratos de compras de equipamentos e materiais permanentes na vigilância em saúde.	2	2024	Número	16	Número	4	4	4	4

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

2	Realizar no mínimo 1 contrato para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da vigilância em saúde.	Número de contratos para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da vigilância em saúde.	0	2024	Número	1	Número	Não progra mada	Não progra mada	Não progra mada	1
3	Aumentar em 3 a quantidade de veículos destinados à Vigilância em Saúde até 2029.	Número de veículos na vigilância em saúde.	1	2024	Número	3	Número	Não progra mada	1	1	1

DIRETRIZ 5: Garantir a Gestão Municipal como ordenadora institucional e promotora de mecanismos de governança no SUS.

OBJETIVO 5.1: Realizar a gestão dos recursos humanos, orçamentários e financeiros destinados a ações e serviços públicos de saúde com economicidade, lisura e transparência, dando assim, qualidade às ações e serviços públicos de saúde colocados à disposição da comunidade, de acordo com as diretrizes do SUS.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Realizar concurso público para reposição e ampliação do quadro de pessoal até 2026.	Concurso público realizado.	0	2024	Número	1	Número	1	Não progra mada	Não progra mada	Não progra mada
2	Aumentar em 5% o número de atividades de educação permanente e continuada na gestão a cada ano.	Número de atividades de educação permanente e continuada na gestão.	24	2024	Número	107	Número	25	26	27	29
3	Reduzir para 5 o número de concessões de medicamentos, órteses, próteses, alimentação e nutrição e outros ligados à saúde a cada ano.	Número de processos concedidos de medicamentos, órteses, próteses, alimentação e nutrição e outros ligados à saúde.	14	2024	Número	20	Número	5	5	5	5
4	Manter em 2 o número de contratos de participação complementar na administração direta (Consórcios, prestadores de serviços, entre outros) até 2029.	Número de contratos de participação complementar na administração direta	2	2024	Número	2	Número	2	2	2	2

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

5	Implantar uma comissão para monitorar os contratos e convênios dos serviços sob gestão municipal até 2029.	Comissão de monitoramento de contratos e convênios implantada.	0	2024	Número	1	Número	1	Não progra mada	Não progra mada	Não progra mada
6	Realizar no mínimo 8 contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins na gestão municipal até 2029.	Número de contratos de compras de equipamentos, materiais permanentes, veículos e afins na gestão municipal.	2	2024	Número	8	Número	2	2	2	2
7	Realizar no mínimo 1 contrato para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da gestão municipal até 2029.	Número de contratos para adequação, ampliação e/ou modernização de prédios públicos da gestão municipal.	0	2024	Número	1	Número	Não progra mada	Não progra mada	Não progra mada	1

DIRETRIZ 6: Fortalecer o controle social como promotor do fortalecimento de mecanismos de participação social.

OBJETIVO 6.1: Fortalecer os mecanismos de controle social da política de saúde, favorecendo a participação popular nos espaços de gestão democrática e aprimorando os instrumentos de fiscalização e monitoramento.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR			META PLANO (2026-2029)	UNIDADE DE MEDIDA	2026	2027	2028	2029
			(LINHA-BASE)								
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA						
1	Realizar 12 Plenárias do Conselho Municipal de Saúde a cada ano.	Número de plenárias do CMS.	10	2024	Número	48	Número	12	12	12	12
2	Realizar 2 Conferências Municipais de Saúde até 2029.	Número de conferências municipais de saúde realizadas.	1	2023	Número	2	Número	Não progra mada	1	Não progra mada	1
3	Capacitar 100% dos 16 conselheiros(as) municipais de saúde em cada biênio.	Número de conselheiros capacitados.	0	2024	Número	32	Número	16	Não progra mada	16	Não progra mada
4	Realizar no mínimo 4 contratos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para o CMS de até 2029.	Número de equipamentos ou materiais permanentes para o CMS.	0	2024	Número	4	Número	1	1	1	1

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

5	Revisar o regimento interno do CMS para implantar as Comissões de Acompanhamento e fiscalização dos contratos e convênios e de Orçamento de forma permanente e contínua até 2029.	Número de comissões implantadas no CMS.	0	2024	Número	2	Número	2	Não progra mada	Não progra mada	Não progra mada
---	---	---	---	------	--------	---	--------	---	--------------------	--------------------	--------------------

