

Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 de Muquém do São Francisco



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUQUEM DE SÃO FRANCISCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2026-2029 DE MUQUÉM DO SÃO
FRANCISCO

Muquém do São Francisco-BA
2025

COMISSÃO ORGANIZADORA

MOANIA QUEIROZ PASSOS– Secretária Municipal da Saúde

AENES SOUZA SELIS- Coordenadora da Atenção Primária

ALANA CHAGAS DE OLIVEIRA- Coordenadora da Vigilância Epidemiológica

FLAVIA MAIARA ALVES DE OLIVEIRA-Apoiadora da Atenção Primária

FRANCISCO ANTÔNIO VITÓRIA LIMA- Assessor administrativo

GENY KAYANNE DOS SANTOS SANTANA- Coordenadora da Assistência Farmacêutica
Municipal

LETÍCIA TAYNÁ BEZERRA FREIRE GURGEL-Coordenadora de Saúde Bucal

MARCOS GARCÊS DE OLIVEIRA-Coordenador da Base Municipal do Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência

TELMA CONCEIÇÃO DA CUNHA SANTOS-Coordenadora da Vigilância Sanitária e
Ambiental

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASPS	Ações de Serviços Públicos da Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRPS	Laboratório Regional de Próteses Dentárias
PMM	Programa Mais Médicos
PMPB	Programa Médicos pelo Brasil
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VIEP	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO	6
1.2. DIRETRIZES E AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	7
1.3. MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO	8
1.4 BASE LEGAL PARA ESTRUTURAÇÃO DO PLANO	9
2. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO.....	16
2.1 IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL.....	16
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	20
2.3 CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA.....	22
ECONOMIA.....	28
2.4ESTRUTURA DA SECRETARIA DE SAÚDE	31
3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	32
3.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	32
3.1.1 Morbidade.....	32
3.1.2 Mortalidade	35
3.1.3 Mortalidade Infantil.....	39
4. ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.....	42
4.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	42
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	48
4.2.1 Equipe Multiprofissional – EMULTI.....	55
4.2.2 Academia da Saúde.....	56
4.3 SAÚDE BUCAL.....	57
4.4 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS - SAMU	58
4.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	60
4.6 VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL.....	67
5. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE	71
5.1 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	72
6. REFERENCIA E CONTRA REFERÊNCIA.....	75
7. FINANCIAMENTO EM SAÚDE.....	76

7.1 EMENDAS PARLAMENTARES.....	77
8. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	78
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS.....	78
PROGRAMA NACIONAL DE EQUIDADE DE GÊNERO, RAÇA E VALORIZAÇÃO DAS TRABALHADORAS NO SUS.....	79
ESTRUTURAÇÃO E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NAS ÁREAS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS.....	80
SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR DA SAÚDE	80
DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	81
SAÚDE DIGITAL.....	82
PROGRAMA ESTRATÉGICO: TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO SUS	83
9. LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS.....	86
6.2 PROPOSTAS PARA O ESTADO.....	92
6.3 PROPOSTAS PARA A UNIÃO.....	93
10 COMPROMISSOS DA GESTÃO.....	3

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui-se como o principal instrumento de planejamento estratégico, gestão e organização das políticas públicas de saúde no âmbito municipal. Fundamentado na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e em demais normativas vigentes, este documento expressa os compromissos da gestão municipal de saúde para o quadriênio 2026–2029, orientando a formulação, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, em consonância com os princípios, diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano Municipal de Saúde de Muquém do São Francisco 2026–2029 representa a consolidação de um processo de gestão comprometido com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito local. Seu compromisso central é garantir à população acesso universal, integral, resolutivo e de qualidade às ações e serviços de saúde, de forma equitativa e humanizada refletindo o compromisso da administração pública com a transparência, a eficiência e a responsabilidade social na condução das políticas de saúde, orientadas para resultados e para a melhoria das condições de vida da população de Muquém do São Francisco. Esse compromisso está alinhado às necessidades identificadas no território municipal e às demandas expressas pela comunidade, reafirmando o caráter democrático e participativo da gestão pública em saúde.

O PMS caracteriza-se como instrumento estratégico, participativo e dinâmico, construído de forma coletiva com a participação da gestão, dos trabalhadores da saúde e do controle social, reafirmando a saúde como direito fundamental do cidadão e dever do Estado. Sua execução prevê processos contínuos de monitoramento, avaliação e revisão, de modo a assegurar a efetividade, a eficiência e a adequação das ações e serviços propostos às necessidades de saúde da população.

1.1. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO

A elaboração do PMS seguiu os princípios do Planejamento Estratégico Situacional (PES), metodologia que possibilita compreender a complexidade dos problemas de saúde, suas causas e determinantes, além de propor estratégias efetivas e contextualizadas para seu enfrentamento.

O processo envolveu a realização de oficinas participativas com profissionais da rede municipal de saúde e com membros do Conselho Municipal de Saúde, instância fundamental de

controle social e deliberação das políticas públicas. Nessas reuniões , foram identificados e priorizados os principais problemas e desafios da saúde no município, estabelecendo-se metas, objetivos estratégicos e ações concretas de gestão.

Além disso, as deliberações da Conferência Municipal de Saúde, realizada em 29 de julho de 2025, foram incorporadas como subsídios essenciais ao planejamento, garantindo que o documento fosse construído de forma coletiva, democrática e participativa. Essa abordagem assegura que as ações propostas estejam alinhadas às evidências técnicas e científicas, às necessidades reais da população e ao princípio da participação social, eixo estruturante do SUS.

A adoção dessa metodologia fortaleceu a capacidade de planejamento da gestão municipal, conferindo maior clareza, objetividade e coerência à definição de ações estruturantes e transformadoras. Tais ações visam à qualificação da atenção à saúde, ao uso eficiente dos recursos públicos, à redução de desperdícios e à melhoria contínua dos indicadores de saúde.

1.2. DIRETRIZES E AÇÕES ESTRATÉGICAS

O PMS 2026–2029 estabelece um conjunto de diretrizes e ações estratégicas voltadas para o aprimoramento da rede municipal de saúde, com foco na integralidade da atenção, na eficiência da gestão e na valorização da participação social.

Entre as ações prioritárias, destacam-se:

- Ampliação e qualificação da Atenção Básica à Saúde, com fortalecimento das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- Garantir a atenção integral à saúde às pessoas em seus diferentes ciclos de vida e dos segmentos específicos da população estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, com a garantia de acesso a todas as estratégias de cuidado e tratamento disponíveis no SUS.
- Reduzir riscos e agravos à saúde da população passíveis de controle por meio das ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção, integrando as áreas de

vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador;

- Expansão e aprimoramento da atenção especializada, conforme realidade local;
- Modernização e otimização dos serviços de urgência e emergência, garantindo maior resolutividade e acolhimento;
- Fortalecimento do sistema de vigilância em saúde, com integração das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;
- Aprimoramento da gestão do SUS municipal, com foco em eficiência administrativa e uso racional dos recursos;
- Incentivo à participação e ao controle social, fortalecendo o papel das instâncias colegiadas e da comunidade na formulação e fiscalização das políticas de saúde;
- Fortalecer as ações de Saúde Digital no SUS: aprimorar o cuidado à saúde intensificando a incorporação da inovação e da saúde digital.

As metas definidas são desafiadoras, porém exequíveis, e dependem da articulação entre as três esferas de governo, sendo elas: federal, estadual e municipal, bem como da integração intersetorial e do engajamento da sociedade civil.

1.3. MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO

O PMS é um instrumento dinâmico de gestão, sujeito a revisões anuais por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), que operacionaliza as ações e metas definidas para cada exercício. Tais revisões baseiam-se nas análises e recomendações constantes do Relatório Anual de Gestão (RAG), garantindo o caráter contínuo e adaptativo do planejamento.

As Programações Anuais de Saúde (PAS) referentes aos anos de 2026 a 2029 contemplarão o detalhamento e o cronograma de execução das metas e propostas estabelecidas neste plano, respeitando a disponibilidade orçamentária e financeira do poder público municipal.

1.4 BASE LEGAL PARA ESTRUTURAÇÃO DO PLANO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, de caráter continuado, do qual cada nível de governo (federal, estadual, distrital e municipal) deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes que norteiam o SUS.

Instrumento balizador do planejamento de programas e políticas de saúde, o Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar a atuação da esfera municipal na coordenação SUS, estabelecendo prioridades, objetivos, metas e indicadores para o período de quatro anos. Possui como referenciais as orientações estratégicas do Conselho Municipal de Saúde (CMS), provenientes de diretrizes da Conferência Municipal de Saúde, da Conferência Estadual de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde e está alinhado com iniciativas e instrumentos governamentais, tais como o Plano de Metas do Governo, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Além disso, observa os preceitos legais, principalmente no que se refere ao planejamento ascendente, que considera as necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, na definição de metas anuais de atenção integral à saúde.

O Plano Municipal de Saúde deve embasar não apenas a orientação estratégica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como também a gestão em todos os seus níveis. Como instrumento norteador no planejamento das atividades e das programações da direção do SUS, orienta a atuação da esfera municipal em sua coordenação do SUS, estabelecendo as prioridades traduzidas em metas e indicadores para um período de quatro anos. No papel de principal norteador das políticas de saúde, reveste-se na principal referência para a gestão municipal em saúde e para orientação na elaboração dos planos quadrienais das demais esferas de gestão.

O planejamento das políticas da Administração Pública Municipal para área da saúde deve ser expresso em dois planos: o PMS e o PPA. Ambos estão previstos na Constituição Federal de 1988. O PPA está definido expressamente no art. 165 e presente em outros diversos dispositivos. O PMS corresponde ao plano setorial, também previsto no mesmo artigo, porém de forma genérica no §4º. Esses planos, convergentes entre si, devem orientar as escolhas orçamentárias e a gestão das políticas públicas na área da saúde. Assim, o PPA orienta a elaboração da LDO e da LOA, e o

PNS orienta a implementação de iniciativas de gestão no SUS, explicitando os compromissos setoriais de governo, sendo anualizado por meio da Programação Anual de Saúde (PAS).

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

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

		financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. § 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde, estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.
Lei 8.142/1990	Define a necessidade de realização das Conferências de Saúde no intuito de propor diretrizes para formulação de políticas.	Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
Decreto 7.508/2011	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. § 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. § 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde. § 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

		Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
Portaria de Consolidação 01/GM/MS, 2017	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e define os elementos que compõem o PNS.	Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Parágrafo Único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos: V – compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. § 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um

		processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. § 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde. Art. 96. O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. § 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. § 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: I – análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: a) estrutura do sistema de saúde; a) redes de atenção à saúde; b) condições socio sanitárias; c) fluxos de acesso; d) recursos financeiros; e) gestão do trabalho e da educação na saúde; e f) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e III - o processo de monitoramento e avaliação. § 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP. Art. 97. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções
--	--	---

		expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. § 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. § 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano-calendário. Art. 98. No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos: I- elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e II- execução no ano subsequente. Art. 99. O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. § 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; I - a análise da execução orçamentária; e II - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. § 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento
--	--	--

Fonte: MS.

2. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

2.1 IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

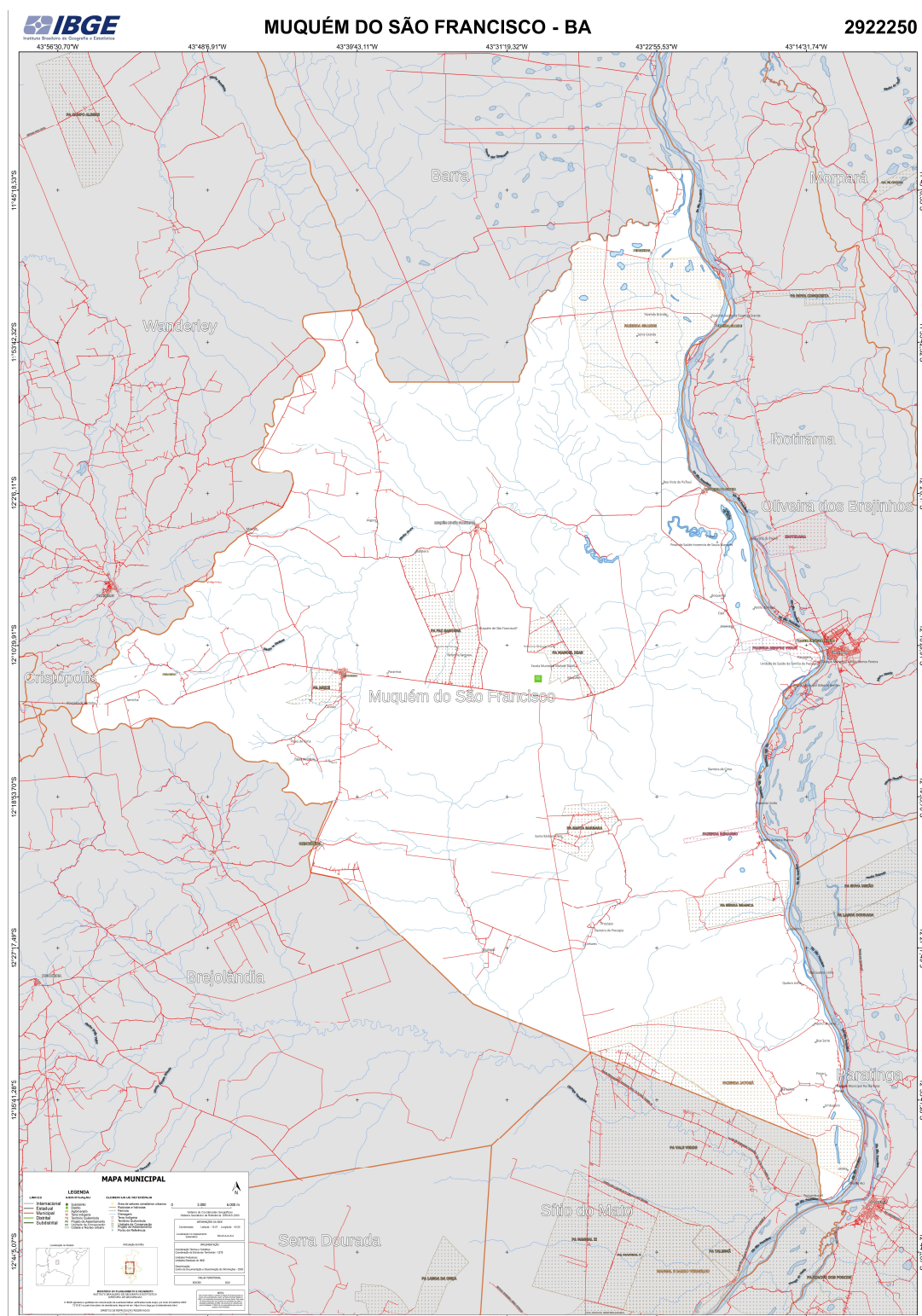
Distrito criado com a denominação de Piragiba, pelo decreto-lei estadual nº 141, de 31-12-1943, confirmado pelo decreto estadual nº 12978, de 01-06-1944, subordinado ao município de Barra.

Elevado à categoria de município com a denominação de Muquém do São Francisco, pela lei estadual nº 5009, de 13-06-1989, desmembrado de Barra. Sede no atual distrito de Muquém do São Francisco (ex-Piragiba). Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1990, IBGE.

O município de Muquém do São Francisco localiza-se na microrregião do Baixo Médio São Francisco, região Oeste do Estado da Bahia, pertence à Região Administrativa da Base de Ibotirama/ Núcleo Regional de Saúde Oeste – Barreiras. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização - PDR do Estado da Bahia está inserida na microrregião de Ibotirama e na macrorregião Oeste de Barreiras - Bahia.

Limita-se com os seguintes municípios: Barra ao Norte, Wanderley ao Sul e ao Leste o Rio São Francisco, que o separa de Ibotirama e Paratinga. A sede municipal está situada a 60,8 Km da cidade de Ibotirama, o mais próximo polo de referência e sede de sua Região Administrativa, onde se encontra a oferta de serviços especializados, a exemplo daquelas relacionadas com as áreas de saúde, bancos e manutenção em geral. Posiciona-se a 710 km da Capital do Estado - Salvador, e a 750 km da Capital Federal – Brasília. Como pode ser visto na seguinte ilustração

Figura 1: Mapa do município de Muquém do São Francisco- Ba



Fonte: IBGE, 2025

A localização geográfica de Muquém do São Francisco exerce influência direta sobre a organização da rede de atenção à saúde e sobre o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade. O município está situado no oeste da Bahia, em uma área de baixa densidade populacional e com grande extensão territorial, o que reforça a necessidade de compreender suas distâncias até os centros administrativos e de referência em saúde.

