



**PREFEITURA DE SALOÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**2026 A 2029**

---

**SALOÁ, NOVEMBRO DE 2025**



## **EXPEDIENTE**

### **Prefeito**

*Rivaldo Alves de Souza Junior*

### **Vice Prefeito**

*Cosme Barra Nova*

### **Secretário de Saúde**

*Paulo Cabral da Silva Junior*

### **Atenção Primária**

*Inaê Tenório Melquíades*

### **Saúde Bucal**

*Emily Oliveira Silva*

### **Assistência Farmacêutica**

*Morgana Siqueira*

### **Saúde Mental**

*Milene Gonçalves*

### **Vigilância em Saúde**

*Carlos Calado*

### **Vigilância Sanitária**

*Janaína Marques*

### **Hospitalar**

*Paulo de Souza Santos*

### **Urgência Emergência/SAMU**

*Poliana Melo*

### **Conselho Municipal de Saúde – Presidente**

*Alex Diniz da Silva*



## Sumário

1	APRESENTAÇÃO.....	4
2	METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO .....	6
3	IDENTIFICAÇÃO .....	8
4	ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	9
4.1	POPULAÇÃO .....	9
4.1.1	Crescimento da População.....	10
4.1.2	Pirâmide Etária .....	10
4.1.3	Transição Demográfica.....	11
4.1.4	População Segundo Área de Residência .....	12
4.1.5	Esperança de Vida ao Nascer .....	13
4.1.6	Primeira Infância .....	13
4.1.7	Saúde do Adolescente.....	14
4.1.8	Saúde do Adulto .....	15
4.1.9	Saúde da Mulher .....	15
4.1.10	Saúde do Homem .....	16
4.1.11	Idosos .....	16
4.1.12	População Quilombola .....	17
5	INDICADORES SOCIOECONÔMICOS .....	18
6	SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO .....	21
6.1	PERFIL DE NATALIDADE.....	21
6.2	PERFIL DE MORBIDADE .....	23
6.2.1	Internações.....	23
6.2.2	Principais Causas de Internação (Excluindo Causas Obstétricas).....	24
6.2.3	Internações por Causas Sensíveis À Atenção Básica (ICSAB) .....	25
6.2.4	Agravos.....	29
6.2.5	Imunização .....	31
6.3	PERFIL DE MORTALIDADE.....	33
6.3.1	Mortalidade por Sexo.....	33
6.3.2	Mortalidade por Faixa Etária.....	33
6.3.3	Mortalidade por Causa Capítulo Cid .....	34
6.3.4	Correlação entre Morbidade e Mortalidade.....	35
6.3.5	Mortalidade Infantil e Fetal.....	36
7	ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	38



7.1	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.....	39
7.2	REDE ASSISTENCIAL.....	39
7.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	40
7.4	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA .....	41
7.5	VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	41
7.6	TRABALHADORES DE SAÚDE .....	41
7.7	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E DE URGÊNCIA.....	
7.8	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	43
8	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SALOÁ .....	44
8.1	REDE DE ATENÇÃO BÁSICA / APS:.....	44
8.2	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): .....	45
8.3	REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	45
8.4	REDE MATERNO-INFANTIL (REDE ALYNE):.....	45
8.5	REDE DE URGÊNCIA.....	45
9	PRODUÇÃO AMBULATORIAL SALOÁ.....	46
10	PRODUÇÃO HOSPITALAR SALOÁ.....	48
11	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES .....	52
12	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS.....	63
13	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64



## 1 APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui o principal instrumento de planejamento estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal, orientando a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde no território. Este instrumento expressa as diretrizes políticas da gestão municipal, organizando o conjunto de ações e estratégias destinadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, bem como com as orientações estabelecidas nas esferas estadual e federal.

De acordo com a legislação vigente e com as orientações do Ministério da Saúde, o Plano de Saúde possui vigência quadrienal e deve contemplar diretrizes, objetivos e metas, constituindo-se como referência para a elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) e para a avaliação dos resultados por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). Dessa forma, configura-se como instrumento fundamental para a organização das ações e serviços de saúde, bem como para o fortalecimento da gestão pública baseada em planejamento, monitoramento e avaliação contínua (BRASIL, 2016).

O presente Plano Municipal de Saúde do Município de Saloá estabelece as prioridades e estratégias para o período 2026–2029, considerando a análise situacional da saúde do município, a avaliação do plano anteriormente vigente e as diretrizes provenientes dos processos de planejamento participativo. Nesse contexto, destacam-se as deliberações da 11ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 2025, espaço democrático de participação social que reúne representantes da gestão, trabalhadores da saúde, usuários e prestadores de serviços, contribuindo para a definição das prioridades da política municipal de saúde, conforme preconizado pela legislação do SUS.

Além de atender às exigências legais e normativas, o Plano Municipal de Saúde constitui-se como importante instrumento orientador das ações da Secretaria Municipal de Saúde de Saloá, favorecendo a integração entre os diferentes setores da administração pública e promovendo a articulação intersetorial necessária para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.



Dessa forma, espera-se que este documento contribua para fortalecer a gestão do Sistema Municipal de Saúde, orientando gestores, profissionais de saúde, conselheiros e demais atores sociais quanto às prioridades, estratégias e metas estabelecidas para o quadriênio. A efetiva implementação das ações aqui previstas tem como finalidade ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, qualificar a atenção prestada e promover melhorias nas condições de vida e saúde da população do município de Saloá.



## 2 METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO

O período 2026–2029 foi conduzida a partir de um processo técnico e participativo, orientado pelos princípios do planejamento estratégico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo metodológico buscou assegurar a articulação entre análise técnica, participação social e alinhamento às diretrizes das políticas públicas de saúde nas esferas federal, estadual e regional.

Inicialmente, foi realizada a análise situacional de saúde do município, contemplando indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e assistenciais. Para essa etapa foram utilizados dados provenientes de sistemas oficiais de informação em saúde, bases estatísticas e documentos institucionais, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação da Atenção Primária (SISAB), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além de dados demográficos e socioeconômicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa análise permitiu identificar os principais problemas de saúde da população, bem como as potencialidades e fragilidades da rede municipal de serviços de saúde.

Na sequência, procedeu-se à avaliação do Plano Municipal de Saúde vigente, os Relatórios de Gestão, os instrumentos orçamentários, considerando o grau de execução das diretrizes, objetivos e metas estabelecidos no período anterior, bem como os resultados alcançados e os desafios identificados no processo de implementação das ações planejadas, incluindo também ações contidas no programa de governo da gestão atual. A leitura do Plano Nacional e Estadual de Saúde também subsidiaram a estruturação deste instrumento.

Outro elemento fundamental para a construção deste Plano foi a incorporação das deliberações da 11ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 2025, que constituiu importante espaço de participação social e debate democrático entre gestores, trabalhadores da saúde, usuários, representantes das demais Secretarias Municipais e da sociedade civil. As propostas aprovadas na conferência foram sistematizadas e consideradas como subsídio para a definição das prioridades e estratégias do planejamento municipal em saúde.



A partir dessas etapas, foram definidas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que compõem o presente Plano Municipal de Saúde, estruturados de forma a orientar a organização das ações e serviços de saúde no município, bem como subsidiar os instrumentos de planejamento e gestão subsequentes, especialmente a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Todo o processo de elaboração contou com a participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Saloá, gestores de áreas estratégicas, profissionais da rede de serviços, representantes do Conselho Municipal de Saúde, garantindo transparência, legitimidade institucional e alinhamento às necessidades de saúde da população.

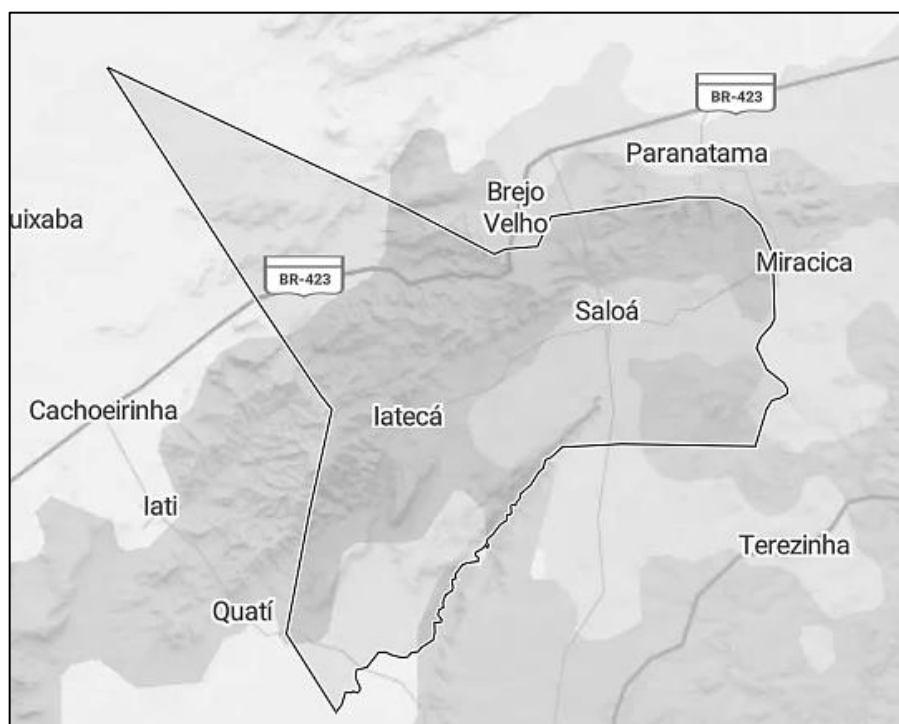
Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde consolida-se como instrumento orientador da gestão municipal, estabelecendo prioridades e estratégias para o fortalecimento do Sistema Municipal de Saúde, com vistas à ampliação do acesso, à qualificação da atenção à saúde e à melhoria das condições de vida da população.



### 3 IDENTIFICAÇÃO

O município de Saloá está localizado na região do Agreste Meridional do estado de Pernambuco, integrando a região de saúde vinculada à rede regional de atenção do SUS. O território municipal apresenta características predominantemente rurais, com economia baseada principalmente em atividades agropecuárias, comércio local e serviços. O topônimo Saloá tem origem na língua do tronco macro-jê, dos povos fulniôs, habitantes da região, e segundo o escritor, jornalista e historiador pernambucano, Mário Melo, significa: Areia, Barro. A Sesmaria que atualmente constituem as terras de Saloá pertencia a Gerônimo Burgos de Souza e Eça. Foram vendidas a Manuel da Cruz Vilela em 23 de julho de 1712. O distrito foi criado à denominação de São Serafim, pela Lei Municipal nº 60, de 04/03/1921, do município de Bom Conselho. Em 1939 teve seu nome alterado para Barro, e em 31/12/1943, através do Decreto Lei Estadual nº 952 passa-se a chamar de Saloá. Foi elevada a categoria do Município de Saloá, pela Lei Estadual nº 4946, de 20/12/1963. Gentílico: Saloense.

Figura 1 - Mapa do município de Saloá, PE



## 4 ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A análise situacional de saúde constitui etapa fundamental do processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a identificação das principais necessidades de saúde da população, bem como das potencialidades e desafios relacionados à organização e oferta dos serviços de saúde no território. Essa etapa subsidia a definição de prioridades, diretrizes e estratégias que orientam a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

A análise situacional do município de Saloá foi realizada com base em dados provenientes de sistemas oficiais de informação em saúde, bases estatísticas nacionais e documentos institucionais, considerando aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e estruturais da rede de atenção à saúde.

### 4.1 POPULAÇÃO

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui população estimada de 14.125 mil habitantes (Tabela 1), distribuídos entre a zona urbana e a zona rural, apresentando dinâmica populacional típica de municípios de pequeno porte do interior nordestino.

**Tabela 1** - Distribuição de área e estimativa de população e densidade populacional dos municípios da V Regional de Saúde, 2025.

Município	Área (Km <sup>2</sup> )	População (Hab)	Densidade
ÁGUAS BELAS	885.981	43713	49,34
ANGELIM	118.032	10580	89,64
BOM CONSELHO	786.195	46192	58,75
BREJÃO	159.791	9399	58,82
CAETÉS	330.472	30441	92,11
CALÇADO	114.44	11445	100,01
CANHOTINHO	423.075	25090	59,30
CAPOEIRAS	335.258	18890	56,34
CORRENTES	339.303	17660	52,05
GARANHUNS	472.462	151064	319,74
IATI	635.143	17605	27,72
ITAÍBA	1068.286	33691	31,54
JUCATI	120.654	11975	99,25
JUPI	112.531	15943	141,68



LAGOA DO OURO	198.768	12364	62,20
LAJEDO	189.055	41786	221,03
PALMEIRINA	158.014	7154	45,27
PARANATAMA	230.878	12712	55,06
SALOÁ	252.08	14125	56,22
SÃO JOÃO	244.437	24772	101,34
TEREZINHA	151.449	6857	45,28

Fonte: IBGE

No censo de 2022 o município apresentou uma população de 13.836 habitantes (fonte IBGE 2022). Em 2025 a população residente é de 14.125 (IBGE,2025) tendo a população urbana o percentual de 48,96% da população geral e a rural 51,04% (IBGE, Censo 2010). A população masculina corresponde a 48,8% e a feminina a 51,2% da população geral. A população é predominantemente jovem, tendo seu maior número na faixa etária de 20 a 29 anos.

#### 4.1.1 Crescimento da População

A taxa de crescimento anual no período de 2010 a 2022 foi de -0,8% e entre 2022 a 2025 foi de +0,7% ao ano. A queda entre 2010 e 2022 pode estar ligada a migração para centros urbanos maiores e redução da natalidade, e a leve recuperação pós-2022 sugere estabilização demográfica, possivelmente associada a políticas locais ou retorno migratório. O número de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) em 2025 é de 4.192, correspondendo a 57 % da população feminina. (Fonte: IBGE/Censos e Estimativas).

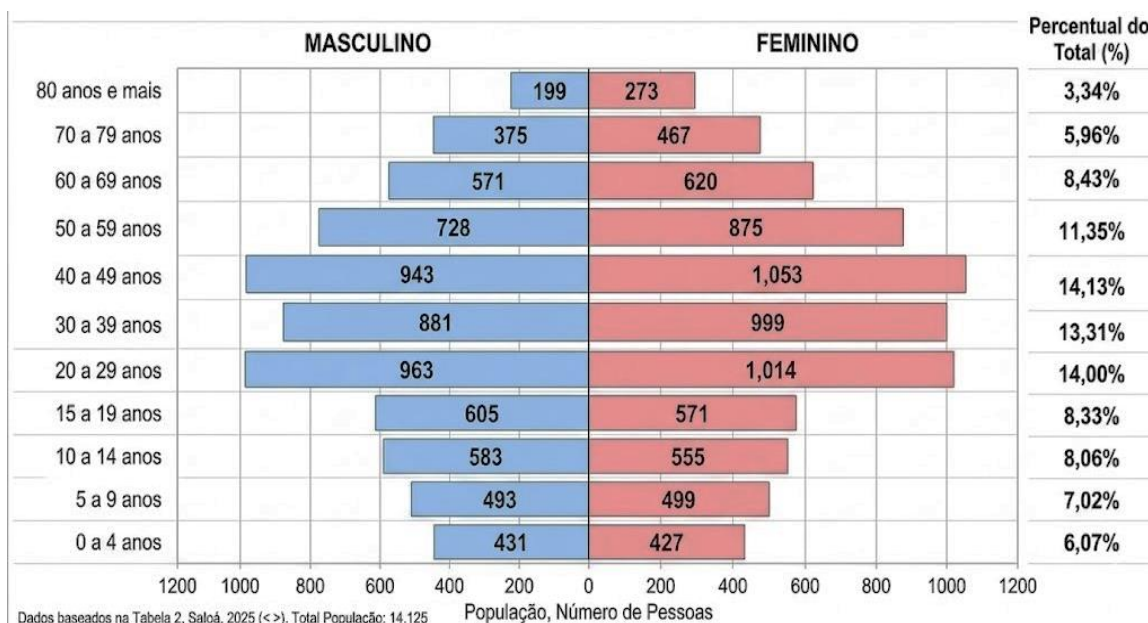
#### 4.1.2 Pirâmide Etária

A análise da pirâmide etária de Saloá (Figura 2) confirma a tendência de um município em transição demográfica e epidemiológica, exigindo uma reestruturação estratégica do modelo de atenção à saúde. Com uma população total de 14.125 habitantes, observa-se um estreitamento nítido da base, onde a faixa de 0 a 4 anos representa apenas 6,07% da população, em contraste com as faixas de 5 a 9 anos (7,02%) e 10 a 14 anos (8,06%). Sob a ótica do sanitarista, esse declínio da fecundidade e natalidade indica uma redução da pressão sobre os serviços básicos de pediatria a longo prazo, mas demanda um planejamento imediato para o envelhecimento populacional que se avizinha. O corpo da pirâmide é predominantemente robusto, concentrando o maior volume populacional na faixa dos



40 a 49 anos, que atinge 14,13% do total, seguida de perto pelo grupo de 20 a 29 anos com 14%. Este cenário caracteriza um "bônus demográfico" significativo, mas também aponta para o desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A gestão municipal deve fortalecer as políticas de Atenção Primária para mitigar riscos de hipertensão e diabetes, prevenindo que essa massa de adultos atinja a terceira idade com quadros de morbidade evitáveis. A predominância feminina no topo da pirâmide, especialmente na faixa de 80 anos e mais, reforça a necessidade de um olhar voltado para a feminização da velhice, exigindo redes de cuidado que garantam autonomia e qualidade de vida para as idosas, assegurando a sustentabilidade e a equidade do SUS no território de Saloá.