9. Referências

- [1] Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- [2] BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DF: Ministério da Saúde, 1990.
- [3] BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DF: Ministério da Saúde, 2011.
- [4] BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DF: Ministério da Saúde, 1990.
- [5] BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: 2012.
- [6] Brasil. **Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: 2013.
- [7] ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [8] Sucupira ACS, Andrade LOM, Barreto ICHC, Lima JW, Santiago AV, Santiago AX. Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. Rev Bras Epidemiol Suppl D.S.S. 2014; 160-177.
- [9] Fernandes T, Hacon SS, Novais JWZ. **Mudanças climáticas, poluição do ar e repercussões na saúde humana: revisão sistemática**. Revista Brasileira de Climatologia, v. 28, 2019.
- [10] INCAPER. Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural. **Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural – Proater 2020-2023**. Disponível em: <https://incaper.es.gov.br/media/incaper/proater/municipios/Marechal_Floriano.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [11] Brasil. IBGE. **Panorama do censo de 2022**. Disponível em <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>>. Acesso em 24 de abril de 2025.
- [12] ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. PNUD, IPEA. **Base de dados**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/consulta>>. Acesso em 23 de agosto de 2021.
- [13] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def>>. Acesso em 24 de abril de 2025.
- [14] MF. PMMF. Secretaria Municipal de Educação e Esportes. **Relatório de quantitativo de alunos matriculados nas escolas do município**. Dados gerados em 31 de julho de 2025.
- [15] e-SUS APS. e-SUS Atenção Primária. **Relatórios de produção da APS de Marechal Floriano**. Acesso em 26 de junho de 2025.

- [16] ES. Secretaria Estadual de Saúde. **Tabulação de dados – TABNET: Nascido vivos – 2006 em diante.** Disponível em <<http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sinasc/sinasc2006/sinasc2006.def>>. Acesso em 16 de maio de 2025.
- [17] ES. Secretaria Estadual de Saúde. **Tabulação de dados – TABNET: Mortalidade geral – 2006 em diante.** Disponível em <<http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/SIM/SIM2006/sim2006.def>>. Acesso em 16 de maio de 2025.
- [18] ES. Secretaria Estadual de Saúde. **Tabulação de dados – TABNET: Produção ambulatorial Geral, por local de residência - a partir de 2008.** Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nres.def>>. Acesso em 16 de maio de 2025.
- [19] DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde- TABNET: Rede Assistencial – CNES Estabelecimentos.** Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabes.def>>. Acesso em 15 de maio de 2025.
- [20] MF. PMMF. Secretaria Municipal de Saúde. **Informações da Secretaria Municipal de Saúde.** Dados gerados em 31 de julho de 2025.
- [21] DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em <<https://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 31 de julho de 2025.
- [22] BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/>>. Acesso em 23 de agosto de 2021.
- [23] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- [24] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3493, de 10 de abril de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
- [25] Conass. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. **A Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.** Disponível em: <<https://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [26] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- [27] Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Regulação no SUS.** Disponível em <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [28] ES. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020.** Institui, no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação de Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPi/PORTARIA%20ICEPi%20N%C2%BA%20003-R.pdf>>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [29] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

- [30] ES. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 159-R, de 20 de dezembro de 2022.** Institui a Política Estadual de Cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para pessoa com Deficiência Intelectual e Transtornos do Espectro Autista (TEA) - SERDIA no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo. Disponível em: <<https://ioes.dio.es.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/7660/#/p:28/e:7660>>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [31] BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.** Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf>>. Acesso em 23 de julho de 2025.
- [32] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- [33] ES. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite-ES. **Resolução nº 246/2024.** Aprovar a pactuação do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado do Espírito Santo, de acordo com a Portaria GM/MS nº 5.632, de 25 de outubro de 2024. Vitória, ES: CIB-ES, 2024.
- [34] BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018.** Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2018.
- [35] BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde, volumes 1, 2 e 3.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia>>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [36] BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – PNI.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pni>>. Acesso em 25 de julho de 2025.
- [37] SP. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Informes Técnicos. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/hQRPBRRTwQMyQMtdV6QZZpr/?lang=pt>>. Acesso em 23 de agosto de 2021.
- [38] MG. Secretaria de Estado de Saúde de MG. **Vigilância Sanitária de Minas Gerais.** Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-sanitaria/>>. Acesso em 26 de julho de 2025.
- [39] MG. Secretaria de Estado de Saúde de MG. **Saúde do Trabalhador.** Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/saude-do-trabalhador/>>. Acesso em 26 de julho de 2025.
- [40] BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- [41] Conass. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. **Planificação da Atenção à Saúde no Estados.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf>. Acesso em 21 de agosto de 2025.
- [42] Coelho FLG, Savassi LCM. **Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares.** RBMFC, vol. 1, número 2, p.19- 26. [24].
- [43] BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: 2007.
- [44] BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.** Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, DF: 2017.
- [45] BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor.** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_PSE_1ed.pdf>. Acesso em 23 de julho de 2025.