Em relação à capital estadual, Salvador, Muquém do São Francisco encontra-se a aproximadamente 699 km por via rodoviária, percurso que exige cerca de 9 horas e 40 minutos de deslocamento em condições regulares. Essa extensa separação territorial evidencia o desafio do acesso direto aos serviços especializados ofertados na capital, bem como às estruturas administrativas estaduais responsáveis pela coordenação de políticas de saúde.

Quanto à capital federal, Brasília, a distância rodoviária é de aproximadamente 791 km,. Embora também significativa, essa distância se apresenta relativamente menor do que aquela entre o município e Salvador, o que contribui para a percepção regional de maior proximidade logística com o Centro-Oeste do que com o litoral baiano.

Essas distâncias são relevantes para o planejamento municipal de saúde, especialmente no que se refere ao fluxo de pacientes, à regulação do acesso a serviços especializados, ao transporte sanitário e às estratégias de regionalização. A posição geográfica do município reforça a importância do fortalecimento da rede regional de saúde do oeste baiano, dada a necessidade de reduzir deslocamentos extensos para serviços de maior complexidade, garantindo maior resolutividade local e regional. Além desses, podem ser observado no quadro abaixo uma relação com outros polos locais .

Quadro 2: Distância média entre demais polos/ cidades

Município	Distância(Em Km – via BR's ou BA)
Salvador	699 km
Barreiras	178 km
Ibotirama	60,8 km
Santa Maria da Vitória	194 km
Bom Jesus da lapa	170 km
Barra	159 km

Fonte: Secretaria de Transportes

Apresenta uma grande extensão territorial, tendo como área total 3.852,111KmO². Possui população estimada de 10.443 habitantes, o que confere uma baixa densidade demográfica (2,71hab./km²). Em 2022, a população era de 10.443 habitantes e a densidade demográfica era de 2,71 habitantes por quilômetro quadrado, conforme estimativa do IBGE, no ano de 2025 há uma previsão de 10.803 habitantes. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 325 e 413 de 417. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 2938 e 5234 de 5570.. Apenas 12,5% dessa população residem na sede e a outra parte (87,5%), encontra-se distribuída de maneira dispersa em aproximadamente 50 localidades da zona rural. Portanto, trata-se de um município predominantemente rural, com grandes dificuldades de acesso para sede, visto que, a mesma ainda não se configura como polo centralizador do município. Estes fatores representam um dos principais problemas enfrentados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS no processo de estruturação e organização da atenção à saúde.

Além das características descritas anteriormente, o município de Muquém do São Francisco possui uma estrutura produtiva semelhante à da grande maioria dos municípios baianos, ou seja, ela é basicamente agropecuária, caracterizada pela expressiva concentração da propriedade da terra. A condição rural não é suficiente para garantir ao produtor um padrão de vida digno.

É preciso utilizar tecnologia eficiente e sustentável, compatível com as condições especiais do geoambiente regional, além de dispor de recursos financeiros, a fim de implantar a infraestrutura necessária para que cada unidade produtiva possa minimizar os efeitos indesejáveis dos rigores do clima.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Muquém de São Francisco em 2010 foi de 0,549. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDH entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,269), seguida por Longevidade e por Renda. O IDH passou de 0,372 em 2000 para 0,549 em 2010 – uma taxa de crescimento de 47,58%. No ano de 2010, em relação aos 417 municípios da Bahia, Muquém de São Francisco ocupou a 371ª posição.

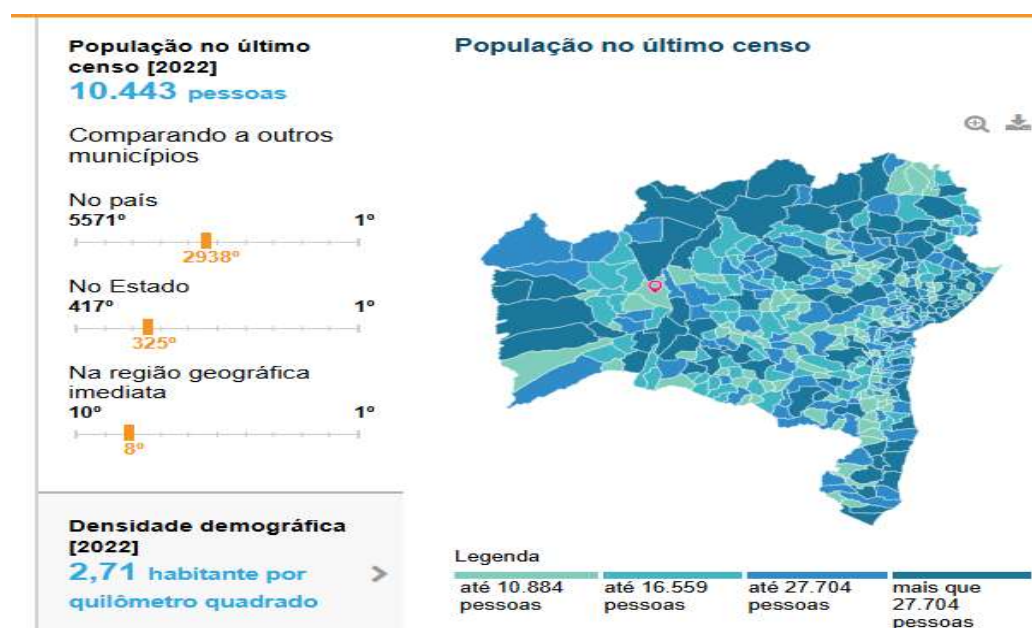
No que concerne à estruturação de saúde, o município conta com quatro (04) Unidades de Saúde da Família localizadas na Sede do município, nas comunidades de Javí, Passagem e Riacho de Serra Branca, e sete (08) Postos de Saúde, os quais se localizam nas comunidades de Santa Bárbara, Três Morros, Piragiba, Quilombo Fazenda Grande, Quilombo Boa Vista do Pixaim,

Pedrinhas, Periperi e Quilombo Jatobá, de modo a contemplar 100% da cobertura para a Estratégia da Saúde da Família os municípios.

O município ainda possui uma Unidade de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU – 192, cuja Base descentralizada, encontra-se localizada no distrito do Javi na Av. José Pessoa de Lima, s/n distante da sede do município aproximadamente 32 km. O município é completamente regido pela atenção básica tendo como maior desafio a descentralização da população, pois existem várias comunidades distantes da sede do município, incluindo povos ribeirinhos, indígenas e quilombolas.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Figura 2: Distribuição da População conforme último censo 2022

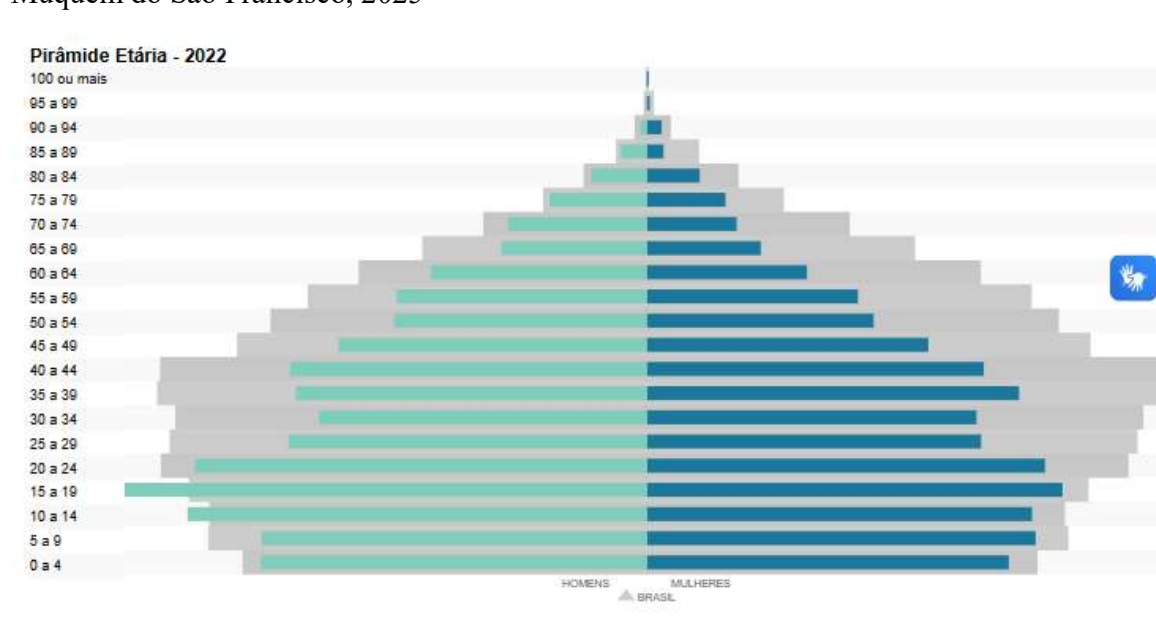


Fonte: IBGE/SESAB/DIS

A pirâmide populacional de Muquém do São Francisco para o ano de 2025 ainda apresenta uma base larga e ápice estreita, características que demonstram alta natalidade, visto que 34,19% da população tem menos de 29 anos. Ao analisarmos uma série histórica, entretanto, percebe-se que houve uma diminuição acentuada na taxa de natalidade ao longo dos últimos 20 anos. No que

se refere à distribuição populacional, observa-se uma maior distribuição de pessoas do sexo feminino, em especial na faixa entre 05 a 29 anos. Situação diferente ocorre no que diz respeito à população acima de 70 anos, verifica-se uma maior prevalência entre o sexo masculino. Conforme pode ser visto na ilustração

Figura 3: Distribuição da População e Percentual por Faixa Etária e Sexo no Município de Muquém do São Francisco, 2025



Fonte: IBGE/SESAB/DIS

Ainda no que diz respeito ao perfil da população san-franciscana, em especial, no quesito faixa etária, até o último levantamento da população, observa-se o cadastramento no sistema Prontuário Eletrônico do cidadão de 119 crianças com menos de um ano, representando cerca de 1,10% da população

Quadro 3: Distribuição da população por segmento territorial do município de Muquém do São Francisco, 2010.

Segmento	Nº	%
Urbano	1.433	12,5 %
Rural	10.032	87,5 %
Total	11.465	100 %

Fonte: IBGE/SESAB/DIS

2.3 CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA

ESCOLARIDADE

O Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado pela Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, constitui um marco fundamental para as políticas públicas brasileiras. Suas 20 metas conferiram ao país um horizonte para o qual os esforços dos entes federativos e da sociedade civil devem convergir, com a finalidade de consolidar um sistema educacional capaz de concretizar o direito à educação em sua integralidade, dissolvendo as barreiras para o acesso e a permanência, reduzindo as desigualdades, promovendo os direitos humanos e garantindo a formação para o trabalho e para o exercício autônomo da cidadania. A concretização do direito à educação, consagrado pela Constituição Federal de 1988 e por outros instrumentos legais, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), perpassa pela garantia de que todos os cidadãos tenham oportunidades de acessar as instituições escolares e que encontrem nelas as condições propícias para concluir, na idade certa, suas etapas com níveis satisfatórios de aprendizagem. Em outras palavras, a garantia do direito à educação requer que ela seja significativa, isto é, dotada da qualidade que transforme a vida dos indivíduos e que esses, por sua vez, sejam capazes de modificar positivamente a sociedade. Monitorar se esse processo tem ocorrido, avaliar sua qualidade e a das políticas que o respaldam é parte constitutiva da própria realização do direito à educação.

O Plano Municipal de Educação de Muquém do São Francisco (PME) - 2015/2025 é o principal instrumento norteador da política educacional do município, com vistas ao alcance de patamares adequados de qualidade e equidade na educação. A Lei nº 235/2015, que institui o Plano Municipal de Educação de Muquém do São Francisco, ressalta a necessidade de seu monitoramento contínuo e de avaliações periódicas, com envolvimento das instâncias responsáveis e a devida mobilização social para acompanhar sistematicamente o esforço de implementação das metas e estratégias do plano.

O monitoramento do Plano Municipal de Educação (PME) é uma ação importante para as secretarias de educação, visto que elas precisam estar atentas aos indicadores e às demandas. Nesse sentido, é imprescindível analisar o que está disposto no PME, adaptando as metas e estratégias às novas realidades e identificando a realização ou não das mesmas.

O processo metodológico adotado está em consonância com os procedimentos contidos no Caderno de Orientações para Monitoramento e Avaliação dos Planos Municipais de Educação. A

execução do monitoramento está alinhada ao Plano Nacional de Educação (PNE, Lei Federal nº 13.005/2014) e ao Plano Estadual de Educação (PEE, Lei Estadual nº 13.559, de 11 de maio de 2016). Além disso, a Lei do Plano Municipal de Educação nº , de 16 de junho de 2015, ressalta a necessidade de monitoramento contínuo e avaliações periódicas, com envolvimento das instâncias responsáveis e a devida mobilização social para acompanhar sistematicamente o esforço de implementação das metas e estratégias do plano. O Plano Municipal de Educação – PME é um documento que abrange o planejamento da educação pelo período de regência de 10 anos (2015 – 2025). Em seu conteúdo constam metas e estratégias para serem cumpridas na educação municipal (incluindo as escolas municipais, estaduais, privadas e educação superior), divididas da seguinte forma: estrutura (educação infantil, ensino fundamental e médio), inclusão (alunos com necessidades especiais, escola de tempo integral e alfabetização) e valorização dos profissionais da educação (formação, financiamento da educação). Também estão inseridas a educação superior, a educação de jovens e adultos e o ensino profissionalizante.

O Plano Municipal de Educação é resultado de uma construção coletiva, envolvendo todos os segmentos da sociedade como um todo, diagnosticando a realidade educacional, observando as diretrizes educacionais e propondo metas e estratégias para a educação de Muquém do São Francisco para os próximos dez anos (2015/2025), a partir do contexto nacional, da legislação vigente e das necessidades apresentadas pela sociedade.

Concebendo-se que não há como controlar o que não se conhece, os membros da Comissão Coordenadora e da Equipe Técnica consideraram como primordial o dever de conhecer os compromissos assumidos no Plano Municipal de Educação, com foco na qualidade da oferta educacional em cada rede, para que se construa cada vez mais uma educação que priorize o respeito e a equidade.

Para o Município de Muquém do São Francisco-BA, o cumprimento da Meta 1 revela-se de extrema relevância, uma vez que a Educação Infantil constitui a porta de entrada para a socialização e inclusão das crianças na sociedade contemporânea, representando o primeiro contato com o conhecimento formal.

Considerando a dificuldade em obter dados atualizados, foram utilizados como referência os dados preliminares do Censo Escolar 2025, a fim de traçar um panorama situacional mais preciso, em consonância com o disposto no Art. 6º da Lei nº 9.394/96 (LDB) e no Art. 206 da Constituição Federal, que asseguram a igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola a todos os brasileiros.

É importante destacar que a Educação Infantil se caracteriza como uma etapa essencial, marcada pela construção de valores, descobertas e aprendizagens significativas. Por essa razão, exige uma abordagem pedagógica específica, fundamentada em metodologias lúdicas e adequadas ao desenvolvimento integral das crianças.

Nesse contexto, destaca-se a adesão ao Programa Primeira Infância, instituído pela Portaria MEC nº 357/2022, cujo objetivo central é elevar a qualidade da Educação Infantil e potencializar o desenvolvimento integral das crianças de 0 (zero) a 5 (cinco) anos de idade, estruturando-se em três eixos:

- Avaliação e monitoramento da implementação dos Parâmetros Nacionais de Qualidade da Educação Infantil;
- Gestão, liderança e fortalecimento institucional;
- Currículo e práticas pedagógicas.

Com base nesse alinhamento, espera-se fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso e da permanência das crianças na Educação Infantil, em especial daquelas pertencentes a famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, mediante ações articuladas com os órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância.

A Secretaria Municipal de Educação, em parceria com a Secretaria de Assistência Social, a Secretaria de Saúde e o Conselho Tutelar, por meio da estratégia do Busca Ativa Escolar, realizou levantamento para a identificação, registro, controle e acompanhamento de crianças e adolescentes na faixa etária prevista que não renovaram matrícula no exercício de 2025.

Cientes dos motivos apontados pelo Busca Ativa, a Secretaria Municipal de Educação elaborou estratégias e planejamentos voltados ao atendimento pleno da Meta 1 e à ampliação da cobertura da Educação Infantil para esta faixa etária.

Ressalta-se que, em 2025, a rede municipal conseguiu atender a faixa etária de 2 anos, ampliando o acesso por meio da implantação de uma creche de atendimento misto, com alternância entre turmas integrais e curriculares, viabilizada pela inauguração da nova Creche Pro infância.

A proposta para 2026 é a ampliação total da oferta em tempo integral, garantindo melhores condições de acesso, permanência e qualidade no atendimento à primeira infância.