Figura 2 - Pirâmide por sexo e faixa etária, Saloá, PE



#### 4.1.3 Transição Demográfica

O maior percentual populacional (Tabela 2) concentra-se na faixa de 15 a 19 anos (8,33%), seguida pela faixa de 10 a 14 anos (8,06%). Saloá ainda possui uma base populacional jovem significativa, o que demanda investimentos em saúde reprodutiva, saúde mental na adolescência e prevenção de ISTs. Percebe-se um estreitamento da Base: Nota-se que a faixa de 0 a 4 anos (6,07%) já é menor que as faixas subsequentes até os 49 anos. Isso indica uma queda na taxa de fecundidade, sinalizando que a cidade está em pleno processo de transição demográfica. Em relação ao envelhecimento, a soma da população acima de 60 anos já representa



uma parcela considerável (cerca de 17,7% do total), pressionando o sistema de saúde para o manejo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). De acordo com Rouquayrol e Gurgel (2013), a estrutura etária de uma população é um determinante fundamental do seu perfil de morbimortalidade. Municípios que apresentam a configuração demográfica de Saloá enfrentam o desafio da "dupla carga de doenças": a necessidade de manter investimentos em saúde materno-infantil e controle de doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em que lidam com o aumento da demanda por serviços de geriatria e oncologia, decorrentes do envelhecimento populacional.

**Tabela 2** -Distribuição da população por faixa etária e sexo, Saloá, 2025

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
0 a 4 anos	431	427	858	6,07
5 a 9 anos	493	499	992	7,02
10 a 14 anos	583	555	1.138	8,06
15 a 19 anos	605	571	1.176	8,33
20 a 29 anos	963	1.014	1.977	14,00
30 a 39 anos	881	999	1.880	13,31
40 a 49 anos	943	1.053	1.996	14,13
50 a 59 anos	728	875	1.603	11,35
60 a 69 anos	571	620	1.191	8,43
70 a 79 anos	375	467	842	5,96
80 anos e mais	199	273	472	3,34
Total	6.772	7.353	14.125	100,00

Fonte:IBGE

#### 4.1.4 População Segundo Área de Residência

Com base na Estimativa Oficial do IBGE para 2025 (Tabela3), o município de Saloá (PE) tem população residente de 14.125 habitantes. Embora o IBGE não detalhe diretamente a divisão urbano–rural nas estimativas anuais, podemos inferir essa proporção a partir do último Censo Demográfico de 2022, que indicava cerca de 51% da população em área rural e 49% em área urbana. Aplicando essa proporção à estimativa de 2025

**Tabela 3** - População segundo área de residência, Saloá, 2025

Categoria	População estimada	Percentual aproximado
Urbana	6.921 habitantes	49%
Rural	7.204 habitantes	51%
Total	14.125 habitantes	100%

Fonte: IBGE – Censo 2022 / Estimativa 2025

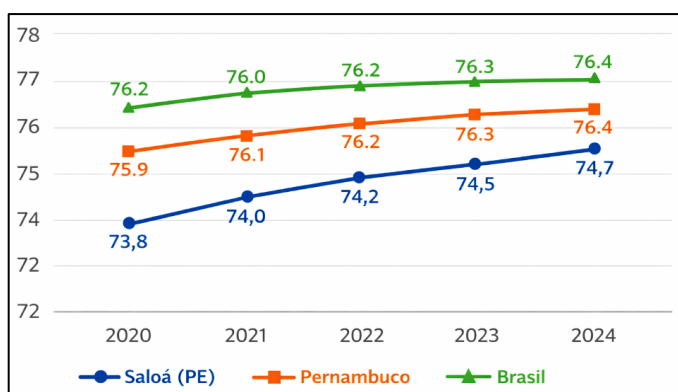


A população de Saloá apresenta uma predominância rural, o que traz desafios importantes para o acesso à saúde, ao saneamento e ao transporte sanitário. Nesse contexto, torna-se essencial implementar a rede de atenção básica descentralizada, capaz de alcançar comunidades dispersas por meio da atuação de agentes comunitários e do uso de unidades móveis. A própria dispersão territorial exige investimentos consistentes em saneamento básico e abastecimento de água, elementos fundamentais para reduzir a incidência de doenças de veiculação hídrica. Além disso, o envelhecimento populacional já identificado, com índice de 161, manifesta-se também nas áreas rurais, o que amplia a necessidade de cuidados domiciliares e de suporte comunitário, reforçando a importância de políticas públicas que integrem saúde, assistência social e infraestrutura.

#### 4.1.5 Esperança de Vida ao Nascer

Entre 2020 e 2024 (Figura 3), a esperança de vida ao nascer em Saloá (PE) manteve-se abaixo da média estadual, variando entre 73,8 e 74,7 anos, enquanto Pernambuco apresentou valores próximos de 76 anos. Esse dado revela avanços graduais, mas também desigualdades internas que impactam diretamente o planejamento em saúde municipal. As ações dentro do planejamento municipal que impactam nessa realidade passam por uma atenção básica descentralizada, saneamento, vigilância em saúde e cuidado ao idoso, garantindo que os ganhos em longevidade sejam acompanhados de qualidade de vida.

**Figura 3** - Dados comparativos, Esperança de Vida ao Nascer, Saloá, PE



#### 4.1.6 Primeira Infância

A faixa etária de 0 a 5 anos caracteriza-se por elevada vulnerabilidade biológica e social, sendo prioritária nas políticas públicas de saúde. Segundo diretrizes



do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, esta população apresenta maior risco para:

- Doenças infecciosas respiratórias e gastrointestinais;
- Doenças imunopreveníveis;
- Desnutrição e anemia ferropriva;
- Agravos decorrentes de acidentes domésticos;
- Atrasos no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.

A proporção de 3,28% de menores de 1 ano indica necessidade de vigilância contínua dos indicadores de mortalidade infantil, cobertura vacinal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além da promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. O contingente de 8,28% de crianças menores de 5 anos reforça a importância de estratégias preventivas voltadas à redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. O cenário demográfico evidencia que a população infantil representa grupo estratégico para intervenção em saúde pública. Investimentos contínuos na atenção integral à criança impactam diretamente na redução da morbimortalidade infantil, na melhoria dos indicadores de saúde e no desenvolvimento humano a longo prazo. É necessária a priorização de políticas públicas voltadas à primeira infância, com monitoramento sistemático de indicadores epidemiológicos e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do cuidado.

#### 4.1.7 Saúde do Adolescente

O município de Saloá possui aproximadamente 2.400 adolescentes (10 a 19 anos), segundo estimativas populacionais do IBGE para 2025. Essa faixa etária é contemplada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) e pelo Programa Saúde na Escola (PSE), ambos instituídos pelo Ministério da Saúde.

A PNAISAJ, estabelecida pela Portaria nº 1.861/2010, orienta a atenção integral ao adolescente, com foco em saúde mental, prevenção de violências, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de IST/HIV e redução da gravidez precoce. Já o PSE, criado pelo Decreto nº 6.286/2007 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.861/2007, promove a integração entre saúde e educação, garantindo ações de



vacinação (HPV, meningocócica ACWY, hepatite B, tríplice viral), promoção da alimentação saudável, saúde bucal, prevenção da obesidade e acompanhamento psicossocial.

No contexto municipal, essas políticas refletem em ações como:

- Integração entre escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBS) para ampliar cobertura vacinal e acompanhamento psicossocial.
- Mapeamento de vulnerabilidades (gravidez precoce, uso de álcool e drogas, evasão escolar).
- Educação permanente para profissionais de saúde e professores sobre adolescência e saúde mental.
- Monitoramento de indicadores de vacinação, nutrição e saúde mental entre adolescentes.

Essas medidas são fundamentais para reduzir desigualdades, especialmente em áreas rurais e quilombolas, e garantir que adolescentes tenham acesso equânime ao SUS, fortalecendo a prevenção e a promoção da saúde.

#### 4.1.8 Saúde do Adulto

A análise dos dados demográficos e de saúde do município revela grupos prioritários que demandam estratégias específicas de vigilância e detecção precoce de doenças crônicas não transmissíveis, com foco em neoplasias de grande incidência.

#### 4.1.9 Saúde da Mulher

O contingente feminino em idade de rastreamento oncológico representa uma parcela expressiva da estrutura populacional do município:

**Câncer de Colo de Útero (25 a 64 anos):** Este grupo compreende **4.209 mulheres**, totalizando **50,85%** da população feminina total. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, esta é a faixa etária alvo para a realização do exame citopatológico (Papanicolau). A magnitude deste dado indica que mais da metade das mulheres do município devem estar sob vigilância constante da Atenção Primária para garantir a coleta trienal e o tratamento de lesões precursoras.



Câncer de Mama (40 a 69 anos): Identificam-se **2.564 mulheres** nesta faixa, o que equivale a **30,98%** do público feminino. Embora o rastreamento mamográfico bienal seja prioritário para a faixa de 50 a 69 anos, o volume de mulheres a partir dos 40 anos exige uma estrutura de regulação eficiente para exames diagnósticos e acompanhamento clínico, visando a redução da mortalidade por neoplasia mamária.

#### 4.1.10 Saúde do Homem

No que tange à população masculina, o foco recai sobre o envelhecimento e a prevenção de patologias comuns à maturidade: **Câncer de Próstata e Saúde Integral (acima de 45 anos)**. O município conta com **2.248 homens** nesta faixa etária, representando **29,57%** da população masculina. Este grupo requer atenção não apenas para o rastreamento do câncer de próstata (conforme avaliação de risco individual), mas também para o monitoramento de doenças cardiovasculares e metabólicas, que costumam apresentar maior morbidade nesta fase da vida.

A distribuição populacional apresentada demonstra uma alta carga de demanda para a Atenção Primária. O fato de 50,85% das mulheres estarem em idade de rastreamento de colo de útero coloca o município em uma posição de alerta para a capacidade instalada de coleta e análise laboratorial. Da mesma forma, a população masculina acima de 45 anos (quase 30% dos homens) aponta para a necessidade de estratégias de busca ativa, uma vez que este perfil historicamente apresenta menor adesão às consultas preventivas, o que pode mascarar diagnósticos tardios de câncer e hipertensão.

#### 4.1.11 Idosos

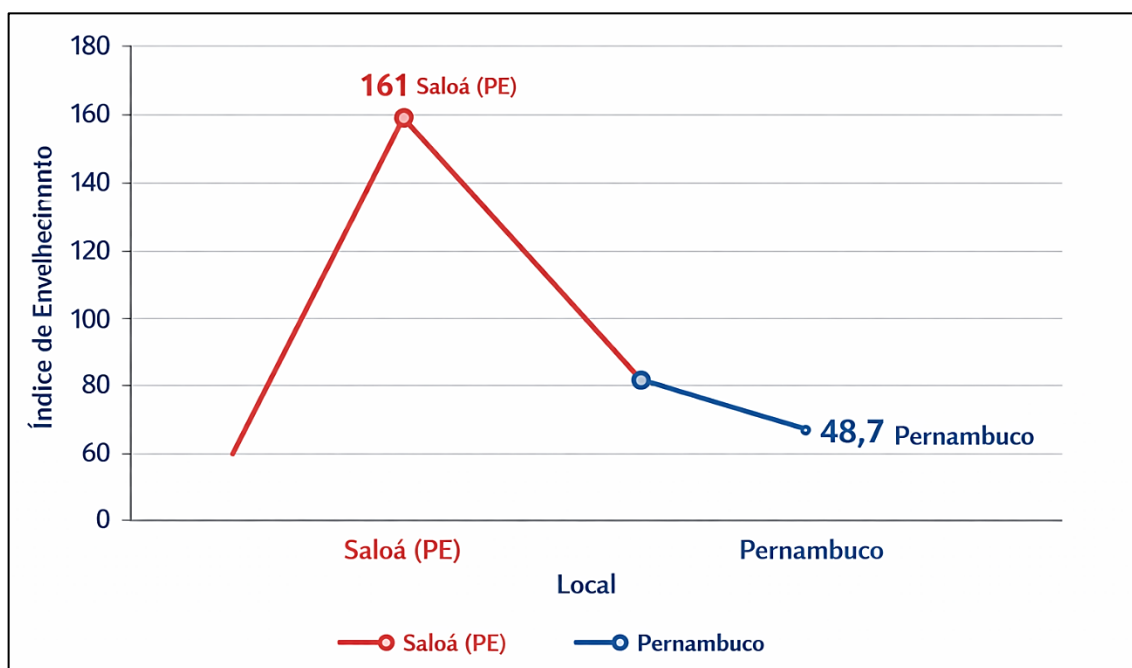
O Estado de Pernambuco, como um todo, apresenta 48,7 idosos para cada 100 crianças, refletindo o avanço do envelhecimento populacional, em Salóá, essa tendência acompanha o padrão estadual, com aumento progressivo da proporção de idosos. O município apresenta um envelhecimento populacional muito mais intenso que o estado. Isso implica em maior demanda por serviços de saúde voltados a idosos, como acompanhamento de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, cardiopatias); Pressão sobre a rede de atenção básica e hospitalar, já que idosos utilizam mais serviços de saúde e necessitam de acompanhamento contínuo; Necessidade de políticas de promoção da saúde e prevenção de incapacidades,



incluindo programas de atividade física, alimentação saudável e suporte psicossocial. O Impacto socioeconômico desse dado implica em maior dependência previdenciária e necessidade de suporte social, já que a base jovem é menor para sustentar o sistema.

Em resumo, Saloá está em situação de envelhecimento populacional (Figura 4), exigindo respostas rápidas e específicas.

Figura 4 - Índice de Envelhecimento, Pernambuco e Saloá



#### 4.1.12 População Quilombola

O Censo Demográfico 2022 do IBGE, introduziu refinamentos importantes na autodeclaração de cor ou raça e, de forma inédita, na identificação de populações quilombolas. Para o município de Saloá, os dados oficiais revelam uma composição étnico-racial predominantemente parda, acompanhando a tendência do Agreste pernambucano. Segundo o levantamento mais recente, a população se distribui em aproximadamente **57,91% de pessoas pardas**, **39,16% de brancas**, **2,71% de pretas**, **0,15% de indígenas** e **0,08% de amarelas**. Sob a perspectiva técnica da gestão em saúde, é fundamental que o aglutinamento dos grupos de pretos e pardos para a análise da **População Negra**, que em Saloá representa a maioria absoluta, com **60,62%** dos habitantes. Essa caracterização é um instrumento vital para o



planejamento estratégico, pois permite a aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A predominância desse grupo exige que a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária do município estejam atentas aos determinantes sociais e às condições genéticas e epidemiológicas específicas. Isso inclui o monitoramento rigoroso de doenças com maior prevalência ou gravidade nessa população, como a anemia falciforme, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.

O município apresenta ainda, uma população quilombola residente de 268 pessoas, vinculadas à comunidade certificada Serra de São Pedro (Fundação Cultural Palmares, 2009). A presença dessa população impõe ao planejamento municipal de saúde a necessidade de ações específicas, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ) e o plano operativo Aquilomba SUS (2025–2027). Essas diretrizes orientam a organização da atenção básica descentralizada, o fortalecimento da vigilância em saúde nos territórios quilombolas, a ampliação do acesso por meio de estratégias de saúde digital e a promoção da equidade no SUS. No contexto de Saloá, isso significa integrar a comunidade quilombola às políticas locais de saúde, garantindo transporte sanitário, acompanhamento de doenças crônicas e suporte comunitário, especialmente diante do envelhecimento populacional acelerado já identificado no município.