- [46] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- [47] BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em 24 de julho de 2025.
- [48] BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres**. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>>. Acesso em 24 de julho de 2025.
- [49] INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Detecção precoce**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/>>. Acesso em 24 de julho de 2025.
- [50] DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informação do Câncer - SISCAN**. Disponível em <<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>>. Acesso em 29 de junho de 2025.
- [51] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
- [52] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, de 05 de setembro de 2013**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- [53] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- [54] Conass. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. **Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico]**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/manual-de-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-para-a-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em 21 de agosto de 2025.
- [55] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- [56] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- [57] BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em 29 de julho de 2025.
- [58] BRASIL. **Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, DF: 2004.
- [59] Brasil. Ministério da Saúde. **Relatórios Gerenciais do Programa Bolsa Família**. Disponível em <<https://bfa.saude.gov.br/relatorio>>. Acesso em 29 de junho de 2025.
- [60] MF. PMMF. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios do Sistema E&L PRODUÇÕES DE SOFTWARE**. Gerado em 26 de junho de 2025. Marechal Floriano, ES: 2025.
- [61] ES. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 001-R, de 02 de janeiro de 2020**. Institui o Sistema de Informação em Saúde E-SUS VIGILÂNCIA EM SAÚDE (E-SUS VS) como único Sistema Oficial para Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território do Espírito Santo. Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documentos/diario_oficial_2020-01-03_completo-15-16.pdf>. Acesso em 23 de julho de 2025.

[62] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. DF: Ministério da Saúde, 2016.

[63] ES. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatórios do e-SUS VS**. Disponível em <<https://esusvs.saude.es.gov.br/auth/entrar>>. Acesso em 23 de maio de 2025.

[64] Brasil. Ministério da Saúde. **Painel de Cobertura Vacinal por Município de Residência**. Disponível em <https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html>.

Acesso em 29 de junho de 2025.

[65] BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, DF: 1964.

[66] MF. **Lei Municipal nº 021, de 07 de junho de 1993**. Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Marechal Floriano, ES: 1993.

[67] BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: 2000.

[68] BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde - Consulta**. Disponível em: <<https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>>. Acesso em 23 de agosto de 2025.

[69] BRASIL. **Relatórios do SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicES.def>>. Acesso em 20 de agosto de 2025.

[70] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.416, de 7 de novembro de 2014**. Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

[71] BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

[72] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

[73] MF. **Lei Municipal nº 673, de 12 de abril de 2007**. Institui o Conselho Municipal de Saúde do município de Marechal Floriano. Marechal Floriano, ES: 2007.

[74] MF. **Lei Municipal nº 2705, de 05 de abril de 2024**. Dispõe sobre a criação da comissão permanente de planejamento, monitoramento, controle, avaliação e auditoria em saúde e dá outras providências. Marechal Floriano, ES: 2024.

[75] MF. **Portaria nº 915, de 15 de maio de 2025**. Institui grupo de trabalho para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029. Marechal Floriano, ES: 2025.

Anexo I – Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano-ES



Relatório Final

6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal
Floriano-ES

04 de julho de 2025

Marechal Floriano, 2025

REFEITO MUNICIPAL DE MARECHAL FLORIANO

ANTONIO LIDDINEY GOBBI

VICE-PREFEITO MUNICIPAL DE MARECHAL FLORIANO

PAULO LOVATTI JUNIOR

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MARIA ARLETE NOVAES MORAES SILVA

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

ANDERSON CAETANO DA ROCHA

APRESENTAÇÃO

A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano-ES, realizada no dia 04 de julho de 2025, com o tema **"Saúde Pública de qualidade para cuidar das pessoas: fortalecendo o SUS"**, a convocação buscou atender os objetivos da lei Federal 8.080/90, lei 8.142/90 e RESOLUÇÃO Nº 453/2012 e RESOLUÇÃO Nº 758/2024 do Conselho Nacional da Saúde e RESOLUÇÃO Nº 1372/2024, do Conselho Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo.