A Meta de nº 02 do Plano Municipal de Educação enseja universalizar o ensino fundamental dos nove anos, para toda a população da faixa etária dos nove (09) aos quatorze

(14) anos, até o último ano de vigência do Plano, alinhada expressamente com o Plano Nacional da Educação. Nessa etapa, espera-se que o aluno consolide o seu processo de alfabetização e aprenda conteúdos mais complexos, relacionados à interpretação e produção textual, matemática, ciências, etc. Esse período constitui uma base fundamental para o desenvolvimento do estudante, dando-lhe o suporte necessário para o ingresso e permanência no Ensino Médio.

É notório que as questões relativas ao acesso possuem relação direta com políticas concretas de construção e ampliação dos espaços escolares, qualificação de professores, garantia de condições por meio dos programas de transporte escolar e campanhas de matrícula. Já as questões relativas ao fluxo escolar e à correção do fluxo parecem estar mais associadas a políticas que incidem no interior da escola, alterando a organização da escolaridade das crianças e jovens, redefinindo as escolhas metodológicas e propondo programas de formação de professores.

O cumprimento da meta exigirá mudanças estruturais na organização dos tempos e espaços escolares, bem como a adequação do currículo à BNCC, contemplando a educação em tempo integral e a inserção da computação básica como competência fundamental para a formação dos estudantes. Tais mudanças envolvem também a revisão das práticas didáticas e dos processos de avaliação, sobretudo nos Anos Finais, segmento em que ainda poucas transformações ocorreram nessa direção.

Além de garantir vagas, é essencial assegurar um ensino de qualidade, com efetiva aprendizagem. A busca ativa constitui uma das estratégias previstas para o alcance da meta, demandando a estruturação de um setor responsável por esse trabalho. Contudo, trata-se de uma ação que exige esforço inter setorial, o que nem sempre é simples de concretizar.

Os desafios trazidos pela Meta 2 requerem ações conjuntas entre as diferentes esferas de governo, uma vez que a responsabilidade deve ser compartilhada para que o poder público cumpra integralmente suas obrigações.

A rede Municipal efetuou a adesão de alguns programas federais relevantes para a Meta 2 do Plano Municipal de Educação (PME), bem como:

Programas Federais Relacionados à Meta do PME

Eixo da Meta	Programas Federais de Apoio	Contribuição para o Município
Educação em Tempo Integral	Programa Escola em Tempo Integral / Fundeb (fatores de ponderação)	Ampliação de matrículas em jornada ampliada; repasse adicional de recursos para tempo integral.
Adequação Curricular (BNCC e Computação Básica)	Programa Escola em Tempo Integral / PDDE (Educação Conectada e Salas de Recursos)	Apoio à reorganização curricular, inclusão da computação básica e fortalecimento de práticas inovadoras.
Alfabetização na Idade Certa	Compromisso Nacional Criança Alfabetizada (CNCA) / LEEI (Leitura e Escrita na Educação Infantil)	Apoio técnico e financeiro para alfabetizar até o 2º ano e formar professores.
Permanência e Conclusão Escolar	Programa/ Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)/ Programa Nacional de transporte Escolar - PNATE	Incentivos financeiros diretos aos alunos, alimentação escolar de qualidade e combate à evasão.

Fonte: Secretaria Municipal de Educação

A distribuição das matrículas por etapa de ensino em Muquém do São Francisco segue um padrão compatível com municípios de pequeno porte. Na educação infantil, a estimativa de matrículas em creche tende a ser proporcional à população local, enquanto a pré-escola apresenta comportamento semelhante ao da demanda observada em outros municípios do mesmo porte.

No Ensino Fundamental, verifica-se maior concentração de estudantes nos anos iniciais, o que indica uma base escolar sólida entre as crianças que ingressam na educação obrigatória. Entretanto, ocorre uma redução esperada nos anos finais, fenômeno comum em cidades pequenas, especialmente devido à transição entre etapas, à defasagem idade-série e ao abandono escolar. A oferta de Educação de Jovens e Adultos (EJA) permanece reduzida, e o atendimento em Educação Especial mostra-se limitado.

A análise comparativa aponta ainda que não há clareza quanto à implantação do ensino em tempo integral no município. Diferentemente do cenário estadual, que registrou significativo crescimento dessa modalidade, não há evidências de que Muquém do São Francisco tenha acompanhado essa expansão. Assim, recomenda-se uma investigação mais detalhada sobre a presença e a abrangência do tempo integral na rede municipal..

Os dados dos últimos ciclos mostram uma redução progressiva da distorção idade-série desde 2013. Em 2023, o índice geral aproximou-se de 8%, com variações entre 0,6% e 14,7% nos anos iniciais, dependendo da série analisada. Esse comportamento evidencia avanços graduais na regularização do fluxo escolar.

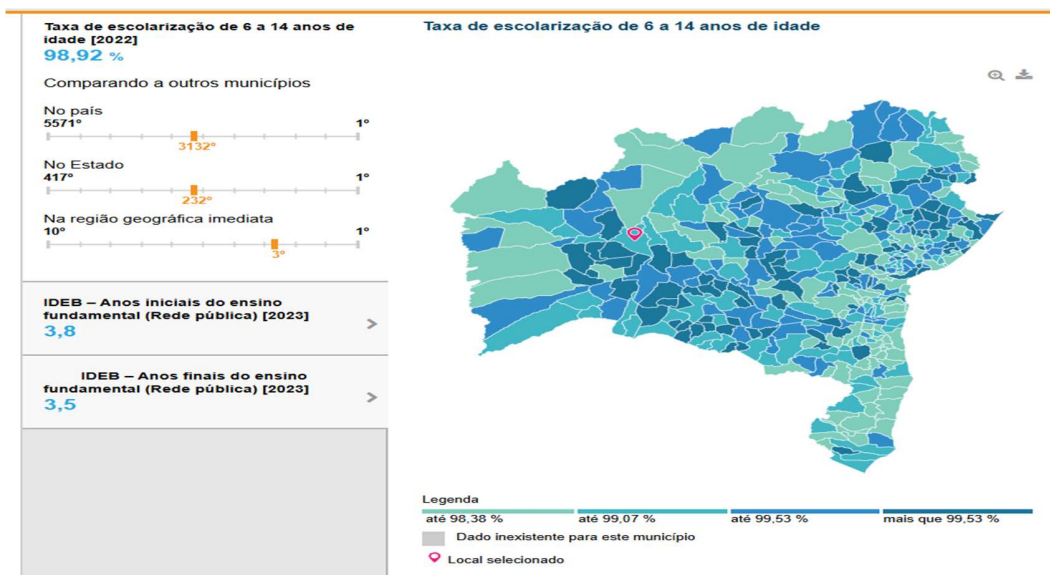
O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica apresenta evolução positiva, passando de aproximadamente 3,1 para 5,2 nos anos iniciais do Ensino Fundamental. Esse crescimento acompanha a tendência observada tanto na rede estadual quanto na média nacional, indicando melhoria no desempenho educacional do município ao longo do período analisado.

A variação anual das matrículas revela oscilações significativas. Em 2015 houve queda de -3,8%. Nos anos seguintes (2016 e 2017), registraram-se pequenas recuperações, com aumentos de +1,9% e +0,7%, respectivamente. Entre 2018 e 2020, observou-se novo ciclo de redução contínua. Nos anos de 2021 e 2022, as quedas foram mais acentuadas (-3,5% e -3,9%), influenciadas sobretudo pelos impactos da pandemia de COVID-19. Em 2023 e 2024 ocorreu estabilização, embora ainda dentro de uma tendência de declínio, com -0,3% em 2024.

No conjunto da década, a trajetória é predominantemente descendente, marcada por ciclos curtos de recuperação, mas sem retomada dos níveis de 2014. O ponto mais crítico ocorreu em 2022, quando o município registrou 2.338 matrículas, evidenciando uma perda expressiva em relação ao cenário de 2020.

No que se refere ao grau de escolaridade, o mesmo trata-se de um componente importante a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como na prevenção de doenças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, além da compreensão da noção de conservação ambiental e da percepção da necessidade e importância da atuação de cada pessoa para a saúde coletiva. Em 2022, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,92%. Na comparação com outros municípios do estado, ficando na posição 232 de 417. Já na comparação com municípios de todo o país, ficando na posição 3132 de 5570. Em relação ao IDEB, no ano de 2023, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 3,8 e para os anos finais, de 3,5. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 400 e 290 de 417. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 5370 e 5091 de 5570.

Figura 3- Taxa de escolarização entre crianças e adolescentes de 06 a 14 anos de idade.



Fonte: IBGE/SESAB/DIS

ECONOMIA

A economia de Muquém do São Francisco, situado no Oeste baiano, é marcada pela forte presença da agricultura familiar e da pecuária, atividades que sustentam grande parte da população. Por estar localizado no semiárido, o município desenvolveu práticas produtivas adaptadas ao clima seco, o que influencia diretamente seu modelo econômico.

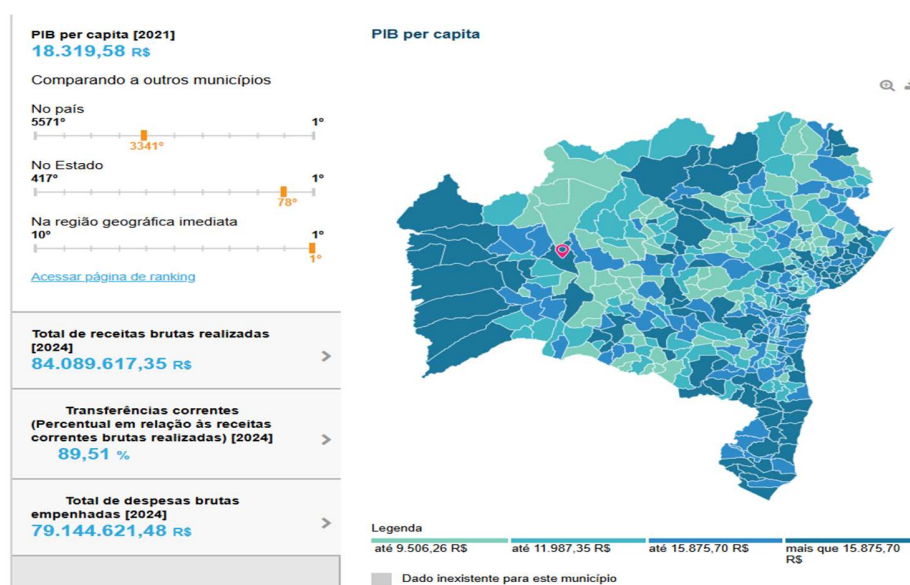
A produção agrícola concentra-se em culturas tradicionais, como milho, feijão, mandioca e pequenas hortas. Embora grande parte da produção seja voltada para o consumo local, muitos agricultores comercializam seus produtos em feiras regionais, contribuindo para a circulação de renda no município. Nas áreas próximas ao rio São Francisco, a irrigação permite maior diversidade agrícola, ampliando oportunidades de cultivo e fortalecendo a economia rural.

A pecuária é outro pilar importante, destacando-se a criação de **caprinos, ovinos e bovinos**, atividades que se mantêm como fonte de renda estável para muitas famílias. A criação de animais de pequeno porte, em especial, se adapta bem às condições da Caatinga e representa uma alternativa viável em períodos de estiagem.

O setor de serviços e comércio é pequeno, porém essencial. Ele concentra lojas, mercados, prestadores de serviços e atividades ligadas à administração pública, que desempenha função relevante na movimentação econômica do município.

Em 2021, o PIB per capita era de R\$ 18.319,58. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 78 de 417 entre os municípios do estado e na 3341 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2024 era de 89,51%, o que o colocava na posição 280 de 417 entre os municípios do estado e na 2265 de 5570. Em 2024, o total de receitas realizadas foi de R\$ 84.089.617,35 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 79.144.621,48 (x1000). Isso deixa o município nas posições 273 e 268 de 417 entre os municípios do estado e na 2682 e 2644 de 5570 entre todos os municípios.

Figura 4 : Descrição entre PIB per capita



Fonte: IBGE/SESAB/DIS

SAÚDE

O município de Muquém do São Francisco apresenta elevada dependência da população em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com dados mais recentes, 10.408 pessoas são usuárias exclusivas do SUS, o que representa 99,00% da população municipal.

Esse percentual é ligeiramente inferior à média estadual da Bahia (99,66%), porém significativamente superior à média nacional (74,34%), evidenciando que a quase totalidade da

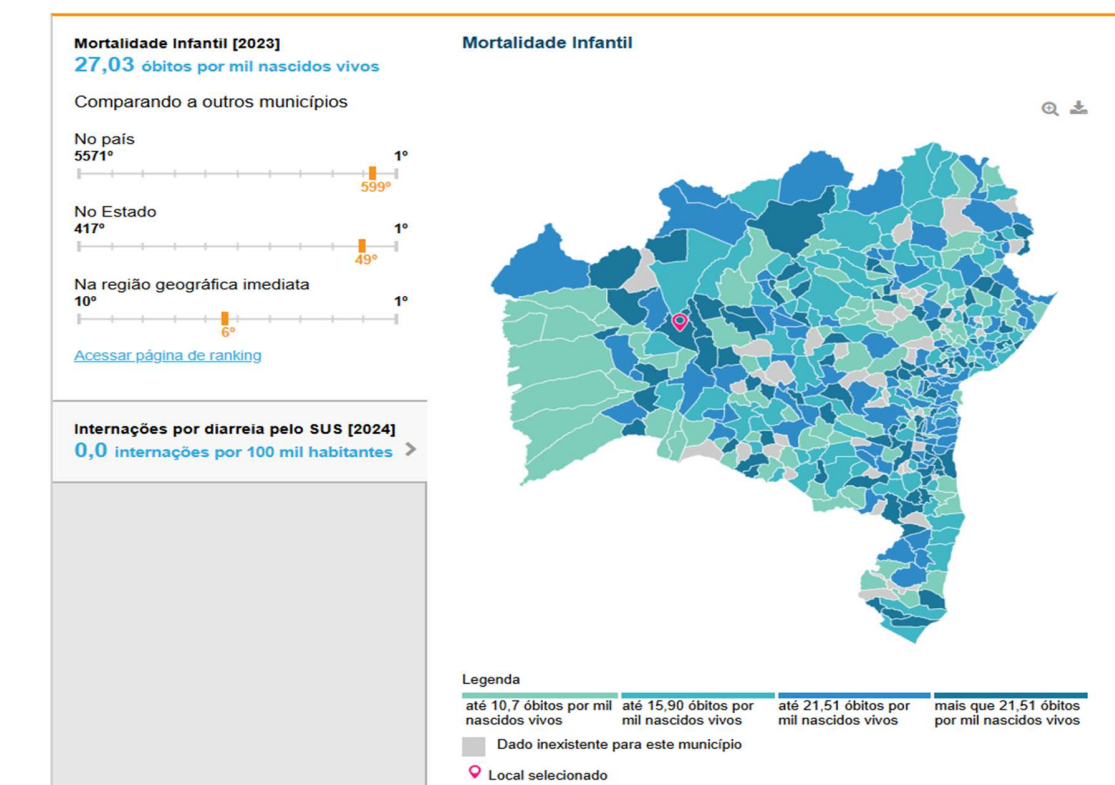
população municipal depende dos serviços públicos de saúde para atendimento, tratamento e acompanhamento.

Tal cenário reforça a importância do fortalecimento da rede municipal de saúde, da ampliação da oferta de serviços e da garantia de acesso equitativo e integral aos cuidados em saúde, especialmente nos níveis de atenção básica e especializada.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 27,03 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 49 de 417 e 258 de 417, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 599 de 5570 e 2594 de 5570, respectivamente. Maiores informações serão elucidadas na análise da situação em saúde a seguir.