## 5 INDICADORES SOCIOECONÔMICOS

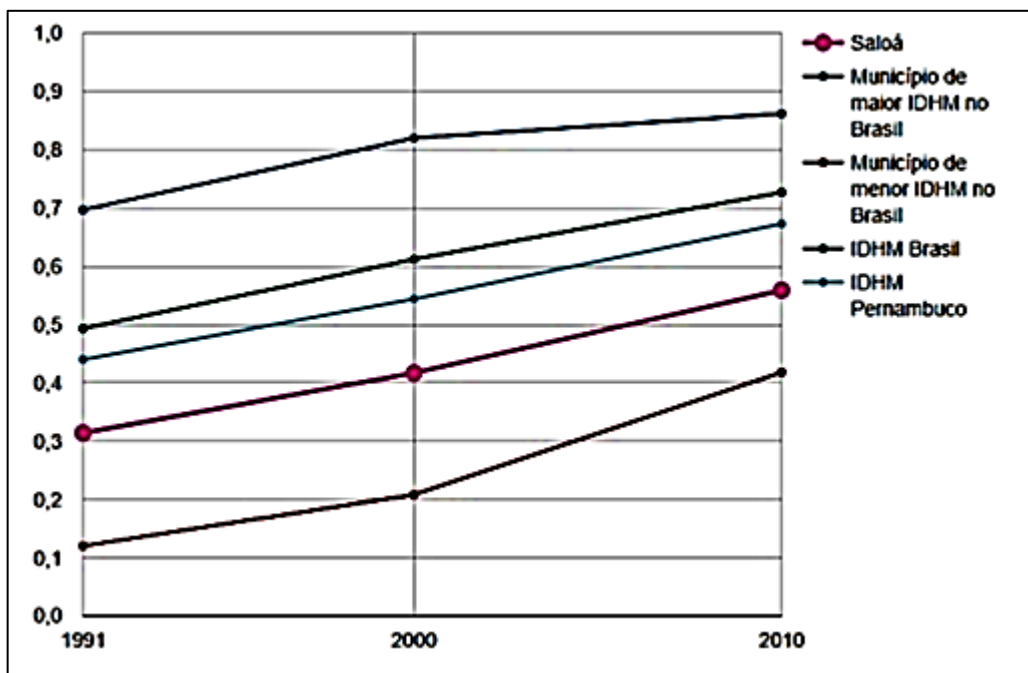
Os determinantes sociais exercem influência direta sobre as condições de saúde da população. Dados socioeconômicos indicam que parte significativa da população apresenta **rendimentos limitados**, com presença de famílias em situação de vulnerabilidade social. Indicadores de renda, ocupação e escolaridade evidenciam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas intersetoriais, voltadas à redução das desigualdades sociais, melhoria das condições de vida e promoção da saúde. Nesse contexto, destacam-se programas de transferência de renda, políticas de assistência social e iniciativas de desenvolvimento local como elementos importantes para a melhoria das condições de saúde da população.

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é composto de indicadores da população, educação, habitação, saúde, trabalho, renda e vulnerabilidade. No ano de



2010, o IDH municipal foi de 0,559, classificado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como baixo desenvolvimento humano (IDHM entre 0,500 e 0,599). A Figura 5 mostra a evolução do IDH do município em comparação a outros municípios do Brasil

Figura 5 - Evolução do IDHM de Saloá, 1991 a 2010



De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município de Saloá apresenta indicadores socioeconômicos que evidenciam vulnerabilidade social e limitação de renda da população. Em 2023, o salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 1,7 salários mínimos, indicando que, mesmo entre aqueles com vínculo formal de trabalho, a remuneração média permanece relativamente baixa. No mesmo ano, apenas 876 pessoas estavam ocupadas em postos formais, número reduzido quando comparado à população total do município, o que demonstra baixa formalização do mercado de trabalho e possível predominância de atividades informais.

Outro dado relevante refere-se ao percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo, que era de 52,5% em 2010. Esse indicador revela que mais da metade da população vivia com renda considerada baixa, refletindo cenário de vulnerabilidade socioeconômica, maior dependência de programas sociais e maior exposição a determinantes sociais negativos da saúde.



Em relação à produção econômica, o PIB per capita em 2023 foi de R\$ 18.202,84, valor inferior à média nacional, indicando limitada capacidade econômica do município. Embora o PIB per capita represente a média da produção de riqueza por habitante, ele não reflete necessariamente a distribuição dessa renda, que pode estar concentrada em pequenos segmentos.

O município apresenta ainda, grande dependência de programas sociais: 55,64% (7.699 pessoas) da população inserida no Bolsa Família, acima da média nacional (24,29%). Isso evidencia vulnerabilidade socioeconômica e forte relação entre pobreza e demanda por serviços públicos de saúde, reforçando a importância de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente em grupos vulneráveis. Em relação a cobertura de saúde apenas 0,67% (93 pessoas) da população possui cobertura de planos privados de saúde, contra média nacional de 26,16%, esse cenário de alta dependência do SUS, onde praticamente toda a população depende da rede pública, exigindo fortalecimento da infraestrutura e da gestão local.

O contexto socioeconômico apresentado impacta diretamente as condições de vida da população e influencia indicadores de saúde, educação, nutrição infantil e acesso a serviços essenciais, exigindo políticas públicas intersetoriais voltadas à geração de emprego, fortalecimento da economia local e redução das desigualdades sociais.

O percentual da população com água encanada (IBGE 2010) é de 54,78, podendo ser a água proveniente de rede geral, de poço, de nascente ou de reservatório abastecido por águas da chuva ou carro-pipa. Em relação à energia elétrica, o percentual era de 99,12 considerando iluminação proveniente ou não de uma rede geral, com ou sem medidor. Dentre o total geral de domicílios, 99,52% utiliza a coleta de lixo, na área urbana. Apresenta 49,05% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 46,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5,3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).



## 6 SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A análise de dados epidemiológicos tem por objetivo buscar a causa e os fatores que influenciam a ocorrência dos eventos relacionados ao processo saúde doença. Os indicadores de natalidade e morbimortalidade são considerados importantes, pois refletem as condições de vida e desenvolvimento da população, as quais estão relacionadas com fatores históricos, socioeconômicos, demográficos e ambientais. Os indicadores epidemiológicos oferecem informações suficientes para a implementação de medidas de prevenção e controle.

### 6.1 PERFIL DE NATALIDADE

A análise do número de nascidos vivos (NV), de uma área, em um período de tempo, é imprescindível, para embasar o planejamento de ações na área materno-infantil, como também avaliar o crescimento demográfico. A análise da natalidade é realizada através dos dados registrados no do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado oficialmente em todo o Brasil, a partir de 1990. O SINASC visa informar os nascimentos ocorridos no país e é operacionalizado a partir de um documento básico padronizado – declaração de nascidos vivos (DN), que deve ser preenchido para todos os nascidos vivos, por qualquer profissional de saúde. No período de 2020 a 2024 ocorreram 896 nascimentos de mães residentes em Saloá, distribuídos em diversos municípios do Estado, com maior frequência em Garanhuns (Tabela 4). Durante esse mesmo período ocorreu 437 partos tipo vaginal, correspondendo a 48,61% do total de partos. A proporção de gestantes consideradas assistidas no pré-natal com sete ou mais consultas de pré-natal foi 791 equivalente a 87,99% do total.

**Tabela 4** - Nascidos Vivos por local de Ocorrência. Saloá, 2020-2024

Município de Ocorrência	2020	2021	2022	2023	2024	Total
260010 Afogados da Ingazeira	1	0	0	0	0	1
260120 Arcoverde	7	1	1	3	4	16
260410 Caruaru	8	28	20	28	20	104
260600 Garanhuns	84	64	49	33	32	262
260650 Iati	7	7	4	2	1	21
260790 Jaboatão dos Guararapes	1	1	0	0	0	2
260880 Lajedo	0	0	2	0	0	2
260960 Olinda	0	0	0	1	0	1
261000 Palmares	2	3	1	4	2	12
261030 Paratama	0	0	0	2	0	2



261160 Recife	16	23	39	33	29	140
261230 Saloá	57	60	62	46	85	310
261310 São Caitano	0	1	0	0	0	1
261640 Vitória de Santo Antão	1	1	1	9	10	22
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>189</b>	<b>179</b>	<b>161</b>	<b>183</b>	<b>896</b>

Fonte: SINASC/DATASUS

Entre os anos de 2020 a 2024 cerca de 47,05% das mães tinham filhos entre 20 a 29 anos e 14,24% eram adolescentes (10 a 19 anos de idade). Enquanto que em mães com 30 anos e mais de idade verificou-se a média de 9,68% (Tabela 5).

**Tabela 5** - Nascidos vivos por Ano do Nascimento segundo Faixa Etária da Mãe, Saloá, 2020-2024

Faixa Etária da Mãe	2020	2021	2022	2023	2024	Total
10-14	0	1	0	1	0	2
15-19	33	27	19	20	27	126
20-24	31	47	46	29	30	183
25-29	41	49	50	51	49	240
30-34	44	34	34	25	31	168
35-39	30	25	21	30	36	142
40-44	4	5	7	4	9	29
45-49	3	1	3	1	1	9
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>189</b>	<b>180</b>	<b>161</b>	<b>183</b>	<b>899</b>

Fonte: SINASC/DATASUS

Em relação às características do recém-nascido, no período analisado, observou-se 8,34% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas), e 91,66% considerados dentro do parâmetro normal (Tabela 6).

**Tabela 6** - Nascidos vivos por Ano do Nascimento segundo Peso ao Nascer, Saloá, 2020-2024

Peso ao Nascer	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
101 - 499	1	0	0	0	1	2	0,22
500 - 999	2	1	1	0	1	5	0,56
1000-1499	1	1	0	2	1	5	0,56
1500-2499	10	13	16	7	17	63	7,01
2500-2999	52	46	48	51	38	235	26,14
3000-3999	98	116	106	96	122	538	59,84
4000-4999	22	12	9	5	3	51	5,67
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>189</b>	<b>180</b>	<b>161</b>	<b>183</b>	<b>899</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINASC/DATASUS

Os dados revelam boa cobertura de pré-natal, mas apontam desafios em redução de cesáreas, atenção à gravidez na adolescência e fortalecimento da rede obstétrica local, que devem resultar em ações a serem incorporadas como metas estratégicas neste Plano.



## 6.2 PERFIL DE MORBIDADE

O objetivo do conhecimento e compreensão da morbidade é melhorar a qualidade de vida das pessoas, através de estratégias que promovam a redução dos fatores de risco. Dessa forma, conhecer a morbidade local possibilita o município a criar estratégias direcionadas para a sua realidade.

### 6.2.1 Internações

O SIH – Sistema de Informações Hospitalares foi instituído em 1976 pelo então Instituto Nacional de Previdência Social (INSS). Sua função é operar o sistema de pagamento de internações, porém seus dados também são utilizados com fins epidemiológicos. O instrumento do SIH é a autorização de internação hospitalar (AIH). O sistema abarca cerca de 60% a 70% das internações hospitalares realizadas no país, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A análise da situação de saúde do município de Saloá, no período de 2020 a 2024, exige uma leitura contextualizada dos eventos epidemiológicos globais. Para este tópico, optou-se pela exclusão do capítulo "**XV. Gravidez, parto e puerpério**" da listagem de causas principais. Essa estratégia permite isolar o impacto das patologias e agravos, uma vez que o parto é um evento fisiológico esperado e não uma condição de adoecimento, garantindo maior precisão na identificação das prioridades assistenciais.

A série histórica das internações revela que os anos de 2020 e 2021 foram profundamente impactados pela pandemia de COVID-19, registrando-se um pico de internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias (Tabela 7), com 133 e 208 casos, respectivamente. A condição de internamento por agravos respiratórios foi impulsionada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), principal complicação da COVID-19, gerando uma pressão sem precedentes sobre a rede hospitalar. A partir de 2022, observa-se uma mudança no perfil: as Doenças do Aparelho Respiratório (187 casos em 2024) e as Doenças do Aparelho Circulatório (123 casos em 2024) consolidaram-se como as principais causas de hospitalização. Esse fenômeno indica uma correlação clínica direta, onde o envelhecimento populacional e a carga de doenças crônicas descompensadas pós-pandemia aumentam a vulnerabilidade da população. As Lesões e Causas Externas



mantiveram-se persistentes no ranking, evidenciando o impacto contínuo de traumas e acidentes na ocupação de leitos.

**Tabela 7** - Internações por Ano atendimento segundo Capítulo CID-10, 2020-2024, Saloá,PE

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	133	208	91	42	63	540
II. Neoplasias (tumores)	67	37	70	75	74	324
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	7	11	2	4	36
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	17	16	24	26	22	105
V. Transtornos mentais e comportamentais	5	10	6	7	3	31
VI. Doenças do sistema nervoso	11	11	19	17	14	72
VII. Doenças do olho e anexos	5	9	14	3	14	45
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1	5	-	1	7
IX. Doenças do aparelho circulatório	67	78	103	124	123	498
X. Doenças do aparelho respiratório	45	60	108	121	187	521
XI. Doenças do aparelho digestivo	37	44	99	104	94	381
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	28	28	47	33	159
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	7	22	20	11	63
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	40	43	79	101	93	359
XV. Gravidez parto e puerpério	175	181	195	199	218	970
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	18	28	26	35	29	138
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	3	6	6	5	27
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15	26	44	23	38	146
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	91	85	77	121	96	472
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	5	8	4	6	26
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	28	28	47	33	159
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	7	22	20	11	63
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	40	43	79	101	93	359
XV. Gravidez parto e puerpério	175	181	195	199	218	970
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	18	28	26	35	29	138
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	3	6	6	5	27
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15	26	44	23	38	146
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	91	85	77	121	96	472
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	5	8	4	6	26
TOTAL	1144	1293	1520	1633	1657	7280

Fonte: SINASC

### 6.2.2 Principais Causas de Internação (Excluindo Causas Obstétricas)

O perfil de internações reflete nitidamente o período de crise sanitária e a subsequente transição para doenças crônicas (Tabela 8). É imperativo registrar que os anos de 2020 e 2021 foram marcados pela pandemia de COVID-19, fator que alterou drasticamente o perfil hospitalar. Embora a COVID-19 seja uma doença de notificação compulsória, suas complicações clínicas foram frequentemente registradas sob os capítulos de Doenças Infecciosas e Parasitárias e Doenças do Aparelho Respiratório. O aumento de 56% nas internações infecciosas entre 2020 e 2021 correlaciona-se diretamente com o agravamento da pandemia. A condição de internamento por agravos respiratórios foi impulsionada pela Síndrome Respiratória



Aguda Grave (SRAG), principal complicação da COVID-19, o que gerou uma pressão sem precedentes sobre os leitos hospitalares e a necessidade de isolamento respiratório.

**Tabela 8** - Principais Causas de Internamento, Saloá, 2020 a 2024

Ano	1ª Causa Principal	2ª Causa Principal	3ª Causa Principal
2020	Doenças Infecciosas (133)	Lesões/Causas Externas (91)	Doenças Circulatório (67)
2021	Doenças Infecciosas (208)	Lesões/Causas Externas (85)	Doenças Circulatório (78)
2022	Doenças Respiratório (108)	Doenças Circulatório (103)	Doenças Digestivo (99)
2023	Doenças Circulatório (124)	Doenças Respiratório (121)	Lesões/Causas Externas (121)
2024	Doenças Respiratório (187)	Doenças Circulatório (123)	Lesões/Causas Externas (96)

### 6.2.3 Internações por Causas Sensíveis À Atenção Básica (ICSAB)

As Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) correspondem a hospitalizações que poderiam ser evitadas ou reduzidas por meio de ações eficazes de atenção primária à saúde. Elas incluem doenças preveníveis por imunização, condições crônicas controláveis e agravos que podem ser tratados precocemente na rede básica. O conceito é utilizado como indicador da efetividade da Atenção Básica, refletindo a capacidade do sistema de saúde em prevenir complicações e reduzir internações desnecessárias. No Brasil, as ICSAB representam uma parcela significativa das internações hospitalares pelo SUS. Estudos apontam que cerca de 25% das internações poderiam ser evitadas com uma atenção básica resolutiva. As principais causas incluem doenças respiratórias, complicações do diabetes, hipertensão, gastroenterites e pneumonias. Em Pernambuco, os indicadores seguem a tendência nacional, com destaque para doenças crônicas como diabetes e insuficiência cardíaca, além de infecções respiratórias e gastrointestinais. O monitoramento das ICSAB é fundamental para avaliar a qualidade da atenção básica nos municípios.