Pautadas pelo princípio de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), as Conferências Nacionais de Saúde constituem espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS. Para a construção de uma gestão com qualidade é fundamental que tenhamos o compartilhar de ideias, vivências e saberes que levem a união de forças para o desenvolvimento de políticas públicas que realmente atendam as reais necessidades da população. Construir uma gestão de forma compartilhada é um desafio constante que nos faz exercer a democracia que conquistamos com orgulho. No exercício cotidiano desta construção ocorreram algumas reuniões e conversas, temáticas e, na fase final, a 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano – ES com a participação de todos os segmentos que compõem o Controle Social.

Para a organização dos debates no decorrer da conferência, foi considerado o Documento Orientador de apoio aos debates da 6ª Conferência de Saúde de Marechal Floriano-ES. Como resultado, espera-se ampliar a representação dos participantes; discutir e aprovar prioridades dentre as diretrizes e ações que possam contribuir na formulação da Política Municipal de Saúde.

Com base nas perspectivas apontadas acima, em 30 de abril de 2025, iniciou-se o processo de organização da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano, definindo a data de realização para o dia 4 de julho de 2025, conforme Resolução do CMS nº 201A/2025, de 30 de abril de 2025 e Decreto Municipal nº 12.759/2025, de 28 de maio de 2025, que dispõe sobre a convocação da Conferência.

A organização da Conferência no formato de colegiado contou com a participação de conselheiros, usuários, profissionais de saúde, comunidade, gestão e prestadores de serviços de saúde com o intuito de exercitar a participação social e a democratização do processo de construção da Política de Saúde no município.

Foram definidas 60 (sessenta) vagas para a 6ª Conferência Municipal de Saúde distribuídas paritariamente entre os segmentos de usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço. A Conferência contou com a participação de autoridades e instituições públicas e privadas, convidadas e participantes por livre credenciamento.

A discussão da temática da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano-ES contou com a participação da preleitora Enfermeira Maria Angélica Callegário, do representante do Conselho Estadual de Saúde, Sidney Parreiras de Oliveira e referência

Técnica em Saúde Bucal, Bernadete Guerra. A preletora, Angélica versou sobre o tema: **“Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: fortalecendo o SUS”**.

A Comissão de Relatoria sistematizou as propostas debatidas durante a Conferência e compilou neste relatório que será encaminhado para o Conselho Estadual de Saúde.

6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARECHAL FLORIANO – ES

IDENTIFICAÇÃO:

Município	Marechal Floriano
Atividade	6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano -ES
Data	04/07/2025
Local	Auditório do 4º Batalhão de Bombeiro Militar (4º BBM)



Prefeitura Municipal de Marechal Floriano
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

DECRETO Nº. 12.759/2025

**DISPÕE SOBRE A CONVOCAÇÃO DA 6ª
CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
MARECHAL FLORIANO, E DÁ OUTRAS
PROVIDÊNCIAS.**

O PREFEITO MUNICIPAL DE MARECHAL FLORIANO, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, no uso de suas atribuições legais, de acordo com a Lei Orgânica do Município, em consonância com a Lei Federal nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 e a Lei nº 2.634 de 18 de Junho de 1991,

DECRETA:

Art. 1º - Fica convocada a 6ª Conferência Municipal de Saúde, a realizar-se no dia 04 de Julho de 2025, em Marechal Floriano, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, na 182ª Reunião, datada de 30 de Abril de 2025 e promovida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º - A 6ª Conferência Municipal de Saúde desenvolverá seus trabalhos sob o tema "Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: Fortalecendo o SUS".

Art. 3º - A 6ª Conferência Municipal de Saúde será presidida pelo Secretário Municipal de Saúde e na sua ausência ou impedimento eventual pelo seu representante legal.

Art. 4º - As despesas com a realização da 6ª Conferência Municipal de Saúde serão por conta dos recursos orçamentários próprios da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 5º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º - Revogam-se as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Marechal Floriano/ES, 28 de Maio de 2025.

ANTÔNIO LIDINEY GOBI

Prefeito Municipal

Rua David Canal, nº 57, Centro, Marechal Floriano - ES - CEP 29255-000
Telefax: (0***)27 3288 1357 - (0***)27 3288 1111 - Email: gabinete@marechalfloriano.es.gov.br

REGIMENTO DA 6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARECHAL FLORIANO

CAPÍTULO I DA NATUREZA E OBJETIVOS

Art. 1º A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano tem o objetivo de analisar as prioridades locais de saúde, formular propostas no âmbito dos Municípios, dos Estados e da União, e elaborar Relatório Final, nos prazos previstos por este Regimento, aprovado na 182ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde (CMS), realizada no dia 30 de abril de 2025.