A

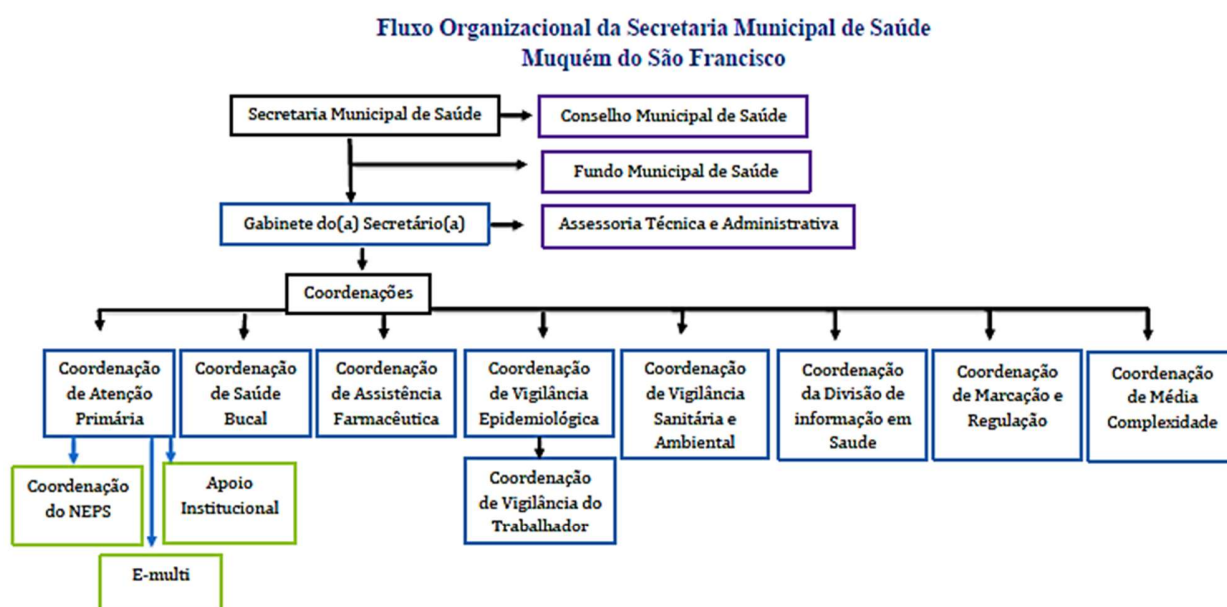
Figura 5: Taxa de mortalidade infantil



Fonte: IBGE/SESAB/

2.4 ESTRUTURA DA SECRETARIA DE SAÚDE

O organograma contendo o fluxo organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Muquém do São Francisco é uma representação gráfica e hierárquica da estrutura organizacional de uma instituição. Ele demonstra, de forma clara e objetiva, como a organização está estruturada, indicando os níveis de autoridade, as relações de subordinação, os setores, cargos e funções existentes conforme pode ser visto abaixo:.



3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

3.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A Vigilância Epidemiológica (VIEP) desempenha um papel fundamental na produção e análise de informações em saúde, ao monitorar de forma sistemática quaisquer alterações nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Esse monitoramento compreende tanto doenças transmissíveis quanto não transmissíveis, permitindo a identificação precoce de mudanças no perfil de adoecimento da população e subsidiando a formulação de medidas oportunas de prevenção, controle e intervenção em saúde pública. Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde incorpora os dados epidemiológicos do município de Barreiras referentes ao período de 2022 a 2025, os quais constituem insumos essenciais para o planejamento estratégico das ações de saúde, orientando a priorização de recursos e a definição de metas nos próximos anos.

A análise do perfil epidemiológico municipal fundamenta-se principalmente nos indicadores de morbidade e mortalidade, considerados instrumentos robustos para a avaliação das condições de saúde da população. Os indicadores de morbidade permitem estimar a magnitude e a distribuição dos adoecimentos em determinado período, enquanto os indicadores de mortalidade oferecem informações relevantes sobre a ocorrência e a estrutura dos óbitos por causas específicas. A interpretação integrada desses parâmetros possibilita a identificação de tendências, padrões de risco e agravos prioritários, conferindo maior precisão ao diagnóstico situacional em saúde. Dessa forma, o conjunto dessas informações sustenta a tomada de decisões baseada em evidências e orienta a implementação de ações mais eficazes no âmbito da gestão municipal de saúde.

3.1.1 Morbidade

Para caracterizar a morbidade da população do município, foram utilizados como fonte de dados o Sistema de Informações de Agravos de Notificação-SINAN, que notifica as suspeitas diagnósticas de doenças/ agravos de notificações compulsórias, e o sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) que registra as internações hospitalares da população por município de residência.

Tabela 1. Internações hospitalares da população residente no Município de Muquém de São Francisco-Ba,2025.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Bahia				
Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento				
Município: 292225 MUQUEM DE SAO FRANCISCO				
Período: Jan/2022-Jul/2025				
Capítulo CID-10	2022	2023	2024	2025
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20	8	18	9
II. Neoplasias (tumores)	28	36	19	30
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	1	11	4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	6	6	3
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	7	5	3	3
VII. Doenças do olho e anexos	1	5	3	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	52	63	46	32
X. Doenças do aparelho respiratório	59	45	53	28
XI. Doenças do aparelho digestivo	41	70	69	35
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	17	24	24	26
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	19	14	7	6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	50	50	40	36
XV. Gravidez parto e puerpério	191	173	182	95
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	10	13	21	5
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	3	7	1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	3	9	5
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	76	78	86	69
XXI. Contatos com serviços de saúde	28	36	35	16
Total	621	633	640	405

Fonte: sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em análise ao gráfico observa-se que o maior número de internações ainda se concentra em Gravidez, Parto e Puerpério, mantendo esse padrão até o presente momento, mesmo tendo uma baixa esse ano em comparação aos anos anteriores 2022,2023, e 2024, com a prevalência de 95 casos até o momento. Cabe ressaltar que os dados analisados nesse diagnóstico se referem até o período de julho do ano de 2025, não sendo ainda possível a visualização completa do ano vigente, nesse sentido faremos a análise com base nos dados da série histórica dos anos anteriores.

As causas externas e lesões eventuais aparecem em segundo lugar como maior causa de internação com 86 casos, sendo analisado o ano de 2024. Em 3º lugar estão as Doenças do aparelho

digestivo com 69 internações, em 4º lugar temos as doenças do aparelho respiratório com 53 internações e em 5º lugar as doenças do aparelho circulatório com 46 registros de internações.

Nota-se que o ano de 2025 até o presente momento há uma diferença no quantitativo das causas dessas internações, com uma certa diminuição no quantitativo de anos anteriores voltados para algumas patologias e o aumento em outras, temos como exemplo Neoplasias (Tumores) que já foram registrados 30 internações até o mês de junho 2025, sendo que no ano de 2024 foram registrados apenas 19, demandando dos serviços de saúde uma melhor organização para a oferta de ações de promoção, prevenção e controle para o enfrentamento desse problema, pois o município está com um índice muito alto voltado a essa patologia.

Sendo assim a atenção básica deveria intensificar as ações voltadas a prevenção, reorganizando as equipes de saúde da família, e, consequentemente, a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, bem como da qualidade do atendimento prestado, olhar o paciente como um todo e ressaltar a importância de um diagnóstico precoce.

Tabela 2. Casos notificados por agravos nos anos de 2023 e 2024.

AGRAVOS	ANO 2023	ANO 2024
I. Atendimento antirrábico humano	10	02
II. Hanseníase	07	06
III. Síndrome do corrimento cervical em mulheres	-	-
IV. Varicela	-	01
V. Tuberculose	05	04
VI. Doença Aguda pelo vírus Zika	-	01
VII. Acidente Animal Peçonhento	03	03
VIII. Acidente Trabalho	01	-
IX. Hepatite Viral	-	01
X. Leishmaniose Visceral	-	01
XI. Leishmaniose Tegumentar	01	-
XII. Violência Interpessoal	-	-
XIII. Sífilis não especificada	03	03
XIV. Sífilis Gestante	01	01
XV. Doenças Exantemáticas	-	-
XVI. Condiloma Acuminado (Verrugas)	01	-
XVII. Doenças Causadas por Protozoários	02	01
XVIII. Aids	01	01
XIX. Sífilis Congênita	-	01
Total	35	26

Fonte: SINAN

Ao analisar a tabela de Agravos, verifica-se que há uma queda constante nas notificações identificadas, sabe-se que as equipes de saúde da atenção primária juntamente com a Vigilância em Saúde desenvolvem um papel fundamental para orientar e sensibilizar a população para um maior cuidado com a saúde. Das Doenças notificadas, observa-se que a mais frequente no ano de 2023 foi de atendimento antirrábico humano seguido de Hanseníase e Tuberculose que teve um aumento em comparação a anos anteriores.

Já os demais agravos, como Acidentes de Trabalho e Acidentes por animais peçonhentos diminuíram no quantitativo de casos, exceto Sífilis não especificada que se manteve constante nos anos de 2023 e 2024.

Nota-se que o Município teve um declínio em relação a eliminação da patologia Hanseníase, devido ao aumento de casos nos últimos anos, distanciando-se da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para eliminação como problema de saúde pública, aumentando sua prevalência para 7/10.000 habitantes, necessitando assim de uma maior atenção da gestão e equipes de saúde voltada a essa patologia que é de fácil transmissão, e maneiras mais eficazes para o enfrentamento ao agravo.

Diante da situação apresentada, observa-se que Muquém do São Francisco é um município de pequeno porte, com população majoritariamente rural, tende a apresentar as mesmas características observadas no Estado da Bahia e no Brasil, com uma população de pouco entendimento sobre algumas patologias, as formas de transmissão e o que podem chegar a causar caso não seja tratada.

3.1.2 Mortalidade

Tabela 3. Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10

Mortalidade – Bahia				
Óbitos p/Residênc por Capítulo CID-10 e Ano do				
Óbito				
Município: 292225 MUQUEM DE SAO				
FRANCISCO				
Período:2022-2024				
Capítulo CID-10	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3	2	6
II. Neoplasias (tumores)	12	4	7	23
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	6	5	14

V. Transtornos mentais e comportamentais	1	3	5	9
VI. Doenças do sistema nervoso	-	2	1	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	16	18	12	46
X. Doenças do aparelho respiratório	4	4	12	20
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	9	6	17
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	2	2	7
XV. Gravidez parto e puerpério	1	-	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	1	2	5
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	1	-	1
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	7	8	19
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6	7	9	22
Total	55	67	71	193

Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Ao analisar a mortalidade proporcional por causa – CID-10 do município nos anos de 2022 a 2024, verifica-se que os óbitos por doenças do aparelho circulatório ocuparam primeiro lugar no ano de 2022,2023 e empatando com óbitos por doenças do aparelho respiratório no ano de 2024, mas mantendo a prevalência nesses três anos consecutivos.

Em segundo lugar encontram-se as Neoplasias com 12 óbitos no ano de 2022, perdendo em 2023 para óbitos devido as doenças do aparelho digestivo e em 2024 para óbitos devido causas externas de morbidade e mortalidade, mas mesmo com esse declínio o quantitativo ocupa a segunda posição nos comparativos, totalizando 23 óbitos.

E em terceiro lugar temos os óbitos devido as Causas externas de morbidade e mortalidade sendo registrado 6 óbitos no ano de 2022, 7 óbitos no ano de 2023 e 9 óbitos no ano de 2024, tendo um pequeno aumento a cada ano e totalizando assim 22 óbitos dentre esses três anos.

Do total de óbitos em 2024 observa-se que aproximadamente 71,43% estão relacionadas ao sexo masculino e 28,57% estão relacionados ao sexo feminino, havendo uma mudança de cenário diante anos passados, na qual eram registrados mais óbitos femininos, sugerindo assim uma atenção maior da gestão e das equipes de saúde direcionada aos cuidados a saúde masculina, realizando ações voltadas a esse público.

Tabela 4. Número de óbitos segundo sexo no município de Muquém do São Francisco no ano de 2024.

SEXO	Nº
Masculino	20
Feminino	8
TOTAL	28

Fonte: MS/SVS/CGIAE-Sistemas de informações sobre Mortalidade-SIM

Esse cenário representa uma inversão importante em relação aos anos anteriores, nos quais a mortalidade feminina apresentava maior proporção. A mudança no perfil de mortalidade sugere a necessidade de um olhar mais atento por parte da gestão e das equipes de saúde para os determinantes e vulnerabilidades específicas que afetam a saúde dos homens.

Diversos estudos em saúde pública evidenciam que a população masculina frequentemente apresenta maior exposição a fatores de risco, como acidentes, violência, consumo abusivo de álcool, tabagismo e doenças crônicas não tratadas. Além disso, há um padrão consolidado de baixa adesão dos homens aos serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária, o que favorece diagnósticos tardios, menor acompanhamento de condições já existentes e agravamento de quadros evitáveis.

A mudança observada em 2024 reforça a importância de fortalecer estratégias de promoção, prevenção e cuidado voltadas especificamente ao público masculino. Isso inclui ampliação de campanhas educativas, intensificação da busca ativa, oferta de horários flexíveis nas unidades, ações extramuros e integração com políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Tais medidas podem contribuir para reduzir desigualdades, aumentar o acesso dos homens aos serviços de saúde e, consequentemente, diminuir a mortalidade masculina no município.

Tabela 5. Óbitos por idade e sexo no ano de 2024.

Mortalidade - Bahia Óbitos p/Residênc por Faixa Etária e Sexo Município: 292225 MUQUEM DE SAO FRANCISCO Período:2024			
Faixa Etária	Masc	Fem	Total
Menor 1 ano	2	-	2
5 a 9 anos	1	-	1
15 a 19 anos	-	1	1
20 a 29 anos	2	2	4
30 a 39 anos	6	1	7
40 a 49 anos	5	2	7
50 a 59 anos	3	1	4
60 a 69 anos	5	6	11
70 a 79 anos	5	8	13
80 anos e mais	12	9	21
Total	41	30	71

Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalida

SIM

Observa-se na tabela que o maior número de óbitos é com pessoas que tem de 80 anos acima, pessoas que alcançam a velhice e são mais vulneráveis as doenças, pois já estão com o sistema imunológicos deprimidos, essa faixa etária prevalece o falecimento de mais pessoas do sexo masculino, já as faixas etárias de 70 a 79 anos e 60 a 69 anos tem um maior numero de mortes voltado ao sexo feminino.

Em análise a essa tabela e comparando-a com a de anos anteriores é possível observar que teve um aumento da taxa de mortalidade ao longo dos anos, mantendo-as elevadas, deste modo é de grande importância ressaltar o quanto são necessárias as manutenções dos registros para que tenhamos uma cobertura adequada das informações de mortalidade.

A análise da mortalidade segundo faixa etária evidencia que existe uma relação direta entre o avançar da idade e o aumento do risco de óbito. Em geral, observa-se que as faixas etárias mais elevadas concentram a maior proporção de mortes, o que é esperado do ponto de vista epidemiológico, considerando a maior prevalência de doenças crônicas, fragilidade fisiológica e maior exposição acumulada a fatores de risco ao longo da vida.

Essa correlação reflete o padrão conhecido como **transição demográfica e epidemiológica**, no qual o envelhecimento populacional leva ao predomínio de causas de morte relacionadas a doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, agravos respiratórios crônicos e outras condições associadas a longo curso. Assim, quanto maior a idade, maior a probabilidade de coexistência de múltiplas comorbidades, redução da reserva funcional e menor capacidade de resposta a eventos agudos, o que contribui para o aumento das taxas de mortalidade.

Quando comparadas as faixas etárias mais jovens com as mais idosas, nota-se uma diferença expressiva: indivíduos adultos jovens tendem a apresentar menor mortalidade geral, exceto em eventos externos (acidentes, violências), enquanto os idosos concentram a mortalidade por causas naturais. Dessa forma, a correlação entre idade e óbitos se mostra consistente e alinhada ao comportamento epidemiológico observado no país e no município, reforçando a importância de estratégias de cuidado contínuo e vigilância específica para a população idosa.

3.1.3 Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores mais utilizados para se medir o nível de saúde e de desenvolvimento social de um município, estado e país, uma vez que essas mortes precoces, em sua maioria, são evitáveis e dependem do acesso em tempo oportuno a serviços de saúde. A taxa de mortalidade infantil – TMI é o número de óbitos de crianças menores de um ano (nascidos vivos), por mil nascidos vivos, ocorridos em determinada área e em um dado espaço de tempo.

A TMI pode ser classificada como: alta (50 ou mais óbitos por 1000 NV), média (20 a 49 óbitos por 1000 NV) e baixa (menos de 20 óbitos por 1000 NV). Essa taxa pode ser dividida entre

seus componentes, em: Mortalidade neonatal (número de óbitos de crianças nascidas vivas, menores de 28 dias); Mortalidade Pós-neonatal (óbitos de crianças nascidas vivas de 28 a 364 dias).

Tabela 6: Número de óbitos em menor de ano por componente neonatal e pós neonatal no município de Muquém do São Francisco no ano de 2024.

Faixa etária menor de 1 ano	Menor de 1 ano	Total
0 a 6 dias	-	-
7 a 27 dias	-	-
28 dias e mais	-	-
TOTAL	0	0

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Não foi registrado nenhum óbito infantil no município no ano de 2024 conferindo uma taxa de mortalidade infantil de 0/ 1000 NV, situando o município na faixa de classificação de baixa mortalidade infantil. E se tratando de um município de pequeno porte e consequentemente ter um menor número reduzido de nascidos vivos, é importante ter muita cautela ao avaliar esse indicador porque ele pode sofrer flutuações ao longo de um período.

Figura 6- Relação de óbitos infantis por ano



Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Referência: 2024

Em comparação a anos anteriores, essa é uma notícia positiva, tendo uma mudança observada no município na qual pode ser reflexo de melhora nas condições de vida da população, bem como na qualidade da atenção prestada a esse grupo, entretanto, não se pode deixar de ter um olhar mais crítico, atencioso e um maior cuidado nas consultas de Pré-natal, e da assistência ao parto e ao recém-nascido.