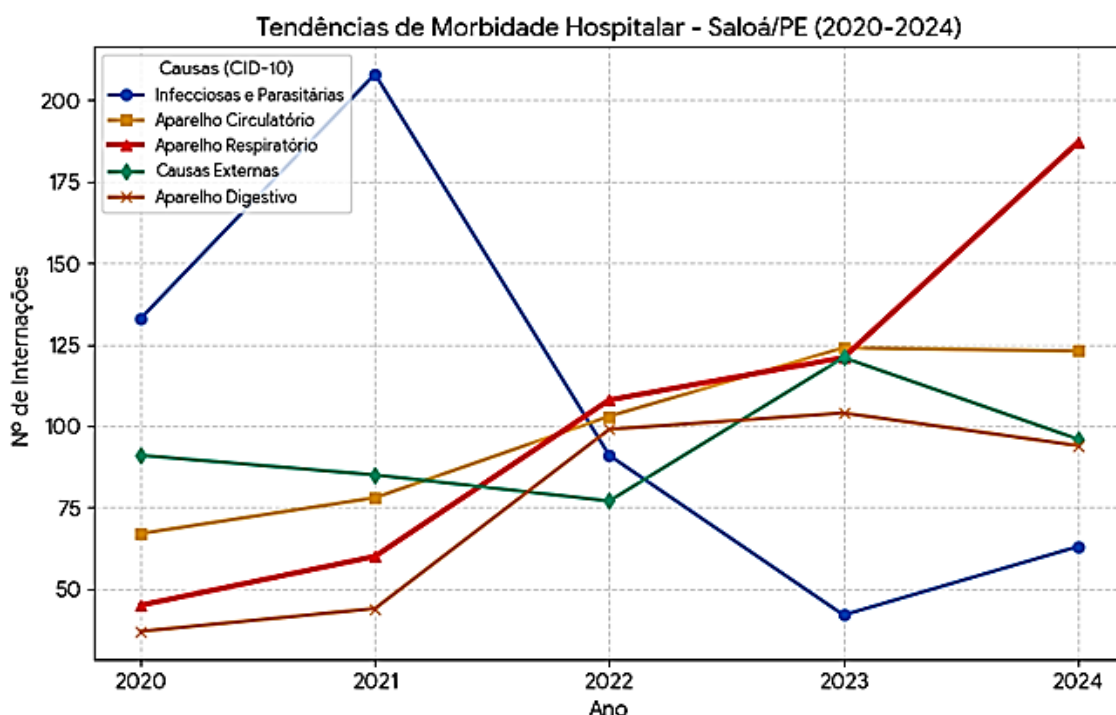
Entre os anos de 2020 e 2024, o município de Saloá registrou um total de 487 internações por causas sensíveis à atenção básica (ICSAB). Observa-se um crescimento progressivo entre 2020 (Tabela 9), com 63 internações, e 2023, quando o número chegou a 128, seguido de uma leve redução em 2024, com 125 casos. Esse



comportamento indica tanto avanços quanto desafios na capacidade da atenção primária em prevenir complicações que levam à hospitalização. As principais causas identificadas foram diabetes mellitus, responsável por 85 internações, o que corresponde a 17,5% do total, e insuficiência cardíaca, com 72 casos, representando 14,8%. Em seguida aparecem as infecções do rim e trato urinário, com 62 internações (12,7%), as gastroenterites infecciosas, com 50 casos (10,3%), e as infecções de ouvido, nariz e garganta, que somaram 49 internações (10,1%).

A análise das tendências (Figura 6) revela pontos críticos: as infecções urinárias tiveram crescimento expressivo, passando de apenas 2 casos em 2020 para 25 em 2024, enquanto as pneumonias bacterianas também se destacaram, aumentando de 2 casos em 2020 para 15 em 2023. Já as doenças crônicas, como diabetes e insuficiência cardíaca, mantiveram números elevados e crescentes, evidenciando dificuldades no acompanhamento contínuo e na adesão ao tratamento, o que reforça a necessidade de fortalecer a atenção básica para evitar descompensações. As gastroenterites infecciosas, por sua vez, apresentaram oscilações, com queda significativa em 2022, quando foram registrados apenas 5 casos, mas voltaram a crescer em 2024, alcançando 15 internações.

Figura 6 - Tendência da Morbidade Hospitalar, Saloá, 2020 a 2024 – Fonte SIH



Esse panorama demonstra que, embora haja avanços na redução de algumas causas em determinados anos, o município ainda enfrenta desafios importantes na prevenção e no manejo das condições crônicas e infecciosas. A análise reforça a necessidade de ampliar ações de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e acompanhamento contínuo dos pacientes na atenção básica, de modo a reduzir internações evitáveis e melhorar a qualidade de vida da população.

**Tabela 9** - Internações por condições sensíveis a atenção Básica, Saloá, 2020 a 2024

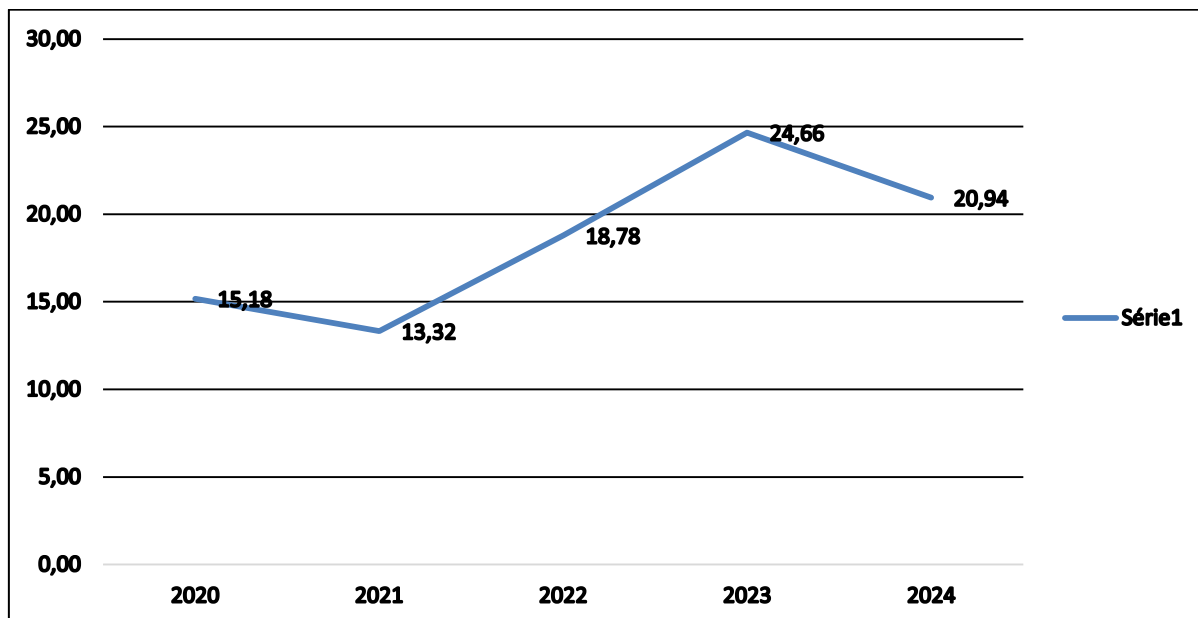
Condições Sensíveis Atenção Básica	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Doenças evitáveis por imuniz e outras DIP	1	1,59	1	1,45	2	1,96	2	1,56	1	0,8
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	11	17,46	12	17,39	5	4,90	7	5,47	15	12,0
3. Anemia	2	3,17	3	4,35	4	3,92	1	0,78	1	0,8
4. Deficiências nutricionais	0	0,00	0	0,00	1	0,98	0	0,00	0	0,0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	8	12,70	6	8,70	12	11,76	11	8,59	12	9,6
6. Pneumonias bacterianas	2	3,17	1	1,45	6	5,88	15	11,72	7	5,6
7. Asma	2	3,17	1	1,45	0	0,00	2	1,56	6	4,8
8. Bronquites	0	0,00	3	4,35	0	0,00	1	0,78	1	0,8
9. Hipertensão	0	0,00	0	0,00	1	0,98	0	0,00	0	0,0
10. Angina	2	3,17	6	8,70	8	7,84	11	8,59	10	8,0
11. Insuficiência cardíaca	12	19,05	11	15,94	17	16,67	20	15,63	12	9,6
12. Diabetes Mellitus	10	15,87	13	18,84	20	19,61	23	17,97	19	15,2
13. Epilepsias	3	4,76	1	1,45	2	1,96	2	1,56	7	5,6
14. Infecções no rim e trato urinário	2	3,17	4	5,80	14	13,73	17	13,28	25	20,0
15. Infecções da pele e tecido subcutâneo	0	0,00	0	0,00	1	0,98	4	3,13	3	2,4
18. Úlcera gastrointestinal	5	7,94	4	5,80	9	8,82	10	7,81	4	3,2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	3	4,76	3	4,35	0	0,00	2	1,56	2	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

O cálculo da taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAB) é utilizado para avaliar a resolutividade da atenção básica de saúde e a qualidade do acesso aos serviços de saúde. Essa taxa permite avaliar a frequência das internações por causas sensíveis à atenção básica em relação à população, indicando a efetividade da atenção primária. A fórmula baseia-se na proporção de internações evitáveis sobre o total de internações clínicas. A taxa de internação (Figura 7) indica uma tendência crescente das internações por causas sensíveis à atenção básica entre 2021 e 2023, com uma leve queda em 2024. Isso sugere desafios na prevenção e controle dessas condições, especialmente para doenças



crônicas como diabetes e insuficiência cardíaca, além do aumento expressivo de infecções urinárias e pneumonias, que demandam maior atenção da atenção primária.

**Figura 7** - Taxa de internação por condições sensíveis a atenção básica, 2020 a 2024, Saloá, PE



Fonte: SIH/DATASUS

O panorama municipal demonstra que, embora haja avanços na redução de algumas causas em determinados anos, o município ainda enfrenta desafios importantes na prevenção e no manejo das condições crônicas e infecciosas. Nesse contexto, é relevante relacionar os resultados aos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)**, especialmente aqueles voltados para a redução da mortalidade por doenças não transmissíveis (DNT) e para o fortalecimento da atenção básica como estratégia de prevenção. Os ODM destacam a importância de reduzir a carga das doenças crônicas e infecciosas preveníveis, garantindo acesso universal a serviços de saúde de qualidade, promoção de hábitos saudáveis e acompanhamento contínuo dos pacientes.

Para adequar-se a esses objetivos no planejamento local, o município deve investir em ações integradas de promoção da saúde, como programas de prevenção e controle do diabetes e da hipertensão, campanhas educativas voltadas para alimentação saudável e atividade física, além de estratégias de vigilância e acompanhamento domiciliar de pacientes com doenças crônicas. Também é fundamental ampliar a resolutividade da atenção básica, garantindo consultas regulares, exames de rotina e monitoramento dos fatores de risco, de modo a reduzir



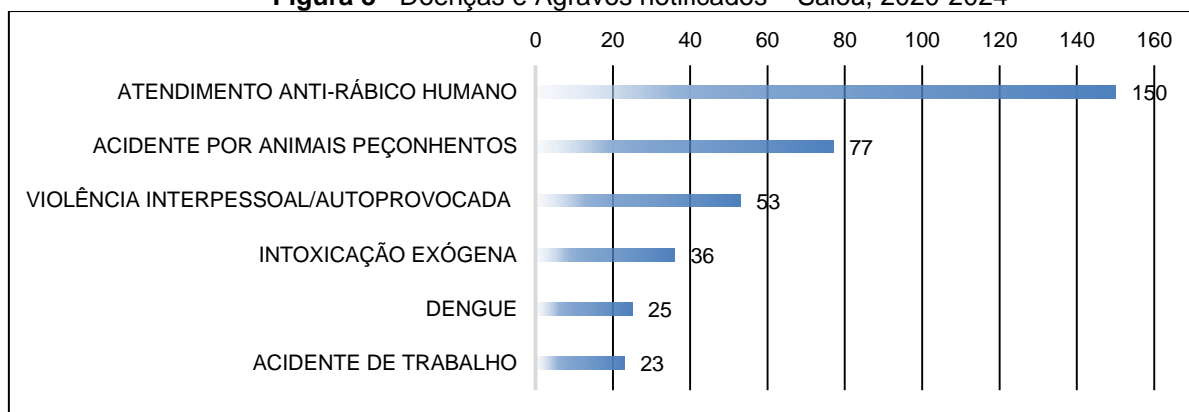
internações evitáveis. Dessa forma, o município não apenas responde às demandas locais, mas também contribui para o cumprimento dos compromissos globais de saúde estabelecidos pelos ODM, alinhando sua política pública às metas internacionais de redução das doenças não transmissíveis e fortalecimento da atenção primária.

#### 6.2.4 Agravos

As Doenças de Notificação Compulsória são agravos, doenças ou eventos de saúde pública que, por lei, devem ser comunicados às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou responsáveis por estabelecimentos de saúde. O objetivo principal não é apenas a contagem estatística, mas a vigilância ativa. A notificação permite que o Estado monitore a propagação de doenças, identifique surtos precocemente, planeje ações de controle (como vacinação ou bloqueio de vetores) e direcione recursos financeiros de forma estratégica. O município apresenta um perfil epidemiológico que transita entre o controle de endemias históricas e o surgimento de novos desafios sociais (Figura 8).

Os atendimentos anti-rábicos humanos constituem um agravo de notificação compulsória, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. A raiva é uma zoonose viral de alta letalidade, e qualquer suspeita de exposição exige intervenção imediata. O registro e acompanhamento desses atendimentos são fundamentais para a vigilância epidemiológica e para a formulação de políticas públicas de saúde.

**Figura 8 - Doenças e Agravos notificados – Saloá, 2020-2024**



Entre 2020 e 2024 (Tabela 10), o município de Saloá registrou 150 atendimentos anti-rábicos humanos, configurando o agravo mais notificado no período. Esse número expressivo indica alta frequência de acidentes envolvendo



animais, principalmente cães e gatos e necessidade de fortalecimento das ações de vigilância em zoonoses. De acordo com a literatura em saúde pública a raiva é uma doença imunoprevenível, mas ainda representa risco significativo em áreas com circulação viral. O atendimento anti-rábico é parte da estratégia de prevenção e controle, envolvendo medidas profiláticas (vacina e/ou soro) e investigação epidemiológica. A notificação compulsória permite identificar padrões de risco, orientar campanhas educativas e direcionar recursos. Os atendimentos anti-rálicos humanos em Saloá representam um agravo prioritário para o período analisado.

Com 77 casos totais, os acidentes por animais peçonhentos apresentam-se como o segundo maior volume de notificações. Embora haja uma tendência de queda (26 em 2020 para 3 em 2024), a magnitude indica que Saloá possui um forte componente rural ou de interface periurbana que exige educação continuada e protocolo de utilização do soro antiofídico/escorpiônico sempre divulgado e atualizado. Observa-se um salto crítico na Dengue em 2024 (17 casos), representando quase 70% de todas as notificações da série histórica. Este aumento explosivo em um único ano sugere uma mudança na circulação viral, demandando uma intensificação no combate ao *Aedes aegypti*. Os dados de Sífilis Congênita e em Gestante são alertas vermelhos para a Atenção Primária. A presença de sífilis congênita (6 casos) e em gestantes (8 casos) aponta necessidade de ações reforçada no pré-natal. Entende-se que cada caso de sífilis congênita é um evento sentinela para agilidade no tratamento da mãe em tempo hábil para proteger o bebê.

Com 53 notificações, a violência é o terceiro maior agravo. A estabilidade dos números (média de 10 casos/ano) revela um problema estrutural. Isso exige uma rede de proteção intersetorial, envolvendo não apenas a saúde, mas a assistência social e a segurança pública. Registra-se também ocorrência isolada de Sarampo/Rubéola (2022) e Coqueluche (2021), somada ao Tétano Neonatal (2023/2024). O tétano neonatal é uma doença "erradicada" por vacina e boas práticas de parto; sua presença indica a necessidade de busca ativa de faltosos e reforço na cobertura vacinal de gestantes (dTpa).

Saloá enfrenta o desafio de manter o controle sobre causas externas (violência e acidentes) enquanto lida com uma ressurgência de doenças evitáveis por



vacina e falhas na rede de cuidados materno-infantis. O fortalecimento da Atenção Básica é fundamental para conter o avanço da Dengue observado em 2024.