§1º A divulgação da 6ª Conferência Municipal de Saúde será ampla e a participação aberta a todos, com direito a voz e voto, em todos seus espaços.

§2º O Regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano será elaborado e definido pelo plenário do Conselho Municipal de Saúde, instância máxima de caráter permanente e deliberativa das políticas de saúde no âmbito municipal.

§3º As diretrizes e propostas que incidirão sobre as políticas de saúde na esfera Municipal serão destacadas no Relatório Final.

§4º O Relatório Final será de responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde e deverá ser enviado à Secretaria Municipal de Saúde até o dia 15 de julho de 2025.

Art. 2º A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano tem como objetivos:

- a) analisar a situação de saúde do trabalhador e a trabalhadora no âmbito municipal;
- b) debater o tema, eixo e diretrizes temáticas, definidos no Art.3º deste regimento, analisando as prioridades locais de saúde;
- c) formular propostas no âmbito do município, com vistas à elaboração das diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde 2026-2029;
- d) elaborar o Relatório Final, nos prazos previstos por este Regimento.

CAPÍTULO II DO TEMA

Art. 3º A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano tem como tema: **“Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: Fortalecendo o SUS”** e como Eixo: **“Direito à saúde, garantia de acesso e atenção da qualidade”**, e as seguintes diretrizes temáticas:

I - Diretriz 1: APS como ordenadora e coordenadora do cuidado.

II - Diretriz 2: AAE como componente complementar para o cuidado contínuo e integral.

III - Diretriz 3: Vigilância em saúde como agente redutor de riscos e agravos à saúde.

IV - Diretriz 4: Promoção do cuidado farmacêutico e do atendimento humanizado na Assistência Farmacêutica.

V - Diretriz 5: Gestão municipal como ordenadora institucional e promotora de mecanismos de governança no SUS.

VI - Diretriz 6: Controle social como promotor do fortalecimento de mecanismos de participação social.

CAPÍTULO III DA REALIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE Secretaria Municipal de Saúde

Art. 4º A Conferência Municipal será constituída por 06 momentos estratégicos:

- I – Credenciamento (8:00)
- II – A Plenária de Abertura (9:00)
- III – Análise situacional (9:30)
- III – Palestra Magna (10:30)
- IV – Grupo de Trabalho (13:00)
- V – A Plenária Final (14:30).

§1º O Credenciamento tem por finalidade garantir a identificação dos participantes.

§2º A Plenária de Abertura é uma sessão solene, não deliberativa, para dar início à 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano e de acesso às autoridades, à representantes de instituições e entidades públicas e privadas e aos inscritos para participar da Conferência.

§3º A análise situacional tem por finalidade apresentar a situação de saúde do município considerando os aspectos epidemiológicos, de morbimortalidade, nascimento, produção ambulatorial, infraestrutura e de pessoal.

§3º A Palestra Magna tem a finalidade de apresentar e qualificar os debates em torno da temática da Conferência.

§4º O Grupo de Trabalho é uma instância de discussão e apresentação das diretrizes e propostas que serão deliberadas na Plenária Final.

§5º A Plenária Final tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes dos Grupos de Trabalho.

Art. 5º A responsabilidade pela realização da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano, incluído o seu acompanhamento, será de competência do Governo Municipal e do Conselho Municipal de Saúde, com apoio solidário de movimentos, entidades e instituições.

Art. 6º A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano será presidida pela Secretária Municipal de Saúde e coordenada pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

CAPÍTULO IV DO RELATÓRIO FINAL

Art. 7º O Relatório Final aprovado será encaminhado à Secretaria de Municipal de Saúde, sendo um dos documentos que subsidiará as discussões na elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026-2029.

Art. 8º O Relatório Final deverá conter:

- I – Relato da Conferência.
- II – Lista de participantes com identificação da representação.
- III – Propostas aprovadas em cada uma das diretrizes.

Parágrafo único. O Relatório Final deve conter no máximo 30 propostas, sendo que cada diretriz deve ter no mínimo 2 propostas.

CAPÍTULO V DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 9º A Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano será composta por 7 membros. **Secretaria Municipal de Saúde**

§1º A Comissão Organizadora será formada por membros do Conselho Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

§2º A Comissão Organizadora será coordenada pelo/a Presidente do Conselho Municipal de Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Secretário Executivo do CMS que exercerá as funções de Coordenador-Adjunto.