Sendo de grande importância o vínculo com o âmbito microrregional, para assim desenvolver demanda e articulação de ações voltadas a qualificação na atenção ao parto, bem como a implementação de ações no nível local para a melhora constante na assistência ao pré-natal, puerpério e à criança. Deve-se também intensificar o desenvolvimento de ações educativas de promoção à saúde e a realização de ações intersetoriais para possíveis enfrentamento dos determinantes e condicionantes dos problemas, como forma de manter a mortalidade infantil pós-neonatal em níveis baixos.

4. ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

4.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica conceitua o termo “Assistência Farmacêutica” como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. A Assistência Farmacêutica (AF) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, tratando-se de uma política intersetorial em que a atribuição dos municípios envolve a execução da seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação; promoção da qualidade dos produtos e serviços e o acompanhamento e avaliação da utilização dos fármacos, incentivo e promoção ao uso racional de medicamentos. A Assistência Farmacêutica de Muquém do São Francisco é responsável pelo abastecimento com medicamentos e material médico-hospitalar de 05 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que, 04 destas estão localizadas na zona rural e uma na sede do município e 07 Unidades Satélites (US) localizadas nas áreas mais distantes da sede, que são extensões de três Unidades de Saúde da Família, que contam com a dispensação de medicamentos e/ou insumos mensais para atender pacientes diabéticos, hipertensos e ainda a demanda espontânea de medicamentos prescritos para diversas patologias. O financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é Tripartite, compartilhado entre os gestores federal, estadual e municipal. A portaria GM/MS nº 6.942/2025 define os valores pactuados para cumprimento da contrapartida Federal com base no índice de desenvolvimento humano (IDHM), sendo R\$8,80 por habitante/ano destinado para Muquém do São Francisco. No que diz respeito a contrapartida do Estado e Municipal a Resolução CIB nº 485/2025 aprova normas para execução do financiamento do Componente básico da Assistência farmacêutica (CAFAB) no âmbito do Estado da Bahia, que assim como o Federal também é repassado para o fundo Municipal de saúde considerando valor de 3,01 por habitante/ano, o mesmo vale para contrapartida Municipal, ficando estes recursos sob gerenciamento do município sendo utilizado para aquisição de medicamentos previstos na Relação de medicamentos essenciais municipal e medicamentos e insumos da Atenção Básica presentes nos anexos I e IV da RENAME vigente no

SUS. Os medicamentos de saúde da mulher, Insulina Regular, vitamina A, Tabagismo que são fornecidos pelo Ministério da Saúde são distribuídos trimestralmente pelo Cefarba em Salvador,

Com o intuito de qualificar a Assistência Farmacêutica Municipal, e obter melhores resultados no acesso e na racionalização dos recursos e do uso dos medicamentos, algumas atividades foram desenvolvidas no ano de 2025. O município aderiu ao Registro de preço Compartilhado, uma estratégia da SESAB em parceria com COSEMS que possibilita o acesso pelos municípios às Atas de preços dos medicamentos e insumos do CAFAB (RENAME), configurando uma compra interfederativa gerando economicidade, maior eficiência na aquisição de medicamentos. Além disso, o município aderiu ao Hórus Básico Visando a qualificar a atenção à saúde prestada aos usuários do SUS, contribuir para planejamento dos serviços e qualificar a gestão da Assistência farmacêutica.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) constitui o instrumento oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) que define os medicamentos considerados fundamentais para a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde da população brasileira. Elaborada pelo Ministério da Saúde, a RENAME orienta gestores e profissionais quanto à seleção e à padronização de medicamentos, promovendo o uso racional, a segurança clínica, a eficácia terapêutica e a otimização dos recursos públicos. Sua atualização periódica incorpora evidências científicas, necessidades epidemiológicas, diretrizes clínicas e avanços terapêuticos, servindo de referência obrigatória para os entes federados no âmbito da Assistência Farmacêutica.

Com base na RENAME, os municípios devem elaborar o Elenco Municipal de Medicamentos, documento que define os medicamentos padronizados para oferta na rede pública local, considerando o perfil epidemiológico do território, a capacidade operacional dos serviços, o modelo de atenção adotado e as responsabilidades compartilhadas entre as esferas federal, estadual e municipal. O elenco municipal permite o planejamento adequado das aquisições, o abastecimento contínuo, a equidade no acesso e a racionalização dos estoques, garantindo que a população tenha acesso, de forma regular e segura, aos tratamentos essenciais para as condições de saúde mais prevalentes no município.

A elaboração do Elenco Municipal deve seguir critérios técnicos como relevância sanitária, efetividade, segurança, custo-efetividade, protocolos clínicos vigentes, linhas de cuidado e prioridades estabelecidas na Rede de Atenção à Saúde. Além disso, deve estar alinhada

às diretrizes do Ministério da Saúde e às necessidades específicas da população usuária do SUS, assegurando coerência entre a RENAME, o elenco estadual e a organização dos serviços municipais..

Assim, conforme preconizado no RENAME, segue o elenco farmacêutico municipal :

Tabela 7. Relação de Medicamentos Farmácia Básica

Medicamento	Apresentação
Ácido acetilsalicílico 100mg (AAS)	Comp.
Ácido fólico 0,2mg/ml	Susp. Oral
Ácido Fólico 0 5mg	Comp.
Acetilcisteína 20 mg/ml	Susp. Oral
Albendazol 40mg/ml	Susp. Oral
Albendazol 400mg	Comp.
Amoxicilina + clavulanato de potássio (50mg/ml + 12,5mg/ml) - pó p/ susp.	Susp. Oral
Amoxicilina + clavulanato de potássio (500mg/125mg)	Comp.
Amoxicilina 250mg/ml - pó p/ susp.	Susp. Oral
Amoxicilina 500mg	Cápsula
Anlodipino 5mg	Comp.
Anlodipino 10mg	Comp.
Atenolol 50mg	Comp.
Azitromicina 200mg/5ml - pó p/ suspensão	Susp. Oral
Azitromicina 500mg	Comp.
Captopril 25mg	Comp.
Carbonato de cálcio 500 UI	Comp.
Cefalexina 500mg	Comp.
Cetoconazol 20mg/g	Creme
Cinarizina 25mg	Comp.
Ciprofloxacino 500mg	Comp.
Dexametasona 1mg/g	Creme

Dexclorfeniramina 0,4mg/ml	Solução oral
Dipirona 500mg/ml	Solução oral
Dipirona 500mg	Comp.
Enalapril 05mg	Comp.
Enalapril 10mg	Comp.
Enalapril 20mg	Comp.
Espironolactona 25mg	Comp.
Fluconazol 150mg	Comp.
Furosemida 40mg	Comp.
Glibenclamida 5mg	Comp.
Gliclazida 30mg	Comp.
Hidroclorotiazida 25mg	Comp.
Hidróxido de alumínio 6%	Susp. Oral
Ibuprofeno 50mg/ml	Susp. Oral
Ibuprofeno 600mg	Comp.
Ivermectina 6mg	Comp.
Loratadina 10mg	Comp.
Losartana 50mg	Comp.
Metformina 850mg	Comp.
Metildopa 250mg	Comp.
Metoclopramida 4mg/ml	Solução oral
Metronidazol 100mg/g	Creme vaginal
Miconazol 20mg/g	creme
Metronidazol 250mg	Comp.
Nifedipino 10mg	Comp.
Nifedipino 20mg	Comp.
Nimesulida 100mg	Comp.
Nistatina 20.000ui	Creme vaginal
Omeprazol 20mg	Cápsula
Paracetamol 200mg/ml	Solução oral

Paracetamol 500mg	Comp.
Prednisona 20mg	Comp.
Propranolol 40mg	Comp.
Sais de reidratação oral	Sachê
Salbutamol 100mcg	Aerossol
Simeticona 75mmg/ml	Solução oral
Sinvastatina 20mg	Comp.
Sulfametoxazol 400mg + trimetropina 80mg	Comp.
Sulfametoxazol 40mg/ml + trimetropina 8mg/ml	Susp. Oral
Sulfato ferroso 25mg/ml	Sol. oral/xarope
Sulfato ferroso 40mg	Comp.

Fonte: RENAME, Muquém do São Francisco, 2025

O elenco de medicações de recebimento estadual destinado à Saúde da Mulher compreende um conjunto de fármacos essenciais que são adquiridos e distribuídos pela Secretaria Estadual de Saúde para complementar a Assistência Farmacêutica no âmbito municipal. Esse elenco é estruturado a partir das diretrizes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e dos componentes pactuados entre Estado e Municípios, contemplando medicamentos voltados à atenção integral à saúde reprodutiva, ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao puerpério, ao cuidado ginecológico e às condições crônicas mais prevalentes entre mulheres.

De modo geral, os medicamentos de responsabilidade estadual incluem insumos fundamentais ao planejamento reprodutivo, como contraceptivos hormonais combinados, contraceptivos de progesterona isolada, anticoncepcionais injetáveis e dispositivos intrauterinos, alinhados às políticas de planejamento familiar e de direitos sexuais e reprodutivos. Também fazem parte do elenco medicamentos utilizados na assistência ao pré-natal e puerpério, incluindo suplementações essenciais (como ácido fólico e sulfato ferroso), além de fármacos para tratamento de condições prevalentes na gestação, conforme protocolos clínicos, bem como insumos de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e de cuidado ginecológico, conforme pode ser visto na tabela abaixo

Tabela 8. Relação de Medicamentos voltados à saúde da mulher, conforme recebimento estadual

Medicamento	Apresentação
Dispositivo intra-uterino (DIU)	DIU de cobre
Levonorgestrel 0,15mg + etinilestradiol 0,03 mg - Blíster com 21 comp.	Blíster
Levonorgestrel 0,75mg - Blíster com 2 comp.	Blíster
Medroxiprogesterona acetato 150mg/ml (trimestral)	Sol. Injetável
Noretisterona 0,35mg - Blíster com 35 comp.	Blíster
Noretisterona 50mg + estradiol 5mg (mensal)	Sol. Injetável

Fonte: RENAME, Muquém do São Francisco, 2025

Tabela 9 . Relação de Medicamentos de controle especial

Medicamento	Apresentação
Ácido Valpróico 500mg (valproato de sódio)	Comp.
Ácido Valpróico 50mg/ml	Xarope
Amitriptilina 25mg	Comp.
Biperideno 2mg	Comp.
Carbamazepina 200mg	Comp.
Carbonato de lítio 300mg	Comp.
Cloridrato de clorpromazina 100mg	Comp.
Diazepam 05mg	Comp.
Diazepam 10mg	Comp.
Fenobarbital 100mg	Comp.
Fenobarbital 40mg/ml	Solução oral
Fluoxetina 20mg	Cápsula
Haloperidol 01mg	Comp.
Haloperidol 5mg	Comp.
Prometazina 25mg	Comp.

Risperidona 01mg	Comp.
Risperidona 01mg/ml	Susp. Oral
Risperidona 03mg	Comp.

Fonte: RENAME, Muquém do São Francisco, 2025

Há também os medicamentos termolábeis enviados pelo Estado, os quais constituem um conjunto de produtos farmacêuticos que necessitam de condições especiais de conservação, armazenamento e transporte, mantendo-se obrigatoriamente sob controle de temperatura para garantir sua estabilidade, eficácia e segurança. Esses medicamentos também fazem parte das responsabilidades de cofinanciamento e logística da Secretaria Estadual de Saúde, que realiza sua aquisição e distribuição aos municípios, conforme pactuação.

Tabela 10. Relação de Medicamentos termolábeis disponíveis em nível municipal

Medicamento	Apresentação
Caneta aplicadora de insulina humana NPH 100UI/ml	Susp. Injetável
Caneta aplicadora de insulina humana Regular 100UI/ml	Susp. Injetável
Imunoglobulina humana anti-Rh D	Sol. Injetável
Insulina humana NPH 100 UI/ml	Susp. Injetável
Insulina humana Regular 100UI/ml	Susp. Injetável

Fonte: RENAME, Muquém do São Francisco, 2025

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) permanece como uma estratégia essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo maior sustentabilidade, efetividade e integração das ações e serviços de saúde. As RAS configuram um modelo organizacional poliárquico, composto por diferentes pontos de atenção articulados em torno de uma missão comum, objetivos compartilhados e práticas cooperativas e interdependentes. Essa estrutura possibilita a oferta de cuidado contínuo, integral e humanizado para populações

definidas, evitando a fragmentação assistencial e assegurando trajetórias de cuidado mais resolutivas.

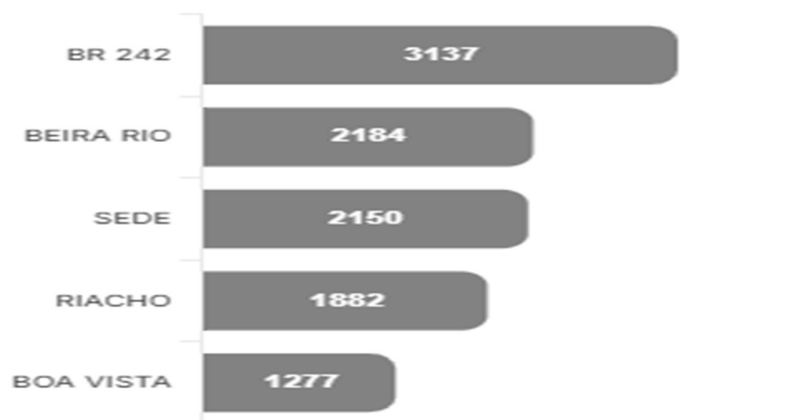
Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), conforme as diretrizes atualizadas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consolida-se como a porta de entrada preferencial do SUS e como o centro de comunicação da RAS. Sua vasta capilaridade no território e a amplitude de ações — que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde — reforçam sua centralidade na organização dos serviços.

A APS desempenha o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde, acompanhando o usuário ao longo de todo o percurso assistencial. É responsável por realizar o acolhimento inicial, identificar necessidades, garantir resolutividade no primeiro contato e, quando necessário, articular encaminhamentos adequados dentro da rede, assegurando acesso oportuno e continuidade do cuidado. Tais atribuições reforçam sua importância para a efetivação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

No município de Muquém do São Francisco, a APS constitui a principal porta de entrada do sistema e ocupa posição estratégica na organização da rede de cuidados. Por meio das equipes de Saúde da Família, busca-se garantir acesso, longitudinalidade e integralidade da atenção, com enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento contínuo de indivíduos, famílias e comunidades. Para que essas ações sejam efetivas, o cadastramento de usuários representa etapa fundamental, permitindo à gestão municipal conhecer o território, identificar vulnerabilidades, dimensionar demandas e planejar intervenções alinhadas às necessidades reais da população.

Esse cadastramento, realizado pelos agentes comunitários de saúde em sistema terceirizado que possibilita monitorar indicadores, acompanhar condições crônicas, qualificar o processo de trabalho e otimizar a captação de recursos. Em Muquém do São Francisco, seu fortalecimento tem sido essencial para ampliar a cobertura da APS e garantir que cada cidadão esteja vinculado a uma equipe de referência, assegurando cuidado contínuo, coordenado e adequado às especificidades do território.

Figura7- Relação de indivíduos cadastrados por unidade de saúde da família



Fonte: SMS via PEC

Ao abordar a quantidade de visitas realizadas pelas agentes comunitários de saúde no município de Muquém, foram realizados 144.706 entre os meses de janeiro e novembro de 2025 registradas pelo sistema e-SUS território, conforme pode ser visto abaixo.

Tabela 11 – Dados de Acompanhamento e Condições de Saúde

Categoria / Situação	Quantidade
Busca Ativa	14.586
Bolsa Família	4.441
Busca Ativa – Exames	3.381
Busca Ativa – Consulta	7.983
Busca Ativa – Vacina	3.684
Visita Periódica	13.428
Gestante	782
Puérpera	146
Recém-nascido / Criança	7.063
Desnutrição	15
Reabilitação / Deficiência	1.091
Hipertensão	11.187
Diabético	3.205

Asma	354
DPOC / Enfisema	27
Câncer	257
Hanseníase	180
Tuberculose	30
Sintomáticos Respiratórios	1.155
Tabagista	2.453
Domiciliados / Acamados	766
Vulnerabilidade Social	4.379
Altura Realizada na Visita	0

Fonte: SMS via PEC

Os dados apresentados refletem um panorama robusto das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.436/2017) e reafirmado nas atualizações de 2020–2023. A expressiva quantidade de ações de busca ativa e visitas domiciliares periódicas demonstra aderência aos princípios da PNAB, que orientam a APS como responsável pela coordenação do cuidado, vigilância em saúde e abordagem territorial.