**Tabela 10** - Agravos notificados, 2020-2024, Saloá, PE

AGRAVO	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO	36	27	31	23	33	150
ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	26	14	13	15	3	77
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	9	17	9	10	8	53
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	10	14	6	2	4	36
DENGUE	3	3	1	1	17	25
ACIDENTE DE TRABALHO	6	5	1	7	4	23
SÍFILIS EM GESTANTE	2	2	1	3		8
SÍFILIS CONGÊNITA	3		1	1	1	6
MENINGITE	1	1			1	3
COQUELUCHE - CASOS CONFIRMADOS		2				2
INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO			1	1		2
TÉTANO NEO-NATAL				1	1	2
TOXOPLASMOSE CONGÊNITA				1	1	2
SARAMPO E RUBÉOLA			1			1
SÍFILIS ADQUIRIDA				1		1
ZIKA VÍRUS	1					1

Fonte: SINAN/DATASUS

### 6.2.5 Imunização

Avaliando a cobertura vacinal em dezembro de 2024 (Figura 9), as vacinas básicas (Penta, Polio Injetável, Pneumo 10, Meningo C e Rotavírus) mantêm cobertura ótima, refletindo boa estrutura das salas de vacinação e regularidade de oferta. Entretanto, a Febre Amarela (80,9%) está abaixo da meta, apontando baixa adesão populacional e desafios logísticos em áreas periféricas e rurais. As vacinas de reforço apresentam leve queda de cobertura, fenômeno comum após o primeiro ano de vida, quando há redução do vínculo das famílias com os serviços de saúde, a Varicela (51,6%) é o ponto mais crítico, com risco epidemiológico para surtos em ambientes escolares. A Hepatite A (83,1%) também requer atenção, pois a transmissão está associada a condições sanitárias e alimentares.



O município apresenta desempenho satisfatório nas coberturas vacinais, com destaque para a manutenção das metas em vacinas básicas. Persistem desafios em reforços e imunizações específicas (Varicela, Febre Amarela e Hepatite A), exigindo estratégias de busca ativa, comunicação social e aprimoramento dos sistemas de informação. Além disso, é fundamental assegurar investimentos contínuos em educação em saúde, por meio de campanhas informativas permanentes, claras e fundamentadas em evidências científicas, capazes de enfrentar a desinformação e o movimento antivacina, que têm contribuído para a hesitação vacinal. O uso estratégico das tecnologias de informação, com sistemas de monitoramento em tempo real das coberturas, aliado ao fortalecimento da vigilância epidemiológica local, constitui medida prioritária. A melhoria desses indicadores depende de uma abordagem intersetorial, que envolva o comprometimento da gestão municipal, a capacitação permanente das equipes de saúde e a mobilização social, garantindo que o acesso às vacinas seja universal, equitativo e oportuno.

**Figura 9 - Cobertura Vacinal, Saloá, PE, dez/2024**



Fonte: <https://infoms.saude.gov.br/>



### 6.3 PERFIL DE MORTALIDADE

Diferente da morbidade (que mede o adoecimento que gera internação), a mortalidade reflete o desfecho final dos agravos.

#### 6.3.1 Mortalidade por Sexo

A análise dos dados entre 2020 e 2024 (Tabela 11) revela uma transição no perfil epidemiológico da mortalidade no grupo estudado. Inicialmente, observa-se uma predominância de óbitos no sexo feminino (54,9% em 2020), o que pode ser correlacionado ao impacto severo da pandemia de COVID-19 sobre a mortalidade materna e populações vulneráveis específicas no biênio 2020-2021 (TEIXEIRA et al., 2022). No entanto, a partir de 2022, os dados demonstram a retomada do padrão histórico de sobremortalidade masculina, atingindo seu ápice em 2023 com 62,7% dos registros. Esse fenômeno é amplamente discutido pelo IBGE (2023) e por Martins et al. (2024), que atribuem a persistência dessa disparidade à maior exposição masculina a causas externas e à menor adesão a cuidados preventivos de saúde. Assim, enquanto o volume total de óbitos indica estabilização pós-crise sanitária, a mudança na composição por sexo reafirma a necessidade de políticas públicas de saúde voltadas à redução das vulnerabilidades masculinas."

**Tabela 11** - Número de óbitos de residentes em Saloá por sexo, 2020 a 2024.

Sexo	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	64	45,1	69	46,9	73	54,5	84	62,7	70	51,5
Feminino	78	54,9	78	53,1	61	45,5	50	37,3	66	48,5
TOTAL	142	100,0	147	100,0	134	100,0	134	100,0	136	100,0

Fonte: SIM/DATASUS

#### 6.3.2 Mortalidade por Faixa Etária

Em relação à mortalidade por faixa etária (Tabela 12), os indicadores demonstram um deslocamento da carga de mortalidade para a faixa da extrema longevidade (80 anos ou mais), que apresentou um crescimento relativo de 73,1% entre 2020 (26,76%) e 2024 (46,32%). O grupo 60 anos é responsável por aproximadamente 74,2% da mortalidade geral do município em 2024. As faixas de 20 a 59 anos mantiveram uma distribuição heterogênea, mas com peso relevante na composição da mortalidade masculina, indicando anos potenciais de vida perdidos



(APVP). Embora os valores absolutos sejam reduzidos, a análise da Mortalidade Infantil (componente neonatal/pós-neonatal) em 2024 (4) revela um incremento proporcional (2,94%) que demanda investigação epidemiológica. Tal variação pode indicar a necessidade de monitoramento da qualidade da assistência ao pré-natal e ao puerpério imediato, conforme os critérios de evitabilidade definidos pelo Ministério da Saúde.

**TABELA 12** - Número de óbitos de residentes em SALOÁ por faixa etária, 2020 a 2024.

Faixa Etária (13)	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 01	2	1,41	0	0,00	2	1,49	3	2,24	4	2,94
01-04	2	1,41	0	0,00	2	1,49	0	0,00	1	0,74
10-14	0	0,00	1	0,68	1	0,75	1	0,75	0	0,00
15-19	1	0,70	1	0,68	1	0,75	1	0,75	1	0,74
20-29	3	2,11	4	2,72	0	0,00	6	4,48	5	3,68
30-39	7	4,93	10	6,80	13	9,70	10	7,46	6	4,41
40-49	8	5,63	10	6,80	11	8,21	7	5,22	7	5,15
50-59	15	10,56	13	8,84	10	7,46	11	8,21	11	8,09
60-69	19	13,38	28	19,05	18	13,43	26	19,40	13	9,56
70-79	42	29,58	28	19,05	27	20,15	24	17,91	25	18,38
80 e+	38	26,76	52	35,37	49	36,57	43	32,09	63	46,32
Ign	5	3,52	0	0,00	0	0,00	2	1,49	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>100,00</b>	<b>147</b>	<b>100,00</b>	<b>134</b>	<b>100,00</b>	<b>134</b>	<b>100,00</b>	<b>136</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SIM/DATASUS

### 6.3.3 Mortalidade por Causa Capítulo Cid

As doenças circulatórias (Infarto, AVC) permanecem como a principal causa de óbito, indicando que, embora as internações respiratórias sejam numerosas, o desfecho fatal é maior nas condições cardiovasculares crônicas (Tabela 13). Em 2021, o município acompanhou a tendência nacional, onde as doenças infecciosas superaram as crônicas devido ao pico de letalidade da COVID-19. Os tumores consolidam-se como a segunda causa de morte pós-pandemia, refletindo o envelhecimento populacional e a necessidade de diagnóstico precoce.

**Tabela 13** - Número de óbitos de residentes em Saloá, PE, capítulo CID 10, 2020 a 2024.

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	133	208	91	42	63
II. Neoplasias (tumores)	67	37	70	75	74
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	7	11	2	4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	17	16	24	26	22
V. Transtornos mentais e comportamentais	5	10	6	7	3
VI. Doenças do sistema nervoso	11	11	19	17	14
VII. Doenças do olho e anexos	5	9	14	3	14
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1	5	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	67	78	103	124	123
X. Doenças do aparelho respiratório	45	60	108	121	187
XI. Doenças do aparelho digestivo	37	44	99	104	94



XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	28	28	47	33
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	7	22	20	11
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	40	43	79	101	93
XV. Gravidez parto e puerpério	175	181	195	199	218
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	18	28	26	35	29
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	3	6	6	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15	26	44	23	38
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	91	85	77	121	96
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	5	8	4	6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	28	28	47	33
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	7	22	20	11
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	40	43	79	101	93
XV. Gravidez parto e puerpério	175	181	195	199	218
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	18	28	26	35	29
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	3	6	6	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15	26	44	23	38
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	91	85	77	121	96
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	5	8	4	6
TOTAL	1144	1293	1520	1633	1657

Fonte: TABNET, PE/SIM/DATASUS

Em Resumo, com base nos dados consolidados do **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**, as três principais causas de morte no município no período avaliado, é mostrado na Tabela 14.

**Tabela 14** - Principais causas de Mortalidade, Saloá, 2020-2024

Ano	1ª Causa Principal	2ª Causa Principal	3ª Causa Principal
2020	Doenças do Aparelho Circulatório	Doenças Infecciosas (COVID-19)	Neoplasias (Tumores)
2021	Doenças Infecciosas (COVID-19)	Doenças do Aparelho Circulatório	Neoplasias (Tumores)
2022	Doenças do Aparelho Circulatório	Neoplasias (Tumores)	Doenças Aparelho Respiratório
2023	Doenças do Aparelho Circulatório	Neoplasias (Tumores)	Causas Externas
2024	Doenças do Aparelho Circulatório	Neoplasias (Tumores)	Doenças Aparelho Respiratório

Fonte: SIM/DATASUS

#### 6.3.4 Correlação entre Morbidade e Mortalidade

A correlação entre os dois perfis revela a dinâmica de carga de doença em Saloá, enquanto as **Doenças Respiratórias** lideram as internações (morbidade), as **Doenças Circulatórias** lideram os óbitos (mortalidade). Isso sugere que os agravos respiratórios geram maior volume de uso do leito, mas os agravos circulatórios são mais letais e rápidos em seu desfecho. A correlação em 2020-2021 mostra que o aumento das internações infecciosas (morbidade) precedeu e alimentou o pico de óbitos (mortalidade), confirmando a COVID-19 como um agravo de alta pressão hospitalar e alta letalidade.



**As Causas Externas** apresentam correlação direta e estável. O volume de internados por acidentes é alto e o desfecho de óbito também figura entre os principais, indicando que a gravidade dos traumas no município é elevada. Saloá enfrenta uma tripla carga de doenças: as persistentes (infecciosas), as crescentes (crônicas/neoplasias) e as evitáveis (causas externas).

#### 6.3.5 Mortalidade Infantil e Fetal

A mortalidade infantil corresponde a óbitos de menores de um ano de idade e expressa o risco de morte dos nascidos vivos (NV) no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. O indicador permite monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano. No período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde.

Dos 8 óbitos infantis registrados no período (excluindo 2021, que não teve registros), **62,5% (5 óbitos)** ocorreram no período **neonatal precoce** (0 a 6 dias de vida). Segundo a literatura em saúde pública, óbitos nesta fase estão estreitamente vinculados a causas perinatais, como assistência inadequada ao pré-natal, complicações no parto ou assistência deficiente ao recém-nascido na sala de parto. Em relação a **neonatal tardia (7 a 27 dias)** o município apresentou **zero** ocorrências em toda a série histórica, o que é um indicador positivo quanto ao monitoramento do recém-nascido após a primeira semana de vida. Nos óbitos **pós-neonatal (28 dias a 1 ano)**, foram registrados apenas 2 óbitos (2020 e 2023). Este componente costuma estar mais relacionado a condições ambientais, saneamento e doenças infecciosas. O baixo número sugere que os fatores externos (exógenos) estão relativamente controlados.

O número absoluto de óbitos infantis manteve-se constante em **2 óbitos por ano** (com exceção de 2021). Embora o número absoluto pareça baixo, para municípios de pequeno porte, qualquer óbito infantil tem impacto significativo na **Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)**. A ausência de óbitos em 2021 destaca-se como um



ponto fora da curva (outlier), necessitando verificar se houve subnotificação ou se foi um resultado de ações exitosas de saúde naquele ano (Tabela 15).

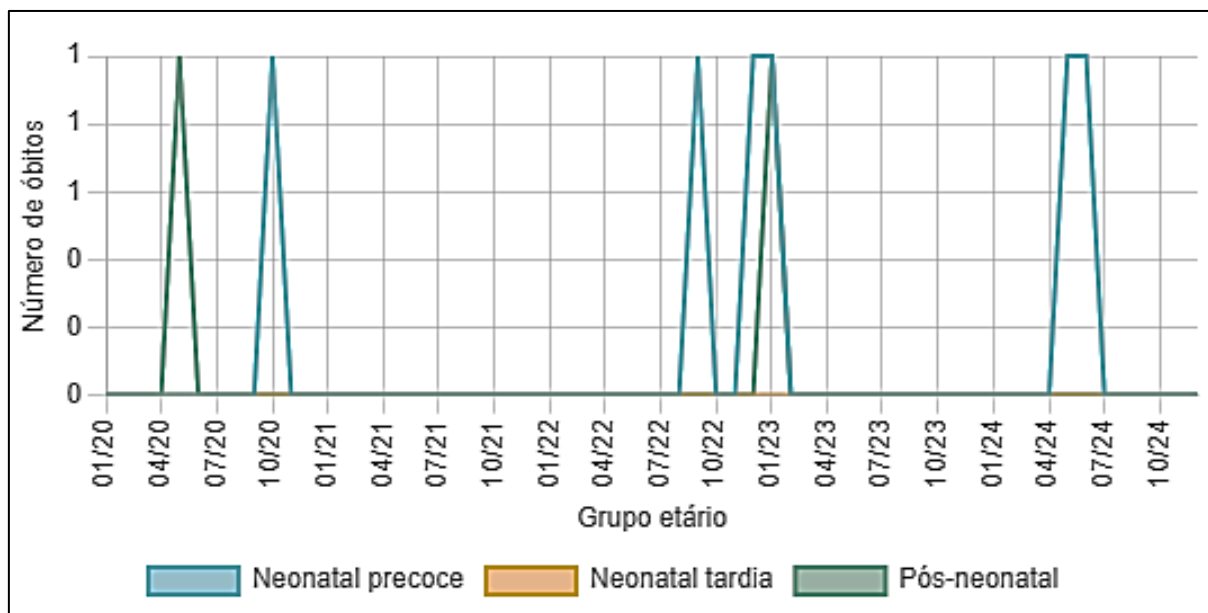
A estabilidade dos óbitos neonatais precoces (presentes em quase todos os anos) aponta para uma "mortalidade evitável" por meio de intervenções na rede cegonha (Figura 10). É necessária a análise da qualidade das consultas para identificar precocemente riscos como hipertensão específica da gravidez ou infecções urinárias. Conforme o protocolo do Ministério da Saúde, cada óbito registrado nesta tabela deve ser avaliado pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal para identificar a falha no fluxo assistencial.

**Tabela 15** - Tabela de Mortalidade Infantil e Fetal, Saloá, 2020 a 2024

Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2024
Neonatal precoce	1	0	2	1	2
Neonatal tardia	0	0	0	0	0
Neonatal	1	0	2	1	2
Pós-neonatal	1	0	0	1	0
Infantil	2	0	2	2	2

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

**Figura 10** - Tabela de Mortalidade Infantil e Fetal, Saloá-PE, 2020 a 2024



## 7 ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A rede municipal de saúde é composta por serviços organizados em diferentes níveis de atenção, com destaque para a **Atenção Primária à Saúde (APS)** como principal porta de entrada do sistema.

No município, a APS é estruturada por meio de equipes da **Estratégia Saúde da Família (ESF)**, responsáveis pelo acompanhamento territorializado da população, desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e acompanhamento de condições crônicas.

Além das unidades básicas de saúde, a rede municipal conta com serviços de apoio diagnóstico e atendimento ambulatorial, sendo que procedimentos de **média e alta complexidade** são, em grande parte, referenciados para municípios da rede regional de saúde.

A organização da rede assistencial demanda permanente articulação entre os diferentes níveis de atenção, com vistas à garantia da integralidade do cuidado e à melhoria do acesso da população aos serviços de saúde.

A análise situacional evidencia alguns desafios estratégicos para o fortalecimento do Sistema Municipal de Saúde, entre os quais destacam-se:

- qualificação da cobertura da Atenção Primária à Saúde;
- fortalecimento das ações de vigilância em saúde;
- melhoria do acesso a consultas especializadas e exames;
- fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- qualificação da gestão e do planejamento em saúde;
- ampliação da articulação regional para garantia da integralidade da atenção.

A partir dessa análise, foram definidas as diretrizes e prioridades que orientam o presente Plano Municipal de Saúde, buscando responder às necessidades identificadas e promover a melhoria contínua das condições de saúde da população.