§3º A Comissão Organizadora contará ainda com um Relator que será responsável por toda parte documental da Conferência, em especial a elaboração do Relatório Final.

§4º Os membros da Comissão Organizadora serão indicados pelo Pleno do CMS.

§5º A Comissão Organizadora poderá convidar outros atores para contribuir com o processo organizativo da Conferência.

CAPÍTULO VI DOS PARTICIPANTES E DO CREDENCIAMENTO

Art. 10 A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano assegurará a paridade dos participantes (50% de Usuários do SUS, 25% de Trabalhadores da Saúde e 25% de Gestores/Prestadores de Serviços de Saúde), obedecendo ao previsto na Resolução CNS nº 453/2012 e na Lei nº 8.142/1990.

§1º Será assegurada acessibilidade plena, considerando aspectos arquitetônicos, atitudinais, programáticos e comunicacionais a todos os participantes nos termos da legislação e normas vigentes.

§2º A definição dos participantes buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

- I – Gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;
- II – Étnico-raciais, de modo a garantir representatividade aos diversos grupos que compõe as populações negra e indígena, e as comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;
- III – Representatividade rural e urbana, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade;
- IV – Geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados;
- V – Pessoas com deficiência e com necessidades especiais, patologias e doenças raras ou negligenciadas.

§2º os participantes da Etapa Municipal estão distribuídos nas seguintes categorias:

- I – Representantes de entidades de usuários;
- II – Representantes dos trabalhadores de saúde;
- III – Representantes de prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS; e
- IV – Representantes de gestores em saúde.

Art. 11 Os interessados em participar da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano deverão no dia do evento, em formulário disponibilizado no local.

§1º As vagas para participar da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano são limitadas por segmento, distribuídas da seguinte forma:

- I – 30 representantes dos usuários do SUS;
- II – 15 representantes dos trabalhadores de saúde;
- III – 15 representantes da gestão/prestadores de serviços. **Secretaria Municipal de Saúde**

§2º É terminantemente proibida a inscrição de trabalhadores da saúde, sejam eles públicos ou privados, gestores municipais, sejam eles profissionais com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, e prestadores de serviço nas vagas destinadas aos usuários.

§3º É terminantemente proibida a inscrição de gestores municipais, sejam eles profissionais com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, e prestadores de serviço nas vagas destinadas aos trabalhadores da saúde.

§4º Os dados dos participantes inscritos serão verificados junto aos Sistemas de Informação do SUS e caso seja identificada alguma irregularidade, o participante terá sua inscrição indeferida.

§3º O não preenchimento das vagas destinadas qualquer dos segmentos não será impeditivo para realização da Conferência Municipal.

Art. 12 O Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do §1º do Art. 1º deste Regimento, deverão promover a ampla divulgação da conferência nos canais de comunicação disponíveis como, mídia escrita, falada e eletrônica.

CAPÍTULO VII DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 13 As despesas com a preparação e realização da Conferência Municipal de Saúde correrão à conta de dotações orçamentárias consignadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO VIII DO ACOMPANHAMENTO DAS ETAPAS E DO MONITORAMENTO

Art. 14 Caberá ao Pleno do CMS, bem como às demais esferas do Controle Social, acompanhar o andamento da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano, assim como o monitoramento das propostas aprovadas.

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Serão conferidos certificados de participação na 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano.

Art. 16 Os casos não tratados neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora "ad referendum" do Pleno do Conselho Municipal de Saúde.



Marechal Floriano

Conselho Municipal de Saúde de Marechal Floriano-ES
Lei Municipal nº. 673/07

BIÊNIO 2024/2025

RESOLUÇÃO 201A/2025

O Conselho Municipal de Saúde de Marechal Floriano – CMSMF, no uso de suas atribuições capituladas na Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 8.142/90, na Lei Municipal nº 673/07, bem como de prerrogativas regimentais e em consonância com as deliberações do Plenário, na 182ª Reunião Ordinária de 30 de abril de 2025,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Marechal Floriano - ES.

Art. 2º - Revogam-se as disposições em contrário.

Marechal Floriano/ES, 30 de abril de 2025.


ANDERSON CAETANO DA ROCHA
Presidente

Homologo a Resolução 201A/2025 do Conselho Municipal de Saúde, nos termos da Lei nº 8.142/90 (Art. 1º, § 2º) e do Regimento Interno do Conselho (Art. 26, I).