A alta demanda por atividades como Busca Ativa (14.586), Visita Periódica (13.428) e Busca Ativa de Consultas (7.983) evidencia que as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) têm atuado conforme diretrizes da Atenção Primária forte, territorializada e orientada para risco, prevista pela Carteira de Serviços da APS (2023). Essas ações são fundamentais para reduzir vulnerabilidades, prevenir agravos e garantir a integralidade do cuidado.

No âmbito da saúde materno-infantil, os números de gestantes (782), puérperas (146) e crianças acompanhadas (7.063) refletem o cumprimento das normativas do Pré-Natal de Baixo Risco (MS, 2022) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015), que reforçam a importância do acompanhamento contínuo, da puericultura e da detecção precoce de riscos. O baixo número de casos de desnutrição (15) mostra um cenário controlado, mas reforça a necessidade de vigilância nutricional, conforme orienta o SISVAN.

As doenças crônicas, especialmente hipertensão (11.187) e diabetes (3.205), seguem o padrão epidemiológico nacional descrito no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021–2030. A APS é reconhecida como nível essencial para o manejo longitudinal das DCNT, utilizando protocolos clínicos, estratificação de risco e acompanhamento contínuo. Esse volume reforça a necessidade de manter e aprimorar linhas de cuidado, educação em saúde, adesão terapêutica e vigilância clínica.

As condições respiratórias, como asma (354), DPOC (27) e sintomáticos respiratórios (1.155), reforçam a importância das ações de vigilância de agravos respiratórios e tuberculose, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT, 2022). O registro de 30 casos de tuberculose e 180 de hanseníase demonstra que o município convive com agravos sensíveis à APS, reforçando a necessidade de estratégias como busca ativa, tratamento diretamente observado (TDO) e educação em saúde.

O monitoramento de situações como tabagismo (2.453) e câncer (257) indica que a APS está atuando de maneira coerente com as orientações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2014), especialmente no combate aos fatores de risco modificáveis. O número elevado de tabagistas destaca a necessidade de intensificar grupos de cessação e ações intersetoriais de apoio.

A categoria Vulnerabilidade Social (4.379) reforça a importância de uma APS orientada por determinantes sociais, conforme previsto no Modelo de Atenção Socialmente Sensível (MS, 2023). Esses dados devem subsidiar a tomada de decisões em políticas públicas articuladas, fortalecendo a equidade e a gestão intersetorial.

Por fim, o acompanhamento de Domiciliados/Acamados (766) está alinhado à Atenção Domiciliar prevista pela Portaria nº 825/2016, demonstrando que o município tem um perfil que exige organização de fluxos, suporte multiprofissional e integração contínua com serviços

Já no concerne aos atendimentos realizados na atenção primária, entre janeiro e novembro de 2025, foram realizados 23.448 atendimentos distribuídas em consultas médicas e de enfermagem como demonstra a tabela abaixo

Tabela 12: Número de Consultas Realizadas por Profissionais de Saúde das ESF do Município de Muquém do São Francisco no Período de Janeiro a novembro de 2025

TIPO	NÚMERO
Consultas de enfermagem	4.701
Consultas Médicas	9.993
Total de Consultas	20.671
Fonte SMS via PEC	

A análise dos atendimentos realizados pelos profissionais de enfermagem e medicina revela um padrão marcante no perfil de utilização dos serviços de saúde: a predominância do público feminino na busca por cuidado. Entre as consultas de enfermagem, 76,64% foram destinadas às mulheres, enquanto apenas 23,35% corresponderam a atendimentos masculinos. Tendência semelhante é observada nas consultas médicas, nas quais 64,35% dos atendimentos foram direcionados às mulheres, em contraste com 35,64% ao público masculino.

Esse comportamento reflete um fenômeno amplamente descrito na literatura em saúde pública, que aponta maior adesão das mulheres às ações de prevenção, acompanhamento e cuidado contínuo. A presença feminina nos serviços de saúde costuma ser impulsionada por necessidades específicas, como acompanhamento ginecológico, pré-natal, planejamento reprodutivo e monitoramento de condições crônicas, além de maior percepção de risco e valorização do autocuidado.

Em contraposição, a menor busca pelos serviços de saúde por parte dos homens evidencia um desafio persistente para a gestão municipal. Barreiras socioculturais, como a construção social da masculinidade, menor procura por cuidados preventivos, resistência ao adoecimento e incompatibilidade de horários de atendimento, podem contribuir para essa baixa adesão. Como consequência, agravos de saúde tendem a ser diagnosticados tardiamente no público masculino, aumentando a probabilidade de complicações e internações evitáveis.

Diante desse cenário, os dados reforçam a necessidade de intensificar estratégias voltadas à saúde do homem, alinhadas às diretrizes nacionais, com foco em ações de sensibilização, ampliação do acesso, flexibilização de horários e fortalecimento da vinculação desse grupo com a

Atenção Primária à Saúde. A adoção dessas medidas contribui para reduzir desigualdades, qualificar o cuidado e promover maior equidade no acesso aos serviços.

Além dos atendimentos individuais entre os meses de janeiro e novembro de 2025 foram realizadas 195 ações voltadas educação em saúde para comunidade por meio de rodas de conversas, salas de esperas, eventos temáticos na comunidade, palestras e ações interligadas ao programa saúde da escola, abrangendo 4.150 participantes/ munícipes, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 13: Número de atividades coletivas realizados pelas ESF do Município de Muquém do São Francisco no Período de Janeiro a novembro de 2025.

TIPO	NÚMERO
Atividades educativas/ orientação em grupo na Atenção Básica	103
Procedimentos coletivos em odontologia	98
Total de Procedimentos	195

Fonte: SMS via PEC

Durante as atividades coletivas realizadas no ano de 2025 foram abordados temas como: Saúde Bucal, com a maior quantidade registrada (98 ações), seguida por Outros Temas de Saúde (95 ações) e Alimentação Saudável (52 ações). Em sequência, aparecem Saúde Mental (31), Saúde Sexual e Reprodutiva (19), Prevenção da Violência (13), Cidadania e Direitos Humanos (6), Saúde Ambiental (6), Combate ao Aedes aegypti (5), Envelhecimento (5), Dependência Química (4), Agravos Negligenciados (2), Pessoas com Doenças Crônicas (2) e Saúde do Trabalhador (2).

A distribuição das ações por temática revela aspectos importantes do perfil de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) e das equipes multiprofissionais no município. Os dados demonstram maior concentração de ações em Saúde Bucal (98 ações) e Outros Temas de Saúde (95 ações), indicando que o município mantém forte inserção em atividades de caráter educativo e assistencial voltadas a demandas amplamente reconhecidas e tradicionalmente priorizadas.

A temática Alimentação Saudável (52 ações) também aparece bem representada, evidenciando esforços do município no enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(DCNT), alinhando-se às diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A realização de 31 ações em Saúde Mental demonstra sensibilidade às demandas psicossociais da população, embora o quantitativo ainda possa ser considerado insuficiente diante da crescente prevalência de transtornos mentais identificada em escala nacional e local. Há, portanto, espaço para expansão de estratégias integradas com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

As ações relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva (19) e Prevenção da Violência (13) indicam atuação relevante, porém ainda limitada considerando a complexidade e a magnitude desses agravos. Esses dados reforçam a necessidade de fortalecimento das práticas de cuidado integral voltadas às populações vulneráveis, aos adolescentes, às mulheres e aos grupos em risco de violência, indicando um importante eixo de intervenção para a próxima gestão quadrienal.

Temáticas como Saúde Ambiental, Cidadania e Direitos Humanos, Envelhecimento e Combate ao *Aedes aegypti*, com 5 a 6 ações cada, demonstram atividades pontuais, possivelmente vinculadas a campanhas sazonais. Ainda que esses resultados revelem algum nível de atuação, o baixo quantitativo aponta desafios na incorporação contínua dessas demandas ao processo de trabalho das equipes de APS.

As áreas com menor número de ações — Dependência Química (4), Agravos Negligenciados (2), Pessoas com Doenças Crônicas (2) e Saúde do Trabalhador (2) — configuram pontos críticos na organização da atenção. Esses temas são de grande relevância epidemiológica e social, uma vez que influenciam diretamente a morbimortalidade e a qualidade de vida da população.

4.2.1 Equipe Multiprofissional – EMULTI

A presente estratégia em saúde tem como objetivo, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito municipal, mediante a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, ao aprimoramento da integralidade do cuidado, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à mitigação das desigualdades raciais, étnicas, de gênero, regionais e sociais.

Nesse contexto, destaca-se a retomada, pelo Ministério da Saúde, da política de fortalecimento do cuidado multiprofissional na APS, por meio da institucionalização e do restabelecimento do cofinanciamento federal das Equipes Multiprofissionais (eMulti), conforme disposto na Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023.

As eMulti são constituídas por profissionais de distintas áreas da saúde, que atuam de forma integrada e complementar às equipes já existentes na Atenção Primária, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, da Saúde da Família Ribeirinha, do Consultório na Rua, das Equipes de Atenção Primária e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

Todos os municípios brasileiros são considerados elegíveis para a implantação dessas equipes e para o recebimento do respectivo cofinanciamento federal, desde que cumpram as exigências regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 635/2023 e observem os fluxos de credenciamento, homologação e transferência de recursos previstos na Política Nacional de Atenção Básica e na Portaria de Consolidação nº 1/SAPS/MS, de 2 de junho de 2021.

A adoção e a consolidação das Equipes Multiprofissionais configuram uma estratégia essencial para a qualificação da APS, na medida em que possibilitam a ampliação do provimento de diferentes categorias profissionais, a incorporação de ferramentas digitais que favorecem a comunicação não presencial entre usuários e profissionais, incluindo o atendimento remoto, e o fortalecimento do trabalho colaborativo entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. De forma articulada, tais ações visam fortalecer a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, ampliar e facilitar o acesso da população e responder de modo mais efetivo às necessidades sanitárias do território municipal.

Tabela 14- Número de atividades conduzidas pela equioe E-mult no ano de2025

Quadrimestre	Total de pessoas atendidas	Total de atendimentos	Média de atendimentos por pessoa
1º Quadrimestre	1.015	2.830	2,79
2º Quadrimestre	734	2586	3,52
3º Quadrimestre	1126	3867	3,43

Fonte: SMS via PEC

4.2.2 Academia da Saúde

Outra estratégia extremamente válida e importante para o fortalecimento da Atenção Primária, por meio da ampliação a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal são as academias da saúde, voltadas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à

promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

O programa tem como objetivos contribuir para a promoção da saúde e de modos de vida saudáveis, a produção do cuidado e a prevenção de doenças e agravos, por meio de ações nos seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; mobilização da comunidade; e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis.

As ações do programa são desenvolvidas nos polos, que são estabelecimentos de saúde da APS dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, os quais devem estar inseridos na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Atualmente, a academia munipla da saúde encontra-se inativa, todavia, há programação de retorno das atividades, vem como buscas para construção e implantação de novas academias nas demais áreas de abrangências.

4.3 SAÚDE BUCAL

O Programa Brasil Sorridente faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003 a fim de ofertar ações para garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, reorganizando a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos. Nesse contexto, o município do Muquém do São Francisco, aderiu às principais linhas de ação do programa como a reorganização da atenção básica em saúde bucal e ampliação e qualificação da atenção especializada.

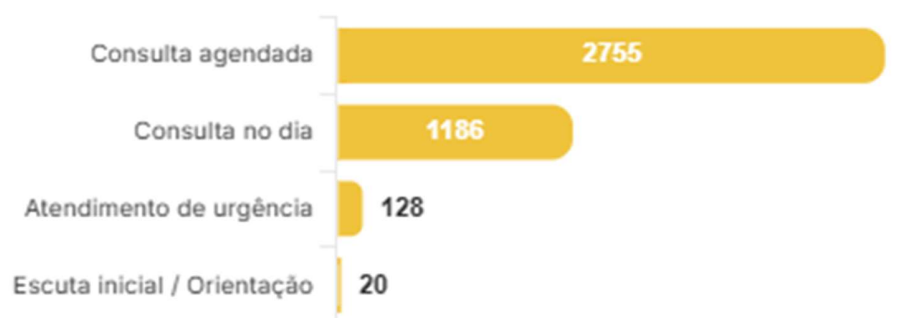
Para isso, o município do Muquém conta hoje com os seguintes recursos: 1) Atendimento odontológico em 4 Unidades de Saúde, além da UOM (unidade odontológica móvel) para atender a população com difícil acesso, entre eles os quilombolas e indígenas ; 2) Promoção de saúde bucal para crianças do ensino infantil com atividades de escovação e instrução de higiene oral nas escolas do município; 3) Serviço de Especialidades Odontológicas que oferta atendimento em 2 especialidades, sendo elas cirurgia oral menor e endodontia; 4) LRPD (Laboratório Regional de Prótese Dentária) oferta prótese dentária para a população do município, com prótese total e prótese parcial.

Apesar das ações e serviços ofertados, os principais desafios para a integralidade do cuidado em saúde bucal são: ampliação do acesso; qualificação da assistência; acolhimento, vínculo e

responsabilização; integralidade do cuidado em saúde bucal; planejamento, monitoramento e avaliação e o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais.

Entre janeiro e novembro de 2025, foram registrados 4.089 atendimentos odontológicos no município. Observou-se predominância de consultas agendadas, que corresponderam a 67,37% (2.755) do total. Em seguida, destacaram-se as consultas no dia, responsáveis por 29% (1.186) dos atendimentos. Os atendimentos de urgência representaram 3,12% (128), enquanto a escuta inicial totalizou 0,49% (20) procedimentos. Esses dados, apresentados no gráfico abaixo, refletem a organização da oferta de serviços e o perfil de demanda atendido pela equipe de saúde bucal ao longo do período analisado.

Figura7- Relação de atendimentos odontológicos realizados no município de Muquém do São Francisco-BA



Fonte: SMS via PEC

4.4 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS - SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192) do município de Muquém do São Francisco – Ba foi inaugurado no dia 22 de Maio de 2011, iniciando seu funcionamento à população no dia 24 de Maio do mesmo ano, com isso já são quase 15 anos de existência e serviço prestado com excelência a população SanFranciscana e transeuntes através de atendimento em APH – Atendimento Pré-Hospitalar e palestras educativas na sociedades.

A Base descentralizada do SAMU – 192 encontra-se localizada no distrito de Javi Av. José pessoa de Lima, S/N distante da sede do município aproximadamente 36km no ano de 2014 passou por uma reforma geral onde sofreu mudanças para ampliação da estrutura física envolvendo a garagem, sala de coordenação, conforto masculino, feminino e farmácia, desta forma adequando-

se a Portaria nº1010/GM/MS que trata sobre a qualificação com alteração de valores e custeios, hoje a Base encontra-se qualificada, publicado na Portaria 3.280 de 29 de dezembro de 2016.

A equipe é composta por 01 Coordenador, 05 Técnicos de Enfermagem Socorristas e 05 Condutores Socorristas, os quais passam por treinamentos e avaliação continua para compor a equipe.

Os treinamentos são ministrados pelo coordenador, profissionais convidados e por empresas especializadas. Acontecendo na sede na Base e com frequência mensal onde são abordados temas voltados ao APH – Atendimento Pré - Hospitalar com aulas teóricas e práticas. O conteúdo programático dos treinamentos segue abaixo na tabela 15

Tabela 15: Conteúdo programático aplicado aos treinamentos em 2024.

01- SUPORTE BASICO DE VIDA	11-
02- EDEMA PULMONAR AGUDO	SANGRAMENTO/FERIMENTOS/CHOQUE
03- ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	12- QUEIMADURAS
04- HIGIENIZAÇÃO DA AMBULANCIA	13 – INTOXICAÇÃO EXOGENA
05- CHOQUE ELETRICO	14 -PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS
06- EMERGENCIA OBSTETRICIAS	15- PCR E RCP
07- EMERGENCIA PSIQUIATRICAS	16- TRAUMA ABDOMINAL
08- TRAUMA TORÁCICO	17 – FRATURA E IMOBILIZAÇÃO
09- TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	18 – EMERGENCIAS CLINICAS
10- TRAUMA RAQUIMEDULAR	

Fonte: SMS/SAMU

A Base do SAMU de Muquém do São Francisco, possui 02 duas viaturas equipadas do tipo USB, sendo uma Mercedes-Bens SPRINT 415 e uma Renault Master, a Mercedes-Bens é usada como reserva técnica e a Master á VTR principal para se utilizar nas ocorrências por confiabilidade e conforto para equipe e paciente.

Através dessa tabela podemos perceber que o maior número de atendimentos foram destinados à pacientes clínicos adultos com 431 ocorrências, em segundo lugar com 63 ocorrências clinicas pediátricas, vítimas de trauma 96 pacientes ao total, obstétricos com um total de 25 casos

e as ocorrências, seguidos de ocorrências psiquiátricas com o total de 25 casos e óbito ao total foram 12.

Tabela 16: Mapa de chamadas e atendimentos SAMU NOS ANOS DE 2024 á 2025.

ESPECIALIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
	14	31	40	36	49	36	44	32	54	14	47	31
PEDIATRICO	01	04	08	17	05	01	04	10	09	01	01	2
TRAUMÁTICOS	05	10	10	07	09	06	08	09	12	03	10	7
OBSTETRICOS	00	03	02	08	02	02	01	03	02	00	01	1
PSIQUIATRICOS	01	0	04	03	06	00	01	05	03	0	01	1
QUEIMADOS	01	00	01	0	01	0	0	0	0	0	0	0
INFARTOAGUDO	0	0	01	0	01	0	0	0	0	0	0	0
INS. CARDIACA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONGESTIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIPERTENSÃO ARTERIAL	01	0	02	02	01	0	04	0	0	0	0	0
SISTEMICA ACIDENTE VASCU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AFOGAMENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INTOXICAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OBITO	0	02	01	01	01	01	01	01	01	01	02	0
TOTAL	23	50	69	74	75	46	63	60	81	19	62	42

FONTE: SMS/SAMU

4.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção

e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero.

O programa tem entre suas finalidades a proposição de normas relativas a ações de prevenção, controle, notificação, investigação e vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, bem como a vigilância de eventos adversos temporalmente associados à vacinação. Entre suas atribuições está a coordenação das ações relativas ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) no âmbito do governo federal. São objetos passíveis de financiamento as temáticas a seguir:

Rede de Frio

Estrutura física, organizada nas três esferas de gestão, que visa promover a implementação da Política Nacional de Vacinação por meio de adequado processo logístico, desde o laboratório produtor até o usuário final. As estruturas que compõem a Rede de Frio se organizam em centrais de rede de frio, nas instâncias estaduais, regionais e em salas de imunização e em centros de referências em imunobiológicos especiais, na instância local.

Essa última instância se difere das demais, uma vez que, além das atividades de recebimento, armazenamento, conservação e distribuição de imunobiológicos, concretiza-se de fato a ação de imunização.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Construção	Rede de Frio	20YJ	E / DF / M
Ampliação			
Reforma			
Serviço e Material de Consumo			E / DF / M / P
Equipamento e Material Permanente			E / DF / M

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero.

Descrição do Programa:

A Vigilância de Doenças Transmissíveis tem entre suas finalidades a proposição de normas relativas a ações de prevenção, controle, notificação de doenças transmissíveis, investigação e vigilância epidemiológica. Vigilância das Doenças Imunopreveníveis Ações de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, incluindo as síndromes gripais: covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. Essa vigilância abrange a estratégia de unidades sentinelas para síndromes gripais e a vigilância universal da síndrome respiratória aguda grave (Srag); síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) e em adultos (SIM-A); reinfeção por covid-19; variantes de preocupação, interesse e atenção do SARS-CoV-2; condições pós-covid; influenza aviária; além das ações do Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 e do rastreamento e monitoramento de contatos. No âmbito das doenças imunopreveníveis, a vigilância inclui também doenças exantemáticas como sarampo, rubéola, síndrome da rubéola congênita, caxumba e varicela; difteria, tétano acidental, tétano neonatal e coqueluche; meningites bacterianas, virais, parasitárias e fúngicas; poliomielite e paralisias flácidas agudas.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Doenças Imunopreveníveis	20YJ	E / DF / M / P
Estudos e Pesquisa			
Equipamento e Material Permanente			

DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

Ações de vigilância, de prevenção, de assistência e controle de hanseníase, esquistossomose, filariose linfática, oncocercose, tracoma e geo-helmintíases.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Doenças em Eliminação	20YJ	F / E / DF / M / P
Estudos e Pesquisa			

ARBOVIROSES

Ações, serviços e pesquisas em saúde voltados para as vigilâncias epidemiológica e entomológica e o controle vetorial de arboviroses de relevância para a saúde pública.

As arboviroses são as doenças causadas por vírus que são transmitidos pela picada de mosquitos vetores. Entre os arbovírus de maior importância epidemiológica no País estão o vírus da dengue, o da Chikungunya, o vírus da Zika, bem como o vírus da febre amarela (yellow fever vírus) e da febre oropouche.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Arboviroses	20YJ	F / E / DF / M / P
Estudos e Pesquisa			
Equipamento e Material Permanente			

ZOONOSES

Ações e serviços de saúde voltados para a vigilância, a prevenção e o controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública.

As ações financiáveis no âmbito da vigilância e do controle de zoonoses dividem-se em:

1. Unidade de Vigilância de Zoonoses.
2. Ações vinculadas ao encoleiramento de cães com coleiras impregnadas com inseticida para a prevenção e o controle da leishmaniose visceral.
3. Estudos e pesquisas.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Construção	Unidade de Vigilância de Zoonoses	20YJ	E / DF / M
Ampliação			
Reforma			
Serviço e Material de Consumo*	Zoonoses		E / DF / M
Estudos e Pesquisa			F / E / DF / M
Equipamento e Material Permanente*	Unidade de Vigilância de Zoonoses		E / DF / M

CONTROLE DAS ENDEMIAS

Tabela 17: Demonstrativo do PCFAD no ano de 2025 – Sede

CICLO	IMOVEIS INSPE. (MÉDIA/MENSAL)	IMOVEIS INSP/AEDES	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL
1º	319	3	0,9%
2º	318	2	0,6%
3º	358	2	0,6%
4º	836	4	0,5%
5º	601	2	0,3%
6º	-	-	-
TOTAL (ANUA):	2432	13	0,29%

Fonte: PCFAD/SMS/VIEP**Tabela 18:** Demonstrativo do PCFAD no ano de 2025– Zona Rural

CICLO	IMOVEIS INSPE. (MÉDIA/MENSAL)	IMOVEIS INSP/AEDES	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL
1º	1928	31	1,6%
2º	1583	22	1,4%
3º	1578	16	1,0%
4º	3797	25	0,7%
5º	1423	9	0,6%
6º	-	-	-
TOTAL (ANUAL):	10.309	103	5,3%

Fonte: PCFAD/SMS/VIEP**Tabela 19:** Demonstrativo do PCFAD no ano de 2025 – Geral

CICLO	IMOVEIS INSPE. (MÉDIA/MENSAL)	IMOVEIS INSP/AEDES	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL
1º	2247	34	1,5%
2º	1901	24	1,3%
3º	1936	18	0,9%
4º	4633	29	0,6%
5º	2024	11	0,5%
6º	-	-	-
TOTAL (ANUAL):	12.741	116	4,8%

Fonte: PCFAD/SMS/VIEP

Tabela 20: Demonstrativo do PCFAD no ano de 2025 – Zona Rural por Localidade

CICLO	IMOVEIS INSPE. (MÉDIA/MENSAL)	IMOVEIS INSP/AEDES	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL
Javi	806	11	1,4%
Alagadiço	26	0	0%
Cipó	93	2	2,0%
Passagem	199	2	1,0%
Três Morros	81	4	4,9%
Santa Bárbara	64	2	3,0%
Volta Da Serra	31	1	3,2%
Pirajiba	106	4	3,7%
Reforma Santana	52	1	1,9%
Fazenda Grande	190	1	0,5%
Boa Vista Do Pixaim	280	1	0,4%

Fonte: PCFAD/SMS/VIEP

Em pesquisa realizada com técnicos do Município houve detecção de haemagogus nas áreas de matas e locais com acúmulos de águas paradas próximas aos aglomerados urbanos, contudo não estavam infectados. O Aedes aegypti, é o responsável pela transmissão da dengue, Chikungunya e da Zika, ele pode transmitir também o vírus da febre amarela, sendo um fator de alto risco para a disseminação da doença, que tem alta taxa de letalidade. Portanto é de suma importância ampliar os trabalhos educativos e de sensibilização no controle do vetor.

IMUNIZAÇÃO

Tabela 21: Cobertura Vacinal de rotina por Imunobiológico em menores de 1 ano do município de Muquém do São Francisco 2025.

IMUNO	% COBERTURA 2025	DOSES APLICADAS	PÚBLICO ALVO
HEPATITE B	81,74%	120	147
DTP	82,20%	121	147
FEBRE AMARELA	72,41%	106	147
POLIO INJETAVEL	80,67%	118	147
PNEUMO 10	86,94%	127	147
MENINGO C	83,37%	122	147
PENTAVALENTE	81,70%	120	147
ROTA VIRUS	84,26%	123	147

Fonte: SIPNI - Considerando a meta de 120 crianças menores de 1 ano

A vacinação de rotina teve as coberturas satisfatórias em comparação ao ano de 2021, mantendo desta forma um bom nível imunitário desta população, sendo realizado sempre busca ativa do público alvo, e atualização de cadernetas, entregando sempre o melhor atendimento e qualidade a população.

Demonstrativo das campanhas de vacinação

Tabela 22: Doenças diarreicas agudas no ano de 2024 e 2025

FAIXA ETÁRIA	Nº DE CASOS 2024	Nº DE CASOS 2025
≤ 1 ANO	13	
1 a 4 anos	57	
5 a 9 anos	49	
≥ 10 anos	262	
Ignorado	0	
TOTAL	381	

Fonte: Relatórios MDDA/VIEP Municipal

Tabela 23 Plano tratamento/doenças diarreicas agudas 2024 e 2025

PLANO TRATAMENTO	Nº DE CASOS (TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS) 2024	Nº DE CASOS (TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS) 2025
A	381	
B	-	
C	-	

Fonte: Planilhas Semanais/SMS/VIEP

Houve um aumento significativo de número de casos em relação ao ano de 2021, mas o maior percentual ainda se concentra em maiores de 10 anos e não aconteceram internações. Deste modo, devemos estar mais atentos aos casos de diarreias, pois sinalizam possíveis fatores de risco e adoecimento da população, em especial por doenças de veiculação hídrica. O plano de tratamento utilizado foi o tipo A em todas as situações.

Tabela 24: Nascidos Vivos, consultas de Pré natal e peso das crianças ao nascer, 2024.

Peso ao nascer	Nenhuma	1 a 3 consultas	4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
Menos de 500g	-	-	-	1	-	1
500 a 999 g	-	-	1	-	-	1
1500 a 2499 g	-	-	5	5	1	11
2500 a 2999 g	-	2	9	27	-	38
3000 a 3999g	1	1	31	66	-	99
4000g e mais	1	2	3	5	-	11
Total	2	5	49	104	1	161

Fonte:MS/SVSA/CGIAE- Sistema de informações sobre Nascidos Vivos- SINASC

No ano de 2024 foram registradas apenas duas pessoas que não faziam as consultas de pré-natal na gestação, o que pode acarretar complicações durante a gestação e o parto, já o quantitativo de 7 a mais consultas tem um grande número de registros, com a maioria de bebês com kg adequados, deve-se ressaltar a importância das consultas de pré-natal na gestação, para prevenir possíveis agravos tanto na mãe quanto no Nascido Vivo.

4.6 VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

A Vigilância Sanitária e a Vigilância em Saúde Ambiental constituem pilares fundamentais das ações de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS. Embora apresentem especificidades próprias, ambas se complementam e interagem com outras áreas, como vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, atenção primária, saneamento ambiental e laboratórios de saúde pública, formando um conjunto integrado de ações voltadas à proteção e promoção da saúde.

A Vigilância Sanitária compreende um conjunto de ações capazes de eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange, assim o controle de bens de consumo direta ou indiretamente relacionados à saúde, em todas as etapas,

perfazendo entre a produção ao consumo, bem como o controle de serviços que possam impactar a saúde da população.

A Vigilância em Saúde Ambiental, por sua vez, tem como missão avaliar os fatores ambientais que possam gerar impactos negativos à saúde humana, identificando, monitorando e prevenindo riscos. Atua em situações nas quais o meio ambiente representa algum fator de risco para a saúde pública, incluindo a qualidade da água para consumo humano, do ar e do solo, desastres naturais, contaminantes ambientais e produtos perigosos. Nesse contexto, o controle da qualidade da água é uma responsabilidade compartilhada: o município realiza a coleta das amostras, enquanto o estado executa a análise laboratorial. Quando são constatadas irregularidades, a VISAM atua com medidas corretivas para adequar o sistema de abastecimento conforme a legislação vigente.

Apesar de ser uma área mais recente dentro do SUS, a Vigilância em Saúde Ambiental tem avançado significativamente. No município, a equipe responsável desenvolve ações essenciais de prevenção, monitoramento e educação em saúde, especialmente por meio do programa Vigiágua, adequando suas atividades às necessidades e características do território.

Assim, a articulação entre Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental fortalece a capacidade do sistema de saúde de identificar, controlar e prevenir riscos, garantindo a proteção da saúde da população e a melhoria contínua das condições sanitárias e ambientais.

Assi, dentre as ações realizadas pela equipe responsável pela Vigilância Sanitária e Ambiental podem ser feitas ações voltadas:

I – Comércio e Alimentos –

Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde

Ações: Inspeção Sanitária/Reinspeção, coleta de amostras. Investigações DTA, atividades educativas para o setor regulado; Educação e comunicação em saúde para a população; Elaboração de material educativo, Parcerias com instituições diversas;

II - Ações Integrais de Saúde:

Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica; Ações Intersetoriais: Ações de intervenção no risco sanitário em parcerias com ADAB, MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL, PROCON E VIEP. Ações laboratoriais: Não realizadas de rotina, somente denúncias

III - Estabelecimentos de Saúde

Ações: Inspeção sanitária/reinspeção, coleta de amostras, investigações, atividades educativas para o setor regulado, educação e comunicação em saúde para a população; elaboração de material educativo, parcerias com instituições diversas

IV - Ações Intersetoriais:

Ações de intervenção no risco sanitário em parcerias

VI - Estabelecimentos de Drogarias e Correlatos

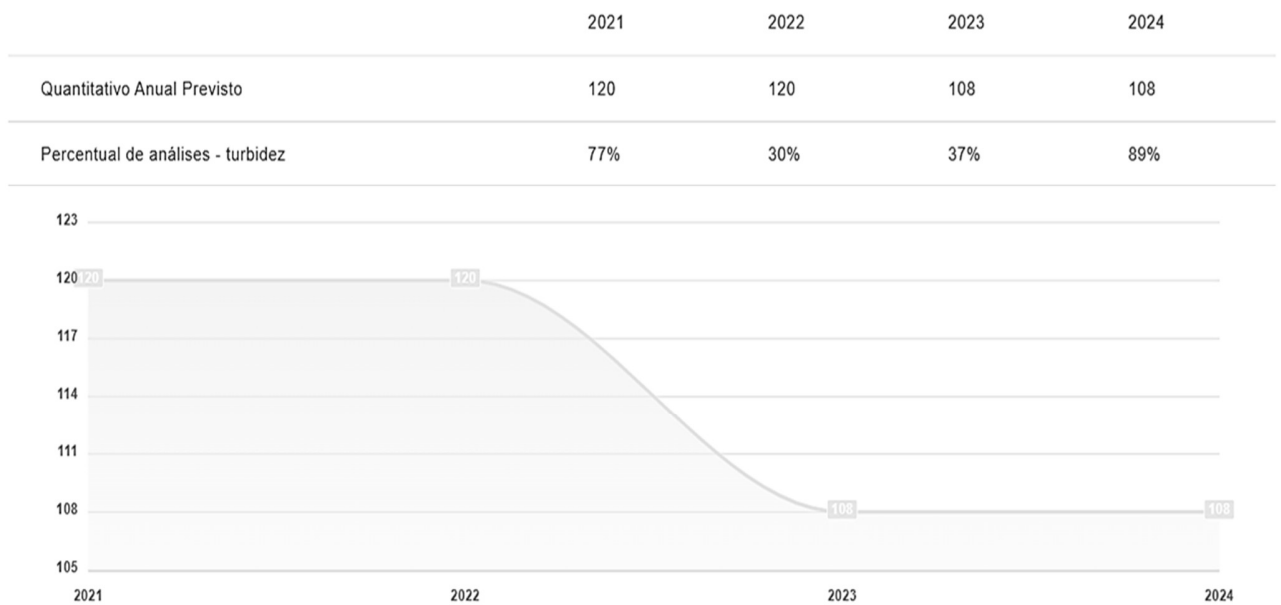
Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde:

Ações: Inspeção sanitária/reinspeção, coleta de amostras, investigações, atividades educativas para o setor regulado, educação e comunicação em saúde para a população; elaboração de material educativo, parcerias com instituições diversas

VII- VIGIÁGUA: ações de vigilância que visam garantir à população o acesso à água em quantidade e qualidade suficiente e compatível com padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, para a promoção da saúde. Para tanto, são realizadas coleta de água para análise em laboratório, inspeção e orientação nas unidades de interesse da saúde, segundo plano de amostragem da vigilância, atendimento de denúncias em casos de suspeita de contaminação de água para consumo humano

A Lei municipal nº 033 de 22/03/2017 da Vigilância em Saúde foi finalmente aprovada, com isto proporcionou uma maior segurança quanto às ações pertinentes e possibilitando uma melhor organização. A revisão de cadastramento apontou para um significativo número de estabelecimentos fora de atividade e as orientações para as adequações serão norteadas pela normatização em conformidade com a legislação vigente. Faz-se necessário também potencializar as ações de VISA buscando uma estruturação condizente por intermédio de capacitações, transporte, parceria com o setor regulado.