## 7.1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços) conforme dispõem o art. 198 da Constituição Federal. O SUS é um sistema integrado, *organizado em rede* regionalizada e hierarquizada, definindo o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

## 7.2 REDE ASSISTENCIAL

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na competência novembro/2025 (Tabela 16) apresentava 25 estabelecimentos de saúde cadastrados, 20% privados e 80% públicos, e 100% deles sob gestão municipal.

**Tabela 16** - Quantitativo de estabelecimentos cadastrados no CNES, segundo tipo de gestão, Saloá, nov/25

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão	Tipo de Prestador	Número	%
POSTO DE SAUDE	Municipal	Público	1	4%
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	Municipal	Público	9	36%
HOSPITAL GERAL	Municipal	Público	1	4%
CONSULTORIO ISOLADO	Municipal	Privado	5	20%
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	Municipal	Público	3	12%
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCI	Municipal	Público	1	4%
FARMACIA	Municipal	Público	1	4%
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	Municipal	Público	1	4%
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	Municipal	Público	1	4%
POLO ACADEMIA DA SAUDE	Municipal	Público	1	4%
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	Municipal	Público	1	4%

Fonte: CNES/DATASUS

De acordo com os dados do CNES, a rede própria da Secretaria Municipal de Saúde, em 2025, é composta de 20 pontos de atenção: 08 Central de Gestão em Saúde, 01 Posto de Saúde, 09 Centros de Saúde/Unidade Básica Médica das Urgências, 12 Centros de Atenção Psicossocial, 83 Centro de Saúde/Unidade Básica,



1 Hospital Geral, 1 Clínica/Centro de Especialidade, 1 Unidade Móvel Pré-Hospitalar, 1 Farmácia, 1 Central de Gestão, 1 Centro de Atenção Psicossocial, 1 Polo de Academia da Saúde e 1 Central de Abastecimento.

### 7.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve atuar como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por resolver a maior parte das necessidades de saúde da população e por coordenar o cuidado em rede. Sua função essencial é tanto a resolutividade dos casos mais prevalentes quanto o ordenamento dos fluxos de referência e contrarreferência para os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado. Dessa forma, a APS constitui a base estruturante do SUS e exerce papel ordenador em um sistema hierarquizado.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade, com foco nos problemas mais frequentes e relevantes. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é compreendida como a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família (USF).

No município de Saloá, existem oito USF, todas com equipes de Saúde Bucal, sendo quatro localizadas na zona rural e quatro na zona urbana. A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) conta com 39 ACS, que atuam na aproximação entre os serviços e a comunidade, fortalecendo o vínculo e a territorialização das ações. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (ENASF-AB) é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de forma integrada com as ESF e com a Academia da Saúde, compartilhando práticas e apoiando a atenção nos territórios.

A Academia da Saúde de Saloá, inaugurada em dezembro de 2014, constitui uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, complementando as ações da ESF, do NASF-AB e da Vigilância em Saúde. Atualmente, conta com a atuação de um educador físico e um fisioterapeuta, ampliando as possibilidades de cuidado integral e comunitário. O Centro de Especialidades Odontológicas – CEO -



**Tipo I** oferece assistência odontológica específica, funcionando como um elo entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade, garantindo integralidade e continuidade do cuidado em saúde bucal.

#### 7.4 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica incorpora a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais. Saloá tem uma rede própria especializada composta por um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, um Laboratório de Análises Clínicas próprio, um ambulatório de Especialidades e Serviço de Reabilitação.

#### 7.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, na Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013.

A Vigilância em Saúde em Saloá, constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo as atividades específicas da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária.

#### 7.6 TRABALHADORES DE SAÚDE

Os números mostram (Tabela 17) que, na administração pública, há uma alta proporção de contratos temporários e cargos em comissão (142 em 2021, chegando a 163 em 2023, e caindo para 126 em 2024). Esse padrão indica instabilidade laboral, já que vínculos precários tendem a gerar rotatividade de profissionais, dificultando a continuidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo com a comunidade.



**TABELA 17** - Postos de trabalho ocupados por ocupação e forma de contratação, SALOÁ, 2025

Administração	Forma de contratação	Médicos	Enfermeiros	Outros nível superior	Nível médio	ACS
Pública (NJ grupo 1)	Autônomos (0209, 0210)	11	14	28	51	0
	Bolsistas (07)	0	2	0	0	0
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	2	3	6	13	13
	Intermediados por outra entidade (08)	11	2	5	3	2
	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	4	3	1	17	26
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	3	0	0	0	0

Fonte: CNES/DATASUS

Os vínculos mais estáveis (estatutários e empregados públicos) caíram de 43 em 2021 para 37 em 2024 (Tabela 18). Essa redução pode comprometer a capacidade resolutiva da Atenção Primária, pois profissionais com vínculo permanente costumam ter maior inserção territorial, continuidade de atuação e acúmulo de experiência. O número de trabalhadores intermediados por outra entidade aumentou de 4 em 2021 para 11 em 2024. Esse modelo pode ampliar a força de trabalho, mas também traz desafios de gestão e integração, já que os profissionais podem ter menor vínculo institucional com a rede municipal.

**Tabela 18** - Evolução temporal dos vínculos (2021–2024), SALOÁ-PE

Administração	Forma de contratação	2021	2022	2023	2024
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	0	3	3	3
	Autônomos (0209, 0210)	0	1	1	1
Pública (NJ grupo 1)	Bolsistas (07)	0	5	5	5
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	43	41	40	37
	Intermediados por outra entidade (08)	4	11	9	11
	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	142	148	163	126

Fonte CNES/DATASUS

O cenário de Saloá revela uma APS sustentada por vínculos precários, com redução de trabalhadores estáveis e aumento de contratos temporários e terceirizados. Isso pode gerar fragilidade na assistência, especialmente na Estratégia



Saúde da Família, que depende da continuidade, vínculo e territorialização. Para fortalecer a rede, seria estratégico ampliar vínculos permanentes, investir em educação permanente e consolidar equipes multiprofissionais com estabilidade, garantindo maior resolutividade e coordenação do cuidado.

## 7.7 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

A assistência hospitalar é caracterizada pelo atendimento curativo e de reabilitação à população, dotado da capacidade de internamento, de ambulatório e diagnóstico e terapêutica. Objetiva organizar a atenção às urgências nos hospitais, atendendo à demanda espontânea e/ou referenciada, e funcionar como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade. O município de Saloá possui um Hospital Geral com 13 leitos, sendo três de clínica cirúrgica, cinco de clínica médica, três de obstetrícia e dois de pediatria (Tabela 19). Está inserido na Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (5 a 30 leitos), com contrato de metas com o Governo de Pernambuco.

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. A assistência de Urgência e Emergência em Saloá é prestada através de um Serviço Móvel de Pronto Atendimento – SAMU.

**Tabela 19** - Número leitos por especialidade, SALOÁ-PE, 2025

Tipo de Leito	Quantidade
CIRÚRGICO	3
CLÍNICO	20
OBSTÉTRICO	3
PEDIÁTRICO	4
TOTAL GERAL	30

Fonte: CNES/DATASUS

## 7.8 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e



avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde). O município de Saloá conta com uma Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF, responsável pelo fornecimento de medicamentos e insumos essenciais a todos as unidades dispensadoras nas Estratégias de Saúde da Família, na Farmácia Hospitalar e Centro de Apoio Psicossocial. A Portaria GM/MS 1.214 de 2012 instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR - SUS), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada. Entendendo a importância desse programa, o município de Saloá assinou o Termo de adesão e vem cumprindo com as metas estabelecidas, garantindo o recurso repassado pelo Ministério da Saúde.

## 8 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SALOÁ

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos do SUS que articulam diferentes pontos de atenção para garantir integralidade, equidade e continuidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial e coordenadora dessas redes, ordenando os fluxos de referência e contrarreferência. No município de Saloá, estão estabelecidas as seguintes redes:

### 8.1 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA / APS:

- 8 Unidades de Saúde da Família (USF), todas com equipes de Saúde Bucal.
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (38 ACS).
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Rede de Saúde Bucal:
- Equipes de Saúde Bucal nas USF
- CEO Tipo 1.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo I), que garante acesso a endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e atendimento a pacientes com necessidades especiais. No contexto de Saloá, essa política fortalece a articulação



entre a APS e os serviços de média complexidade, reduzindo filas de espera e garantindo maior integralidade do cuidado. Assim, contribui para consolidar a rede municipal e ampliar a resolutividade do SUS local.

## 8.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS):

A **RAPS** é a estrutura do SUS que organiza, articula e integra os serviços de saúde mental em todo o Brasil. Seu objetivo é garantir o cuidado integral e contínuo de pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A rede foca em um modelo de cuidado em liberdade, garantindo que o paciente circule pelo seu território, mantendo-se próximo à sua família e comunidade.

- CAPS municipal, articulado com APS e serviços especializados.

## 8.3 REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Rede de Vigilância em Saúde é a estratégia do SUS para monitorar, prevenir e controlar doenças, riscos e agravos à população. Ela atua de forma contínua integrando ações de promoção à saúde e proteção territorial

- Vigilância epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador.

## 8.4 REDE MATERNO-INFANTIL (REDE ALYNE):

- Ações de pré-natal, parto e puerpério, além de acompanhamento de crianças nos primeiros anos de vida (UBS, Ambulatório de especialidades e Parto).

## 8.5 REDE DE URGÊNCIA e EMERGÊNCIA

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do SUS conecta diversos serviços de saúde para garantir atendimento rápido e humanizado em situações críticas. Ela organiza o fluxo do paciente desde o socorro imediato no local até o suporte hospitalar avançado:

- SAMU – UNIDADE BÁSICA
- HOSPITAL JOSINA GODOY – ATENDIMENTO DE UE

Embora não seja uma rede temática formal, a política Aqui Tem Mais Especialistas (Ministério da Saúde, 2023) funciona como uma estratégia indutora da



Rede de Atenção Especializada, ampliando o acesso da população a consultas e procedimentos em áreas de maior demanda reprimida, como cardiologia, ortopedia, oftalmologia, ginecologia e odontologia.

## 9 PRODUÇÃO AMBULATORIAL SALOÁ

A análise da série histórica da produção ambulatorial do município de Saloá (Tabela 20) entre os anos de 2020 e 2024 revela um crescimento de 118,6%, saltando de 55.868 registros em 2020 para 122.161 em 2024. Este aumento expressivo reflete a consolidação da rede após o período crítico da pandemia de COVID-19 e um esforço da gestão em ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. O perfil assistencial de Saloá é fortemente caracterizado pela predominância do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos). Em 2024, este grupo respondeu por 71,98% da produção total (87.930 procedimentos). O Grupo 02 (Procedimentos com Finalidade Diagnóstica) apresentou um salto qualitativo em 2024, atingindo 30.265 procedimentos (24,77% da produção). Este movimento é positivo, pois indica que a ampliação das consultas clínicas está sendo acompanhada pela oferta de exames, reduzindo o tempo de espera para o fechamento de diagnósticos e início de tratamentos. Nota-se uma aparente redução nas ações do Grupo 01 (Promoção e Prevenção) nos sistemas ambulatoriais de média complexidade (SIA/SUS). Contudo, é necessário considerar o desmembramento dos sistemas de informação. Com a consolidação do e-SUS APS/SISAB como ferramenta principal de registro da Atenção Primária, a produção preventiva de base territorial (visitas domiciliares, consultas programáticas e ações coletivas) migrou para esta plataforma específica.

**Tabela 20** - Quantidade apresentada de procedimentos ambulatoriais por grupo realizados pelo SUS, SALOÁ, PE, 2020 A 2024

Grupo procedimentos	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
<b>01 Acoes de promocao e prevencao em saude</b>	660	1,18	746	1,19	926	1,10	804	0,80	475	0,39
<b>02 Procedimentos com finalidade diagnostica</b>	12.830	22,96	16.720	26,59	20.837	24,82	14.924	14,90	30.265	24,77
<b>03 Procedimentos clinicos</b>	40.253	72,05	44.021	70,01	60.514	72,08	82.697	82,56	87.930	71,98
<b>04 Procedimentos cirurgicos</b>	1.016	1,82	1.067	1,70	1.356	1,62	1.305	1,30	1.170	0,96
<b>07 Orteses, proteses e</b>	170	0,30	322	0,51	316	0,38	435	0,43	296	0,24



<b>materiais especiais</b>										
<b>08 Acoes complementares da atencao a saude</b>	939	1,68	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2.025	1,66
<b>TOTAL</b>	55.868	100,00	62.876	100,00	83.949	100,00	100.165	100,00	122.161	100,00

Fonte: SIA/SIH/DATASUS

Em relação à produção de serviços a Atenção Primária à Saúde (APS) apresentou uma trajetória de expansão significativa no último período. A análise da produção assistencial entre 2020 e 2024 (Tabela 21) revela o esforço das equipes na retomada das atividades pós-pandemia e a consolidação de estratégias de territorialização. O indicador que apresentou o crescimento mais expressivo foi o de **Visitas Domiciliares**, saltando de 79.553 em 2020 para 239.721 em 2024. Este aumento de aproximadamente 201% indica uma forte presença das equipes, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no território. Isso representa uma maior busca ativa e monitoramento de grupos vulneráveis (hipertensos, diabéticos, gestantes), essencial para a prevenção de agravos e redução de internações por condições sensíveis à atenção primária. No Atendimento Individual observou-se um salto relevante entre 2021 (25.677) e 2022 (40.796), seguido de uma estabilização na casa dos 34 mil atendimentos anuais, com nova tendência de alta para 37.732 em 2025. Essa estabilidade sugere que a rede atingiu um patamar de ocupação das agendas que demanda avaliação da capacidade instalada frente à demanda crescente. A produção de procedimentos mais que dobrou no período, saindo de 23.563 para 56.471. Este dado reforça o aumento da resolutividade nas Unidades Básicas de Saúde, reduzindo a necessidade de encaminhamentos para a rede especializada para cuidados simples.

O Atendimento Odontológico, diferente das demais linhas, atingiu seu pico em 2022 (11.960 atendimentos), mas apresenta uma curva de declínio gradual, chegando a 8.872 em 2024. Este cenário requer uma análise para identificar se a redução decorre de vacância de profissionais, problemas na infraestrutura dos consultórios ou falhas no fluxo de agendamento, visto que a saúde bucal é indissociável da saúde integral.

**Tabela 21** - Produção da Atenção Básica, Saloá, PE, 2020-2024

Tipo de Produção	2020	2022	2023	2024	Evolução (%)
------------------	------	------	------	------	--------------



Visita Domiciliar	79.553	114.892	205.375	239.721	201%
Atendimento Individual	23.487	40.796	34.420	37.732	60%
Procedimento	23.563	49.389	50.605	56.471	139%
Atendimento Odontológico	5.329	11.960	9.434	8.872	66%

Fonte: SISAB

O foco do quadriênio deverá ser a manutenção do alto índice de visitas domiciliares, transformando esse alcance em melhora dos indicadores de saúde (como controle de HbA1c e cobertura vacinal), e a recuperação da capacidade produtiva da Saúde Bucal.

No ano de 2025 o município de Saloá, através do resultado dos indicadores do **SISAB/Previne Brasil**, (Figura 11) foi posicionado na elite da gestão estadual (9º lugar em Pernambuco), mostrando o reflexo de uma rede organizada, onde a Atenção Primária cumpre seu papel de ordenadora do cuidado, refletindo em indicadores de saúde de excelência e garantindo a sustentabilidade financeira do fundo municipal através do alcance das metas federativas.

Figura 11 - Ranking Resultado Previne Brasil, PE

MUNICÍPIO	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	ISF	DESEMPENHO
1º BREJÃO - PE	88	98	92	56	96	84	85	10.00	871.00
2º CASINHAS - PE	78	94	96	59	100	74	76	10.00	847.00
3º BUÍQUE - PE	85	99	92	62	97	73	72	10.00	842.00
4º SANTA TEREZINHA - PE	95	100	89	61	100	67	65	10.00	833.00
5º CAETÉS - PE	80	94	84	72	98	67	70	10.00	814.00
6º ANGELIM - PE	81	97	95	52	98	63	71	10.00	813.00
7º INGAZEIRA - PE	95	100	95	68	100	50	58	10.00	809.00
8º IATI - PE	88	96	93	51	100	60	58	10.00	799.00
9º SALOÁ - PE	88	96	91	48	100	61	63	10.00	799.00

## 10 PRODUÇÃO HOSPITALAR SALOÁ

A assistência hospitalar no município deve ser compreendida não como um ente isolado, mas como um ponto de atenção crítico que responde às demandas não resolvidas na Atenção Primária ou que exigem maior densidade tecnológica. A evolução dos valores e da composição por especialidade (Tabela 22) revela mudanças estruturais importantes no perfil assistencial.