ANTONIO LIDINEY BOBBI
Prefeito Municipal

PROPOSTAS:

Nº	PROPOSTAS
Diretriz 1: APS como ordenadora e coordenadora do cuidado	
01	Ampliar o número de equipes de saúde da família em locais em que a população da área de abrangência exceda a capacidade assistencial das unidades de saúde já existentes, considerando as vulnerabilidades dos territórios.
02	Criar cargo de gerente de UBS para todas as unidades de saúde.
03	Fortalecer as ações voltadas às pessoas com doenças crônicas e sua rede de apoio, com a implantação de protocolos e promover capacitações.
04	Implementar a Política Nacional de Saúde do Homem com garantia de que sejam disponibilizadas ações voltadas para o público masculino.
05	Implementar as políticas públicas de atenção à pessoa idosa e garantir o direito ao acesso qualificado à pessoa idosa.
06	Instituir a equipe Multidisciplinar na APS do município, com diversidade de composição de categorias profissionais de acordo com as demandas da área atendida de forma a atender as determinações da portaria GM/MS nº 635 - 2023.
07	Realizar rastreamento dos Nascidos Vivos e agendamento da primeira consulta de puericultura na UBS.
08	Garantir um veículo por Equipe de Saúde da Família.
09	Manter atualizado o cadastro individual dos PCDs.
10	Promover capacitações para todos os profissionais da APS.
11	Ampliar o horário de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde em horário estendido, com funcionamento integral dos serviços durante o funcionamento da unidade, para possibilitar o pleno acesso de trabalhadores e trabalhadoras nos atendimentos em saúde, com previsão de dimensionamento adequado de recursos humanos.
12	Manter a Estratégia Saúde da Família e ampliar a cobertura populacional atendida pela ESF, Equipes de Atenção Primária (eAP), Equipe de Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional na APS.
13	Adequar o quadro de equipe de saúde bucal atual e ampliar as equipes de saúde bucal nas unidades de saúde, de acordo com o quantitativo populacional da área de abrangência e adequando a capacidade técnica.
Diretriz 2: AAE como componente complementar para o cuidado contínuo e integral	
01	Implantar acolhimento com classificação de risco no Pronto Atendimento do Centro de Saúde Ary Ribeiro da Silva.
02	Ampliar o número de profissionais e serviços municipais de especialidades de psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e serviço social, de acordo com as demandas identificadas e de forma territorializada.
03	Dimensionar e contratar profissionais para a implantação da equipe mínima de saúde mental com profissionais do Serviço Social e de Psicologia de acordo com as vulnerabilidades sociais nos territórios de abrangência.
04	Implantar o SERDIA em Marechal Floriano.
05	Integrar a implantação de um CAPS em Domingos Martins.

	Diretriz 3: Vigilância em saúde como agente redutor de riscos e agravos à saúde
01	Aprimorar ações de vigilância, promoção e proteção às doenças imunopreveníveis.
02	Compilar e divulgar dados epidemiológicos referentes aos agravos de importância à saúde coletiva.
03	Implantar a vigilância em saúde do trabalhador garantindo a notificação de 100% dos acidentes de trabalho, a investigação dos acidentes de trabalho e promovendo a capacitação dos profissionais.
04	Ampliar ações de Vigilância Sanitária com foco na prevenção de doenças transmissíveis.
05	Ampliar as ações de controle às endemias, e combate a doenças transmitidas por vetores e ampliar as equipes de Combate às Endemias.
06	Ampliar as ações de prevenção aos agravos de saúde pública, buscando a redução de agravos à saúde da população, por meio das ações de Vigilância em Saúde, alcançando os indicadores pactuados.
07	Ampliar as ações de vigilância em saúde das doenças de notificação compulsória.
08	Manter as ações do Programa de Qualidade da água (VIGIAGUA).
09	Manter e ampliar a estrutura de rede de frio de 100% das salas de vacinação da rede municipal de saúde e substituir as câmaras de vacina com mais de 10 anos de uso.
	Diretriz 4: Promoção do cuidado farmacêutico e do atendimento humanizado na Assistência Farmacêutica
01	Implantar o atendimento farmacêutico itinerante para garantir a distribuição do elenco de medicamentos da REMUME – Relação de Medicamentos Essenciais.
02	Instituir campanha anual sobre Uso Racional de Medicamentos.
03	Implantar o atendimento farmacêutico itinerante para garantir a distribuição do elenco de medicamentos da REMUME (Relação de Medicamentos Essenciais) na APS.
04	Manter e garantir o acesso aos medicamentos constantes na REMUME.
	Diretriz 5: Gestão municipal como ordenadora institucional e promotora de mecanismos de governança no SUS
01	Adequar os estabelecimentos públicos da área da saúde para acesso de pessoas com deficiências ou necessidades especiais.
02	Assegurar a reposição imediata dos profissionais aposentados e exonerados por meio de concurso público e adequar o quantitativo de profissionais com vistas a garantir o dimensionamento ideal para todas as categorias, respeitando, quando houver, o dimensionamento estabelecido pelos conselhos de classe.
03	Criar comissão para monitorar e fiscalizar os contratos e convênios dos serviços sob gestão municipal.
04	Fortalecer ações de educação permanente e continuada em saúde com vistas à humanização dos serviços de saúde buscando discutir melhorias ao acesso.
05	Garantir a manutenção dos equipamentos e programas de Tecnologia da Informação necessários para o fortalecimento e organização da gestão da saúde. (Prontuário Eletrônico do Cidadão e Sistema de Painel Eletrônico)
06	Instituir plano de ação de manutenção preventiva predial e de equipamentos para todas as unidades de saúde de Marechal Floriano.
07	Instituir processo de educação permanente em saúde, com periodicidade