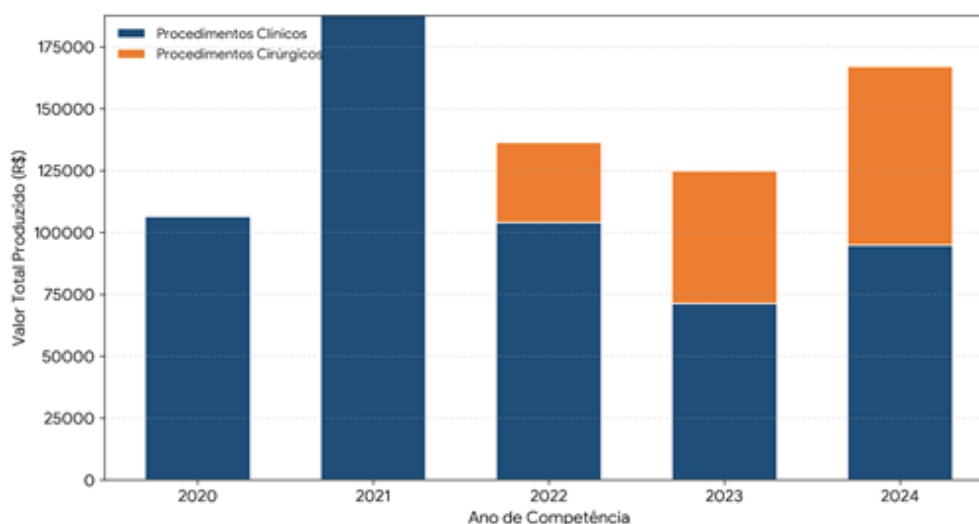
Historicamente, o leito **Clínico** detém a maior participação na produção hospitalar. Em 2021, observou-se um pico de **87,74%** da produção voltada à clínica



médica (R\$ 164.695,63). Este período reflete o impacto direto da pandemia de COVID-19, onde a estrutura hospitalar foi massivamente drenada para o manejo de condições respiratórias e complicações clínicas. Nos anos subsequentes (2022-2024), há uma redução percentual da clínica médica para o patamar de **44,17%**, o que indica uma "normalização" do sistema e a retomada de outras especialidades. Um dado de destaque é o crescimento exponencial da produção em **Obstetrícia** e **Pediatria**. **Obstetrícia** apresentou uma evolução significativa, atingindo seu ápice em 2024 com **33,89%** da participação total (R\$ 56.607,37). Esse aumento sugere um fortalecimento da rede de cegonha local e uma maior resolutividade do parto no próprio município, reduzindo a necessidade de encaminhamentos externos. A **Pediatria** saltou de uma participação residual de 0,36% em 2020 para **8,30%** em 2024. Segundo Vilaça Mendes, esse fortalecimento das linhas de cuidado específicas é essencial para a redução da mortalidade infantil e melhoria do vínculo com a comunidade.

A produção em leitos **Cirúrgicos**, inexistente nos anos de 2020 e 2021 (foco total em resposta à crise sanitária), ressurgiu em 2022 e manteve-se relevante. Em 2023, atingiu **29,09%** da produção.

Figura 12 - Histórico Internação por grupo procedimentos, Saloá, 2020 a 2024



A análise dos valores financeiros processados (2020-2024) apresentados na Tabela 23, revela uma mudança qualitativa na capacidade de resposta do hospital municipal às necessidades da população. Conforme demonstrado no Figura 12, a



rede hospitalar de Saloá superou o modelo de assistência puramente clínica que predominou durante a crise sanitária de 2020-2021. Em 2024, os **Procedimentos Cirúrgicos** passaram a representar **43,19%** do valor total produzido, o que evidencia o sucesso das políticas de redução de filas e o fortalecimento do bloco cirúrgico local. O crescimento do valor total processado — de R\$ 106.493,81 em 2020 para os patamares atuais — reflete não apenas o aumento do volume, mas a incorporação de procedimentos de maior densidade tecnológica, como a ampliação da rede de obstetrícia e pediatria.



Tabela 22 - valor faturado com internações de residentes, capítulo do CID 10, SALOÁ, 2020 a 2024.

Leito\Especialidade	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
01-Cirúrgico	0	0,00	0	0,00	19.251,86	14,09	36.313,19	29,09	22.774,14	13,64
02-Obstétricos	26.239,20	24,64	22.620,00	12,05	29.147,52	21,33	27.149,43	21,75	56.607,37	33,89
03-Clínico	79.866,44	75,00	164.695,63	87,74	79.237,90	57,99	53.240,18	42,65	73.772,80	44,17
07-Pediátricos	388,17	0,36	386,89	0,21	9.013,57	6,60	8.125,94	6,51	13.867,66	8,30
<b>TOTAL</b>	<b>106.493,81</b>	<b>100,00</b>	<b>187.702,52</b>	<b>100,00</b>	<b>136.650,85</b>	<b>100,00</b>	<b>124.828,74</b>	<b>100,00</b>	<b>167.021,97</b>	<b>100,00</b>

FONTE: MS/SIH/SUS

Tabela 23 - Valor faturado com internações de residentes, por Grupo de Procedimento, SALOÁ, 2020 a 2024

Grupo Proced	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
02 Procedimentos com finalidade diagnostica	0	0,00	0	0,00	191,39	0,14	0	0,00	0	0,00
03 Procedimentos clinicos	106.493,81	100,00	187.702,52	100,00	104.085,47	76,17	71.318,92	57,13	94.877,86	56,81
04 Procedimentos cirurgicos	0	0,00	0	0,00	32.373,99	23,69	53.509,82	42,87	72.144,11	43,19
<b>TOTAL</b>	<b>106.493,81</b>	<b>100,00</b>	<b>187.702,52</b>	<b>100,00</b>	<b>136.650,85</b>	<b>100,00</b>	<b>124.828,74</b>	<b>100,00</b>	<b>167.021,97</b>	<b>100,00</b>

FONTE: MS/SIH/



## 11 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 é o instrumento central de planejamento estratégico do SUS local. Ele consolida a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) alinhando as demandas sociais às diretrizes governamentais, buscando a convergência entre os atores do território.

Em estrita observância à Lei nº 8.142/1990 e à Lei Complementar nº 141/2012, o plano materializa a **participação da comunidade** e o **controle social**. Suas diretrizes, objetivos, metas e indicadores foram pactuados e fundamentados em dois pilares centrais:

- **Resolução CNS nº 715/2023:** Que traz as orientações estratégicas da 17ª Conferência Nacional de Saúde para o PPA e o PNS.
- **Relatório da Conferência Municipal de Saúde de 2026:** Deliberado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Dessa forma, o PMS garante a legitimidade democrática e a base legal necessárias para direcionar as ações e serviços públicos de saúde nos próximos quatro anos.

A partir dos documentos analisados foram definidas as seguintes diretrizes, objetivos e metas para o PMS 2026-2029.

<b>DIRETRIZ Nº 1 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, AMPLIANDO E GARANTINDO O ACESSO, INTEGRALIDADE, COORDENAÇÃO DO CUIDADO E O SEU PAPEL COMO ORDENADORA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.</b>					
<b>OBJETIVO Nº 1.1 - Ampliar e facilitar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, fortalecendo e implementando a Política Nacional Atenção Básica (PNAB) no município através da Estratégia de Saúde da Família, com apoio matricial e assistencial das E-multi e de outros serviços, induzindo à ampliação da cobertura da Atenção Primária a Saúde (APS), de Saúde Bucal e de Saúde Mental e o atendimento integral da pessoa com deficiência.</b>					
Nº	Descrição da Meta		Indicador (Linha-Base)		Meta Prevista



		Indicador para monitoramento e avaliação da meta				Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	2026	2027	2028	2029
			Valor	Ano	Unidade de Medida						
1.1.1	Manter 100% do percentual de cobertura dos programas da PNAB, garantindo o recebimento de recursos financeiros para o seu custeio.	Equipes devidamente cadastradas no CNES.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.2	Manter atualizado o número de usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde, atualizando o mapeamento das áreas das Unidades Básicas de Saúde, para distribuição igualitária da população de acordo com as necessidades das comunidades (Conferência de Saúde).	Número de cadastros individuais da Atenção Primária à Saúde/número total população estimada pela atenção primária x100	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.3	Promover ações de educação em saúde com foco na promoção e prevenção da saúde mental em todo o território, inclusive em parcerias com outros setores (educação, assistência social, cultura, etc) ampliando os cuidados e o acesso da população à política de saúde mental no município.	Número de ações realizadas	-	-	Número	12	Número	3	3	3	3
1.1.4	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde bucal da atenção primária, aumentando a oferta de atendimentos odontológicos até 2029 (Conferência de Saúde)	Razão entre atendimentos odontológicos e população cadastrada (SISAB)	-	-	Razão	20,00	Razão	5,00	5,00	5,00	5,00
1.1.5	Reduzir em 15% a taxa de internações por complicações cardiovasculares e respiratórias crônicas até 2029.	Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária / 10.000 hab.	20,94	2024	Taxa	15,00	Taxa	3,75	3,75	3,75	3,75
1.1.6	Desenvolver ações de promoção à saúde em todos os equipamentos de educação pactuados para o Programa Saúde na Escola.	Percentual de estabelecimentos pactuados atendidos	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00



1.1.7	Requalificar a estrutura física e os equipamentos das Unidades Básicas de Saúde e pontos de apoio (Conferência de Saúde)	Unidades e pontos de apoio com ações de requalificação.	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
1.1.8	Elaborar cronogramas para a realização de ações em saúde nas comunidades mais distantes das unidades, com garantia de espaço adequado para realização das mesmas, através do levantamento das áreas de cada ACS (Conferência de Saúde)	Número de comunidades atendidas	-	-	Número	6	Número	2	2	2	2
1.1.9	Desenvolver ações de matriciamento entre os equipamentos de saúde e as demais secretarias do município (Conferência de Saúde)..	Número de reuniões por ano com as demais secretarias municipais.	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2

**DIRETRIZ Nº 2 - GARANTIR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS EM SEUS DIFERENTES CICLOS DE VIDA E DOS SEGMENTOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO ESTIMULANDO O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL E FORTALECENDO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO, COM A GARANTIA DE ACESSO A TODAS AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E TRATAMENTO DISPONÍVEIS NO SUS.**

**OBJETIVO Nº 2.1 - Fomentar mecanismos de cuidado integral e hierarquizado nos diferentes níveis de atenção existentes na rede de atenção e qualificar o cuidado em saúde nos diferentes ciclos de vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) e segmentos específicos da população: população negra, indígenas, comunidade LGBTQIA+, pessoas com deficiência, entre outros, em suas diferentes dimensões e necessidades.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
2.1.1	Garantir que 95% das gestantes iniciem o pré-natal até a 12ª semana e que 95% realizem 7 ou mais consultas.	Percentual de gestantes realizando 7 ou mais consultas pré-natal	90,71	2024	Percentual	95,00	Percentual	92,00	93,00	94,00	95,00
2.1.2	Vacinar 95% das gestantes, conforme Política Nacional de Imunização, fornecendo as vacinas contra: Hepatite B; tríplice bacteriana acelular do tipo adulto dTpa (difteria + tétano + coqueluche); influenza e COVID-19.	Percentual de gestantes vacinadas conforme Política Nacional de Imunização	-	-	Percentual	95,00	Percentual	95,00	95,00	95,00	95,00
2.1.3	Diminuir baixo peso ao nascer para ≤6% até 2029, garantindo nutrição adequada.	Percentual de Nascidos Vivos com	10,93	2024	Percentual	6,00	Percentual	1,50	1,50	1,50	1,50
2.1.4	Reduzir até 2029 a 13,27% a incidência de gravidez na adolescência.	Reduzir gravidez na adolescência para ≤13,27% até 2029	14,75	-	Percentual	13,27	Percentual	12,16	12,53	12,90	13,27



2.1.5	Fortalecer rede obstétrica local.	Nascidos Vivos ocorridos em Saloá ≥50%	46,45	2024	Percentual	50,00	Percentual	0,88	0,88	0,88	0,88
2.1.6	Reduzir o número de óbitos maternos em 50%.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	2,00	2024	Percentual	4	Número	1	1	1	1
2.1.7	Ampliar o acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina ofertando cobertura de 80% de citopatológico (Papanicolau) para mulheres de 25-64 anos.	Razão de exames citopatológicos realizados / População alvo feminina.	-	-	Percentual	80,00	Percentual	20,00	20,00	20,00	20,00
2.1.8	Cobertura de 70% de mamografias para mulheres de 50-69 anos (conforme diretrizes do INCA).	Razão de exames citopatológicos realizados / População alvo feminina.	-	-	Percentual	70,00	Percentual	30,00	40,00	50,00	70,00
2.1.9	Realizar avaliação clínica e estratificação de risco cardiovascular e prostático em 60% dos homens acima de 45 anos até 2029.	Percentual de homens de 45+ com cadastro atualizado e consulta médica registrada no ano.	-	-	Percentual	60,00	Percentual	20,00	30,00	40,00	60,00
2.1.10	Executar ações de Saúde Integral à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais para promoção do acesso integral à saúde.	Número de ações de promoção e vigilância em saúde, educação permanente e educação popular em saúde, mobilização, articulação, participação e controle social, e monitoramento e avaliação das ações de saúde realizadas para a população LGBTQIA+.	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
2.1.11	Ofertar ações, atendimento e acompanhamentos para os adolescentes envolvendo os temas Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde Mental e Prevenção do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas; Prevenção de Violências e Promoção de Cultura de Paz, dentre outros em 100% das Equipes de Saúde da Família e equipes de apoio multiprofissionais.	Número de ações realizados para adolescentes	-	-	Número	100	Número	25	25	25	25
2.1.12	Ampliar, qualificar e diversificar o número de ações e atendimentos estratégicos para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências, na Atenção Básica, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades	Percentual da população específica cadastrada nas Unidades de Saúde	-	-	Percentual	70,00	Percentual	70,00	70,00	70,00	70,00
2.1.13	Realizar ações educativas e/ou campanhas publicitárias para sensibilizar a população usuária do SUS quanto à corresponsabilização pelo autocuidado nos tratamentos, assumindo o protagonismo com relação a sua saúde.	Número de ações educativas e/ou campanhas publicitárias realizadas	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
2.1.14	Manter e aprimorar a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.	Rede de atenção a pessoas idosa mantida e aprimorada	-	-	Número	1	Número	1	1	1	1
2.1.15	Manter ações de monitoramento das doenças crônicas de alto risco direcionando o cuidado para APS de acordo com fluxos estabelecidos.	Ações de monitoramento das doenças crônicas mantidas	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00



2.1.16	Garantir acompanhamento integral da saúde infantil, com ações de promoção, apoio ao aleitamento, hábitos saudáveis, vacinação, prevenção de agravos, acidentes e violência, asseguradas em todas as Equipes de Saúde da Família e multiprofissionais.	Cobertura de acompanhamento integral da saúde infantil (consultas de puericultura, Cobertura vacinal, atividades coletivas voltadas para saúde infantil)	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.17	Priorizar populações em situação de vulnerabilidade.	Percentual de ações realizadas em territórios prioritários	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.18	Fortalecer a Política nacional de gestão territorial e ambiental quilombola (PNGTAQ) em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS.	Ações da Política implantadas	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 3 - AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO, COM QUALIDADE, AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS PROMOVEDO O SEU USO RACIONAL.**

**OBJETIVO Nº 3.1** - Ampliar o acesso da população, em tempo oportuno, aos medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, com qualidade e uso adequado no Sistema Único de Saúde, garantindo o atendimento humanizado e a equidade.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
3.1.1	Participar do Programa QUALIFAR SUS visando garantir o acesso integral e equitativo aos serviços farmacêuticos, contribuindo para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde.	Executar as ações elencadas nos Eixos do Qualifar-SUS (estrutura, educação, informação e cuidado)	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.2	Revisar e publicar anualmente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, garantindo que o estoque cubra 100% das patologias prevalentes no município.	Percentual de estabelecimentos de saúde do município que receberam a divulgação da REMUME atualizada em consonância com a RENAME.	-	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.3	Implantar sistema de controle de estoque em tempo real em todas as Unidades Básicas para evitar o vencimento de fármacos e o desabastecimento.	Percentual de UBS com o sistema implantado.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	20,00	40,00	70,00	100,00