	programada para abordar e qualificar os profissionais para o acolhimento.
08	Qualificar e Capacitar a equipe da recepção para atendimento ao público em todas as unidades da SEMUS.
09	Treinar as equipes que operam os sistemas sempre que houver atualizações ou implementações nos sistemas do DATASUS e em sistemas contratados, assegurando que os servidores possam utilizar plenamente todas as funcionalidades disponíveis.
10	Implantar a Política de Educação Permanente na Saúde Pública Municipal.
11	Instituir uma equipe de TI para garantir a manutenção dos equipamentos e o uso dos sistemas.
12	Manter a estrutura física e patrimonial da sede da SEMUS e de todas as Unidades da Secretaria Municipal de Saúde.
	Diretriz 6: Controle social como promotor do fortalecimento de mecanismos de participação social
01	Capacitar os membros do Conselho Municipal de Saúde.
02	Fortalecer a Participação popular, por meio da divulgação de calendário anual de reuniões do conselho no site da prefeitura e em redes sociais.
03	Garantir a realização das Conferências Municipais de Saúde conforme estabelecido na legislação e proposto pelo Conselho Nacional de Saúde.
04	Implantar as comissões de acompanhamento e fiscalização dos contratos e convênios e de orçamento de forma permanente e contínua.
05	Manter o cadastro atualizado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde e no SIOPS.

REGISTRO FOTOGRÁFICO





Monções

Não houveram monções

Considerações

O Conselho Municipal de Saúde de Marechal Floriano, através deste relatório procurou efetivar a VI Conferência Municipal de Saúde, sendo o último requisito necessário para sua validação. O relatório final é o meio pelo qual se elenca os principais atos, fatos, e acontecimento do evento. O papel do conselho é de defender os interesses da população local e de principalmente buscar meios e subsídios junto a secretaria para a resolução de determinado problema e questão levantada, portanto na conferencia pode ser possível ter a ciência da real situação de saúde, e partindo das diretrizes eleitas, buscar a efetivação das mesmas.

Marechal Floriano-ES, 10 de julho de 2025

Comissão Organizadora e Relatora da 6ª Conferência

Municipal de Saúde de Marechal Floriano-ES



Conselho Municipal de Saúde de Marechal Floriano-ES
Lei Municipal nº. 673/07

BIÊNIO 2024/2025

RESOLUÇÃO 206/2025

O Conselho Municipal de Saúde de Marechal Floriano – CMSMF no uso de suas atribuições capituladas na Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 8.142/90, na Lei Municipal nº. 673/07, bem como as prerrogativas regimentais e em consonância com as deliberações do Plenário, na 186ª reunião ordinária de 27 de agosto de 2025,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o **Plano Municipal de Saúde – 2026/2029**, da Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Floriano/ES.

Art. 2º - Revogam-se as disposições em contrário.

Marechal Floriano/ES, 27 de julho de 2025.


ANDERSON CAETANO DA ROCHA
Presidente

Homologo a Resolução 206/2025 do Conselho Municipal de Saúde, nos termos da Lei nº 8.142/90 (Art.1º, § 2º) e do Regimento Interno do Conselho (Art.16, I).


ANTONIO LIDINEY GOBBI
Prefeito Municipal