**DIRETRIZ Nº 4 - AMPLIAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E/OU QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, DA REGULAÇÃO DA SAÚDE, GARANTINDO A OFERTA DE SERVIÇOS COM QUALIDADE E EM TEMPO OPORTUNO À POPULAÇÃO.****OBJETIVO Nº 4.1 -** Ampliar e garantir acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, garantindo a equidade no atendimento, a qualidade assistencial, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
4.1.1	Manter os serviços de atenção especializada do município com funcionamento adequado (espaço físico e insumos) e equipes cadastradas, para garantir o financiamento tripartite.	Unidades mantidas e cadastradas	-	-	Número	4	Número	4	4	4	4
4.1.2	Descentralizar a realização de coleta de exames laboratoriais nas UBSs, incluindo a coleta no domicílio, assegurando todos os exames da tabela SUS atualizada (Conferência de Saúde).	Percentual de UBS com coleta implantada	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
4.1.3	Realizar mutirão de atendimentos em diversas especialidades.	Número de mutirões realizados	-	-	Número	12	Número	3	3	3	3
4.1.4	Contratualização de serviço complementar com o objetivo de redução da fila de espera para as especialidades e exames não realizados no território, ou com demanda insuficiente.	Redução de 90% da fila de espera registrada	-	-	Percentual	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
4.1.5	Desenvolver ações intra e intersetoriais objetivando qualidade de vida, reinserção e reabilitação psicossocial.	Percentual de usuários com a necessidade detectada com acompanhamento	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
4.1.6	Manter monitoramento mensal contínuo da oferta de consultas e exames especializados e das filas de espera por meio de avaliação de relatórios.	Número de relatórios elaborados e divulgados	-	-	Número	48	Número	12	12	12	12
4.1.7	Fortalecer as ações e programas da rede de Urgência Emergência (Conferência de Saúde).	Rede mantida e profissionais capacitados	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
4.1.8	Fortalecer a coordenação de cuidado entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Rede de Atenção Psicossocial de Saúde (RAPS).	Número de capacitação da equipe do SAMU realizada	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
4.1.9	Manter o atendimento às vítimas de violência sexual em conformidade com a Norma Técnica do Ministério da Saúde de Atenção Humanizada às Pessoas em situação de violência sexual.	Percentual dos casos notificados com acompanhamento multiprofissional	-	-	Percentual	80,00	Percentual	20,00	50,00	70,00	80,00
4.1.10	Garantir assistência aos usuários com doenças relacionadas ao trabalho.	Percentual de atendimentos aos usuários com doenças relacionadas ao trabalho realizados	-	-	Índice	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00



4.1.11	Fortalecer a rede municipal para acolhimento do paciente psiquiátrico em crise (Conferência de Saúde).	Serviços da rede municipal com profissionais capacitados	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>DIRETRIZ Nº 5 - AMPLIAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, CONSIDERANDO OS CONDICIONANTES E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, PARA PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO, PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCOS, AGRAVOS E DOENÇAS.</b>											
<b>OBJETIVO Nº 5.1 - Ampliar, qualificar e implementar as Vigilâncias Epidemiológica, Saúde do trabalho, Sanitária e Ambiental, Zoonoses, Violências e Acidentes, nos territórios, em articulação e integrada à Rede de Atenção à Saúde.</b>											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
5.1.1	Garantir as visitas domiciliares para controle da dengue conforme preconizado nas Diretrizes Nacionais.	Número de ciclos com 80% dos imóveis visitados	-	-	Número	4	Número	4	4	4	4
5.1.2	Monitorar amostras de água para consumo humano conforme a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água..	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	-	-	Proporção	95,00	Proporção	95,00	95,00	95,00	95,00
5.1.3	Manter as inspeções conforme pactuado na Programação Anual da Vigilância Sanitária (PAVS).	Percentual de inspeções realizadas	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.4	Promover ações coletivas de educação em saúde com a comunidade, enfatizando a importância de vacinação para a prevenção de doenças e combatendo a circulação de informações falsas.	Número de ações realizadas	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
5.1.5	Atingir cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.	Número de vacinas com a cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde atingida	-	-	Número	7	Número	7	7	7	7
5.1.6	Realizar vigilância, investigação e análise dos óbitos infantis (0 a 11m30d) infância (1ano a 4a11m30d), fetais, maternos e de mulheres em idade fértil.	Percentual dos óbitos investigados e analisados.	-	-	Percentual	95,00	Percentual	95,00	95,00	95,00	95,00
5.1.7	Analisar os casos de violência, suspeitos e ou confirmados de pessoas atendidas nos serviços de saúde.	Percentual de casos de violência, suspeitos e ou confirmados analisados	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.8	Reduzir em 100% a mortalidade infantil.	Número de óbitos infantis ocorridos no ano de residentes do município	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
5.1.9	Realizar vigilância e análise dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito.	Percentual de análise dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito	-	-	Percentual	80,00	Percentual	80,00	80,00	80,00	80,00
5.1.10	Manter ações contínuas de prevenção às IST, HIV aids e Hepatites Virais principalmente junto aos	Número de ações coletivas ou pontuais realizadas	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2



	jovens, profissionais do sexo, HSH, travestis e transexuais.										
5.1.11	Alimentar todos os bancos de dados da Vigilância em Saúde.	Banco de dados atualizados mensalmente	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.12	Intensificar educação sobre consumo de água potável (Conferência de Saúde).	População alvo atingida	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.13	Educação permanente para a população e responsáveis pela coleta do lixo em relação a separação do lixo de forma correta (Conferência de Saúde).	Número de campanhas realizadas	-	-	Número	8	Número	2	2	2	2
5.1.14	Desenvolver ações e projetos para os cuidados com animais de rua (Conferência de Saúde).	Campanha realizada	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
5.1.15	Implantar e consolidar as ações de equipes multidisciplinares de Saúde do Trabalhador em 80% das microempresas, comércio e indústrias cadastradas no município até o final do quadriênio(Conferência de Saúde).	Alcançar, anualmente, 80% de cobertura de inspeções e programas de promoção à saúde promovidos por equipes multidisciplinares nos estabelecimentos comerciais e industriais prioritários do município	-	-	Percentual	80,00	Percentual	80,00	80,00	80,00	80,00
5.1.16	Fortalecer e ampliar a política para estabelecer pontos estratégicos de vacinação e atendimentos para pessoas com vulnerabilidade social e difícil acesso a serviços de saúde (Conferência de Saúde).	Percentual da população dentro dos critérios atendida.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.17	Garantir o cumprimento de 90% das metas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde-PQAVS	Resultado obtido na pactuação	-	-	Percentual	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
5.1.18	Alcançar e manter, anualmente, a cobertura vacinal mínima de 80% da população estimada de cães e gatos do município durante as campanhas de vacinação antirrábica.	Cobertura vacinal alcançada	-	-	Percentual	80,00	Percentual	80,00	80,00	80,00	80,00

**DIRETRIZ Nº 6 - FORTALECER AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO E DE GESTÃO DO TRABALHO NO SUS CONTRIBUINDO PARA A FORMAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROMOVENDO A VALORIZAÇÃO DOS SERVIDORES, AMPLIANDO SUA CAPACIDADE DE CUIDAR; AVANÇAR NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA TODAS AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, COM OS OBJETIVOS DE SENSIBILIZAR PARA O ATENDIMENTO COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE, COMBATER O PRECONCEITO, A DISCRIMINAÇÃO E PROMOVER A INCLUSÃO DAS POPULAÇÕES E GRUPOS POPULACIONAIS MAIS VULNERÁVEIS.**

**OBJETIVO Nº 6.1** - Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde no âmbito municipal.

Nº	Descrição da Meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Prevista
----	-------------------	------------------------	---------------



		Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	2026	2027	2028	2029
			Valor	Ano	Unidade de Medida						
6.1.1	Garantir que, no mínimo, 80% dos profissionais de saúde da rede municipal (efetivos, contratados e comissionados) participem de pelo menos uma ação de Educação Permanente em Saúde (EPS) por ano (Conferência de Saúde)	Proporção de servidores qualificados em EPS	-	-	Proporção	80,00	Proporção	80,00	80,00	80,00	80,00
6.1.2	Implantação de um Núcleo municipal de Educação Permanente com participação de diversos segmentos de profissionais, para receber, analisar, priorizar e planejar ações para qualificação dos servidores (Conferência de Saúde).	Núcleo em funcionamento	-	-	Número	1	Número	-	1	-	-
6.1.3	Fortalecer a educação permanente para profissionais de saúde com cursos sobre diversidade social e cultural, racismo estrutural e direitos dos povos indígenas e tradicionais (Conferência de Saúde).	Numero de eventos realizados	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
6.1.4	Promover ações educacionais de apoio ao autocuidado relativas à adoção/manutenção de comportamentos saudáveis para os profissionais da rede pública municipal de saúde.	Ações educacionais executadas.	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1

**DIRETRIZ Nº 7 - QUALIFICAÇÃO, MODERNIZAÇÃO E INOVAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO GERAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COM FOCO NA GOVERNANÇA, NA GESTÃO DE PESSOAS, GESTÃO DA INFORMAÇÃO, NO CONTROLE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

**OBJETIVO Nº 7.1 - Aprimorar os mecanismos de controle interno, faturamento do SUS e transparência na aplicação dos recursos financeiros da pasta da Saúde.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
7.1.1	Implantar o monitoramento e a conciliação mensal de 100% dos relatórios de faturamento do SUS (SIA, SIHD e repasses federais/estaduais) confrontados com a execução financeira do fundo municipal de saúde.	Proporção de relatórios de faturamento conciliados mensalmente	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
7.1.2	Alcançar 100% de integração e consistência na alimentação dos sistemas oficiais de informação de todos os serviços da saúde.	Índice de regularidade de envio de dados dos sistemas de informação	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00



**OBJETIVO Nº 7.2 - Promover a otimização da força de trabalho da saúde, garantindo a qualificação contínua e a segurança nos processos administrativos e assistenciais.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida						
7.2.1	Capacitar 100% dos gestores de unidades em ferramentas básicas de gestão pública, planejamento e acolhimento até o 4º ano do plano.	percentual de gestores de unidades capacitados	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
7.2.2	Manter a participação nas reuniões junto as demais esferas de governo visando recursos para o SUS municipal.	Participação nas reuniões junto as demais esferas de governo.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**OBJETIVO Nº 7.3 - Fortalecer o controle social e descentralizar as ações de promoção à saúde, aproximando a gestão da comunidade interna e externa.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida						
7.3.1	Garantir a realização de 100% das reuniões ordinárias previstas do Conselho Municipal de Saúde (CMS), com ampla divulgação pública das contas e relatórios da gestão.	Número de reuniões com prestação de contas apresentada	-	-	Número	12	Número	3	3	3	3
7.3.2	Realizar capacitação anual para conselheiros de saúde e lideranças da comunidade (Conferência de Saúde).	Número de capacitações realizadas	-	-	Número	4	Número	1	1	1	1
7.3.3	Viabilizar a realização da Conferência Municipal de Saúde, e temáticas, de acordo com calendário estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde.	Conferências realizadas de acordo com o calendário	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**OBJETIVO Nº 7.4 - Melhorar a infraestrutura de atendimento da SMS visando qualificação e/ou ampliação de serviços, através de construções e/ou reformas**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida						
7.4.1	Implantar e ampliar a estratégia de Telemedicina nos serviços de saúde.	Número de serviços com Telemedicina implantado	-	-	Número	6	Número	2	2	2	2

**OBJETIVO Nº 7.5 - Aquisição de Veículos, mobiliários e equipamentos para os serviços de saúde, conforme planejamento elaborado baseado na necessidade apresentada.**



PORTAL DA TRANSPARENCIA  
<http://cloud.it-solucoes.inf.br/transparenciaMunicipal/download/23-20260601170442.pdf>  
assinado por: idUser 479

## 12 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

As Diretrizes, Objetivos, Ações, Indicadores e Metas do **PMS 2026-2029** serão sistematicamente apurados e analisados pelas áreas da SMS. Essa prática é fundamental pois, como afirma **Eugênio Vilaça Mendes (2011)**, "o planejamento nas Redes de Atenção à Saúde deve ser um processo de construção contínua, capaz de adaptar-se às rápidas mudanças do perfil epidemiológico e demográfico da população". Os resultados dessa análise irão compor o **Relatório Anual de Gestão (RAG)** e serão disponibilizados no sistema **DIGISUS**. Além da conformidade legal, essa avaliação periódica é essencial para a eficiência administrativa. Segundo **Arretche (2001)**, o monitoramento sistemático no SUS funciona como uma bússola que permite ao gestor identificar hiatos entre o planejado e o executado, garantindo que o recurso público seja aplicado onde a necessidade social é maior. A obrigatoriedade de construção de **Planos de Atividades** com avaliações trimestrais reforça a cultura do monitoramento. **Gastão Wagner de Sousa Campos (2003)** enfatiza que "a avaliação não deve ser vista como um ato punitivo ou meramente burocrático, mas como um momento de 'paideia' — de aprendizado coletivo que permite redirecionar as práticas de cuidado e gestão em defesa da vida".

Ao prever que o Plano Municipal de Saúde é uma ferramenta em **constante edificação e reconstrução**, a gestão reconhece a natureza viva das políticas públicas. Conforme destaca **Teixeira (2010)**, o planejamento em saúde é um processo político-social que exige a articulação constante entre a equipe técnica e o controle social, assegurando que o plano responda, de fato, aos anseios da comunidade.



### 13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde, importante instrumento no processo de planejamento e condução das ações de saúde não se encontra restrito à apresentação formal, devendo ser monitorado e avaliado continuamente pela equipe técnica e controle social, como forma de acompanhamento e comprovação da qualidade da assistência oferecida à população. As ações referentes a esse processo estarão apoiadas em informações técnicas e operacionais, bem como, através das Programações Anuais de Saúde e dos Relatórios Anuais de Gestão, que terão como base a busca dos resultados previstos, que tenham impacto na situação de saúde da população, com otimização de esforços e recursos investidos, demonstrados de forma transparente. As metas apresentadas neste plano reforçam a vontade de avançar no processo democrático de gestão, controle de doenças, fortalecimento do modelo assistencial e controle social, em conformidade com as políticas de saúde estadual e nacional, subsidiando e aperfeiçoando a consolidação do SUS municipal.



## REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Manual de Planejamento em Saúde**. Salvador: SESAB, 2001.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília: Presidência da República, 2007.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica e a obrigatoriedade da notificação de doenças. Brasília, 1975.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2014**. Orientações sobre profilaxia da raiva humana. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento estratégico no SUS**: orientações para elaboração do Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011–2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ)**. Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola**: Plano Operativo Aquilomba SUS 2025–2027. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Consolida normas sobre os sistemas e subsistemas do SUS. Brasília, 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.138/GM/MS, de 23 de maio de 2014.** Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Aqui Tem Mais Especialistas.** Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2020/2021:** uma análise da situação de saúde diante da pandemia de covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://saude.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.** Ficha de Investigação – Atendimento Anti-Rábico Humano. Brasília: Ministério da Saúde.

CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Secretaria Municipal de Saúde de Saloá e unidades vinculadas.** Saloá, 2024.

CONASEMS. **Painel Panorama Municipal – Saloá (PE).** Brasília: CONASEMS, 2024. Disponível em: <https://paineis.conasems.org.br>.

CONASS. **Atenção Primária e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** Brasília: CONASS, 2011.

CONASS. **Painel de monitoramento do excesso de mortalidade no Brasil.** Brasília: CONASS, 2023. Disponível em: <https://conass.org.br>.

DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET):** Mortalidade - Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Morbidade Hospitalar (SIH).** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>.

FIOCRUZ. **Impactos Sociais e Epidemiológicos da Pandemia:** Relatórios de Monitoramento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

FIOCRUZ. **Redes de Atenção à Saúde:** fundamentos e diretrizes. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.



FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades Quilombolas Certificadas**. Brasília: FCP, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Protocolo para profilaxia da raiva humana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025.

IBGE. **Censo Demográfico 2022**: Resultados sobre população quilombola e cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.

IBGE. **Estatísticas do Registro Civil 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.

IBGE. **Estimativas da População Residente – DOU 2025**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

IBGE. **Tábuas de Mortalidade 2024**: Esperança de vida ao nascer. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis: desafios para o alcance das metas dos ODS no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 9, 2025.

MARTINS, R. et al. Tendências da sobremortalidade masculina por causas externas no Brasil: análise do período 2019-2023. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, e240012, 2024.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OMRAN, A. R. The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 1971.

ONU. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova Iorque: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório 2015. Nova Iorque: ONU, 2015.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SALOÁ. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2022–2025**. Saloá: SMS, 2021.

SANTOS, A. M. et al. Excesso de mortalidade geral e mortalidade por COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 2021.



TEIXEIRA, M. B. et al. Mortalidade materna por COVID-19 no Brasil: uma tragédia evitável. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, e320211, 2022.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009.

14