Figura Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano



Fonte: CONASEMS,2025

5. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE

Em Muquém do São Francisco, as formas de organização social resultam das características de sua formação geral, enquanto parte de um contexto mais amplo representado pelo semiárido. Portanto, o município apresenta uma estrutura organizacional tradicional, frágil e com pouco poder de pressão. Conta com 01 Sindicato de Trabalhadores Rurais, 42 Associações de Produtores Rurais e de Moradores, distribuídos nas diversas comunidades.

Importante destacar a existência e atuação do Conselho Municipal de Saúde, instância colegiada, com poder deliberativo na gestão de saúde do município. O mesmo é paritário e representa o conjunto de segmentos: 50 % usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% gestão. É composto por 08 membros titulares e 08 suplentes. Reúne-se regularmente e delibera sobre as políticas de saúde no município. Apresenta-se como desafio para a implementação do controle social no município, a implantação dos conselhos locais de saúde.

Esses dados reforçam a importância de espaços como esta conferência, que tem por objetivo central reunir gestores, trabalhadores, usuários e representantes da sociedade civil para debater os rumos da saúde pública no município. Sob o tema “Sistema Único de Saúde do Município de Muquém do São Francisco – diagnosticar, planejar e indicar as prioridades e ações para o quadriênio 2026-2029”, reafirmamos o compromisso com uma gestão participativa, inclusiva e voltada para a promoção da equidade e da justiça social

O evento contou com a participação de representantes da gestão pública, trabalhadores da saúde, usuários do SUS e entidades da sociedade civil organizada, respeitando os princípios da paridade e da participação democrática. Desta forma, o presente relatório visa sistematizar os principais resultados, propostas, deliberações e encaminhamentos da conferência

Em continuidade ao processo de fortalecimento do controle social e do planejamento em saúde, realizou-se na sede do município, nas propostas que serão incorporadas ao Plano Municipal de Saúde para o quadriênio, conforme pode ser vista abaixo:

EIXOS TEMÁTICOS

- Eixo I – Vigilância, Proteção e Promoção da Saúde; -
- Eixo II – Atenção Integral à Saúde;
- Eixo III – Planejamento, Rede e Processo Regulatório em Saúde

O município mantém regularidade em relação à elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde, bem como do Relatório Anual de Gestão.

5.1 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Pelo porte populacional do município e sua inserção no processo de Regionalização da saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado – PDR, a gestão municipal estruturou a atenção básica, garantindo à população o acesso a esse nível de assistência dentro do seu território, e participar de forma colegiada da construção de redes de atenção na região, a fim de assegurar aos seus munícipes a atenção integral à saúde através das referências em consultas e exames especializados, bem como assistência hospitalar para os municípios da micro e macrorregião, e para Salvador / Brasília quando necessário.

Rede Física

Tabela 25 : Distribuição da rede física de saúde por tipo e nível de gestão, no município de Muquém do São Francisco, no ano de 2025.

Tipo de Unidade	Nível de gestão	
	Público Municipal	Público Federal
Unidade Básica de Saúde	05	-
Unidades Satélites	08	-
Unidade Odontológica Móvel	01	-
Consultório odontológico	05	-
Posto de Saúde Indígena – Aldeia Kiriri	-	01

Fonte: SMS Muquém do São Francisco

Considerando a vasta extensão territorial e a baixa densidade demográfica, verifica-se que o número de Unidades satélites de Saúde supre 100% de cobertura da rede física da atenção básica municipal. Nesse sentido, estão em processo de finalização a Unidade de Saúde da Família na comunidade quilombola de Boa Vista do Pixaim, com previsão de inauguração para início de 2026

A administração vem empreendendo esforços para manter a regularidade no atendimento das Equipes de Saúde da Família nas Unidades Satélites, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde com assistência médica, de enfermagem e odontológica, sendo a última por meio da Unidade Odontológica Móvel, com deslocamento semanal.

O investimento contínuo no processo de reorganização da atenção básica se faz necessário e demonstra o compromisso da gestão municipal em ofertar à seus munícipes uma assistência à saúde de qualidade, mais próxima de sua residência, garantindo uma forma de organização da saúde diferenciada, onde a implantação de unidades satélites é importante para dar suporte às equipes de saúde da família, haja vista a existência de localidades populosas e distantes da sede, como áreas de assentamentos e acampamentos rurais, remanescentes de quilombolas e ribeirinhas.

Paralelamente a essa estruturação contínua na Atenção Básica, percebeu-se a necessidade de implantação/ implementação de serviços especializados ofertados nas Unidades de Saúde da Família para assegurar maior resolutividade e agilidade no diagnóstico e acompanhamento dos usuários pelas Equipes de Saúde, uma vez que as pactuações realizadas com municípios da região não suprem as necessidades, bem como não existe cumprimento das mesmas em sua totalidade. Desta forma, são ofertados atendimentos com nutricionista, fisioterapeutas e psicólogos nas unidades básicas. Além desta foi implementado uma equipe e-multi na unidade de Saúde do Família do Javi no ano de 2025.

Recursos Humanos

Tabela 26: Distribuição de recursos humanos por categoria profissional e vinculação, no município de Muquém do São Francisco, no ano de 201

Categoria Profissional	Nº	Vinculação
Médico	03	Municipal
Médico	02	PMM
Enfermeiro	08	Municipal
Sanitarista	02	Municipal
Odontólogo	05	Municipal
Farmacêutico	01	Municipal
Fisioterapeuta	03	Municipal

Nutricionista	01	Municipal
Psicólogo	03	Municipal
Téc. de Enfermagem	24	Municipal
Téc de Enfermagem Socorrista	05	Municipal
Condutor Socorrista	06	Municipal
Motorista	10	Municipal
Aux. de Consultório Dentário	05	Municipal
Agente Comunitário de Saúde	26	Municipal
Agente de endemias	09	Municipal
Aux. de Farmácia	05	Municipal
Recepcionista	05	Municipal
Aux. Administrativo	01	Municipal
Digitador	03	Municipal
Aux. de Serviços Gerais	13	Municipal
Vigilante	01	Municipal

Fonte: SMS Muquém do São Francisco

Estruturação e Ações Básicas de Saúde

É importante destacar que no referido ano houve uma redução considerável no valor repassado pelo programa em função de mudanças na alimentação do sistema de informação, sem a oferta oportuna do treinamento pelo Estado, o que gerou a ausência de repasse de recurso no período de abril a outubro/ 2017. Observamos que até o final desse ano a situação ainda não havia sido regularizada. Esse fato impactou diretamente no incremento dispensado pelo município para manutenção dos tratamentos fora do domicílio, além do que já é custeado pela contrapartida municipal.

6. REFERENCIA E CONTRA REFERÊNCIA

Muquém do São Francisco tem como referência o município de Barreiras, Salvador e demais cidades de acordo com a Central de Regulação do Estado da Bahia (CER). A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada no sistema, oferecendo Atenção Básica e alguns serviços de média complexidade. Os demais serviços de apoio diagnóstico, consultas especializadas, emergência e que necessitam dos serviços de média e alta complexidade são encaminhados para os municípios de referência.

Tabela 27 - Definição das Referências na Média Complexidade no Município ou Região

AÇÕES DE REFERÊNCIA	NOME E LOCAL DA UNIDADE DE REFERENCIA
Atendimento especializado	Barreiras Salvador Ibotirama
Atendimento especializado odontológico	Barreiras Ibotirama
Atendimento de urgência	Ibotirama SAMU 192 Barreiras
Exames de laboratório	Municipal contratualizado Particular Barreiras
Radiodiagnóstico	Barreiras
Ultrassonografia	Municipal contratualizado Barreiras
Internação na Clínica Básica	Ibotirama Barreiras
Saúde Mental	Ibotirama Barreiras
Parto	Ibotirama Barreiras

Fonte : SMS

7. FINANCIAMENTO EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 estabelece que as três esferas de governo: federal, estadual e municipal, são responsáveis pelo financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo os recursos necessários para custear as ações e os serviços públicos de saúde. Conforme o §1º do Art. 198 da Carta Magna, o SUS deve ser financiado com recursos próprios de cada ente federativo, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente previstos no orçamento da seguridade social da União, dos Estados e dos Municípios.

Para assegurar a operacionalização dessas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 determina que as despesas em saúde sejam financiadas por meio dos Fundos de Saúde, unidades orçamentárias específicas geridas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Cada ente federado deve garantir aporte regular e obrigatório de recursos ao respectivo Fundo de Saúde, respeitando os critérios e percentuais mínimos estabelecidos pela legislação vigente.

As transferências de recursos da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios, sejam regulares ou eventuais, estão condicionadas ao cumprimento das contrapartidas exigidas por esses entes federativos, conforme previsto na Lei de Diretrizes Orçamentárias e demais normativas correlatas. Tais repasses ocorrem predominantemente na modalidade de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente aos Estados, Distrito Federal e Municípios, ou, em alguns casos, pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios. Essa sistemática garante previsibilidade e regularidade no fluxo de recursos, permitindo que gestores estaduais e municipais executem suas Programações de Ações e Serviços de Saúde de forma contínua e planejada.

No que se refere ao financiamento municipal, a Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que os municípios devem aplicar, anualmente, no mínimo 15% da arrecadação de impostos próprios, acrescida das transferências constitucionais, em ações e serviços públicos de saúde. Esse aporte mínimo é condição essencial para a manutenção das atividades do SUS em nível local e para assegurar a sustentabilidade da rede assistencial, reforçando o compromisso legal e administrativo dos gestores municipais com a garantia do direito à saúde.

Os recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e ao Distrito Federal são organizados, de acordo com a Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020, nos seguintes Blocos de Financiamento: Bloco de Estruturação e Bloco de Manutenção. A realização de uma gestão orçamentário-

financeira do SUS é necessária para a integração das funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em conformidade com os instrumentos de gestão. No município, o gestor não pode realizar gastos com ações ou serviços que não estejam previstos no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e nas Leis Orçamentárias (PPA, LDO e LOA)

7.1 EMENDAS PARLAMENTARES

O planejamento de políticas públicas é um processo estratégico que visa atender às necessidades da população e promover o desenvolvimento socioeconômico do País. Ele se estrutura em diversas etapas, como a identificação de demandas, a formulação de objetivos e metas, e a alocação de recursos orçamentários. Esse planejamento deve estar alinhado com as diretrizes estabelecidas nos Planos Plurianuais (PPA), que têm vigência de quatro anos, garantindo coerência com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Além disso, é fundamental que o processo seja participativo, envolvendo a sociedade por meio de consultas públicas e a colaboração entre os diferentes níveis de governo e órgãos envolvidos, assegurando que as políticas sejam eficazes e atendam às prioridades nacionais. Nesse sentido, as conferências constituem-se em instâncias de participação social onde são discutidas, avaliadas e priorizadas as necessidades da política de saúde para o período subsequente, que geralmente é de quatro anos. O resultado desse processo é a formulação de diretrizes que se concretizam no Plano Nacional de Saúde (PNS), além dos respectivos Planos Municipais (PMS) e Estaduais de Saúde (PES). Nesse contexto, a etapa do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído por um processo estruturado de forma ascendente, que se inicia em nível municipal, evoluindo até as esferas estadual e federal, conforme estabelecido no artigo 36 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 30 da Lei Complementar n.º 141, de 13 de maio de 2012. As emendas parlamentares como instrumentos de participação do Congresso Nacional no processo de discussão e aprovação do orçamento federal, ao alocarem recursos nas programações prioritárias, estarão contribuindo para a ampliação do acesso da população à saúde pública de qualidade, fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

8. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – Pneps-SUS

Programa Nacional e Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS

Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde

Desprecarização do Trabalho na Saúde

Funcional Programática:

ESFERA ORÇAMENTÁRIA	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO	PROGRAMA	AÇÃO	LOCALIZADOR
20	36901	10	128	5121	20YD	XXXX
Seguridade Social	Fundo Nacional de Saúde	Saúde	Formação de Recursos Humanos	Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde	Educação e Trabalho em Saúde	<i>Inserir o localizador conforme o interesse do parlamentar</i>

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Descrição do Programa: A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS) tem o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

Objetiva promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras. Além disso, visa apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada

entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas, assim como fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde	20YD	F / E / DF / M / P

PROGRAMA NACIONAL DE EQUIDADE DE GÊNERO, RAÇA E VALORIZAÇÃO DAS TRABALHADORAS NO SUS

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Descrição do Programa: Tem por objeto a criação e a ampliação das condições necessárias ao exercício da equidade de gênero, raça, etnia e da valorização das trabalhadoras no âmbito do SUS. Tem como objetivos específicos promover a equidade de gênero, raça e etnia no Sistema Único de Saúde, buscando modificar as estruturas machistas e racistas que operam na divisão do trabalho na saúde; enfrentar as diversas formas de violências relacionadas ao trabalho na saúde; acolher as trabalhadoras da saúde no processo de maternagem; promover o acolhimento das mulheres, considerando seu ciclo de vida no âmbito do trabalho na saúde; garantir ações de promoção e de reabilitação da saúde mental, considerando as especificidades de gênero, raça e etnia; e promover a formação e a educação permanente em saúde, considerando as interseccionalidades no trabalho na saúde.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Implementação do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS)	20YD	F / E / DF / M / P
Equipamento e Material Permanente			

ESTRUTURAÇÃO E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NAS ÁREAS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais. **Descrição do Programa:** A ação tem por objetivo investir na estruturação das áreas responsáveis pela gestão do trabalho e da educação na saúde em estados, municípios e no Distrito Federal, qualificando a ambiência, as relações e as condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras que atuam na gestão do SUS.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Equipamentos e Material Permanente	Valorizar e apoiar o desenvolvimento de ações de gestão do trabalho e educação na saúde, no âmbito do SUS, que resultem em processos, condições e relações de trabalho seguro, digno e humanizado.	20YD	F / E / DF / M

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR DA SAÚDE
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Descrição do Programa: O escopo de atuação da gestão do trabalho como política deve repercutir em ações estratégicas e pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde, compreendendo também temas relacionados à saúde dos trabalhadores da saúde, ao trabalho decente e digno na saúde, à humanização das relações do trabalho na saúde e aos vínculos de trabalho com proteção social. Busca incentivar a elaboração de planos de segurança e saúde do trabalhador da saúde, programas de humanização das relações sociais do trabalho na saúde, promovendo a qualidade de vida no trabalho da saúde.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Contribuir para a estruturação de ações na área de saúde e segurança do trabalhador da saúde, assim como para a humanização das relações sociais do trabalho na saúde.	20YD	F / E / DF / M / P

DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Descrição do Programa: O processo de desprecarização do trabalho na saúde busca alternativas pactuadas entre gestores e trabalhadores para a superação dos problemas decorrentes da atual situação da precarização no Sistema Único de Saúde (SUS). Pretende-se, assim, contribuir para a

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Contribuir para o processo de desprecarização do trabalho na saúde, por meio de estratégias para a implementação das carreiras no SUS	20YD	F / E / DF / M / P

elaboração de políticas e diretrizes para o fortalecimento da despreciação, bem como para a criação de estratégias para a implementação e o aperfeiçoamento das carreiras no SUS.

SAÚDE DIGITAL

Programa Estratégico:

Implantação,

Desenvolvimento e Manutenção da Saúde Digital,

Telessaúde e Inovação no SUS

Funcional Programática:

ESFERA ORÇAMENTÁRIA	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO	PROGRAMA	AÇÃO	LOCALIZADOR
20	36901	10	573	5121	21CF	XXXX
Seguridade Social	Fundo Nacional de Saúde	Saúde	Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico	Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde	Implantação, Desenvolvimento e Manutenção da Saúde Digital, Telessaúde e Inovação no SUS	<i>Inserir o localizador conforme o interesse do parlamentar</i>

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Descrição do Programa: Formulação, implementação e funcionamento da Saúde Digital e Telessaúde, com o objetivo de apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde por meio do estabelecimento de diretrizes e da oferta de serviços que promovam a integralidade e a continuidade do cuidado entre todos os níveis de atenção no SUS (teleconsultoria – síncrona e assíncrona–, teletriagem, teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento, teleinterconsulta, teleducação, tele regulação, tele orientação e outras), inclusive em situações de vazios assistenciais, populações em vulnerabilidade e condições geográficas e climáticas críticas no âmbito do SUS, por meio das seguintes iniciativas:

1. Projetos de atendimento em saúde a distância a serem executados por núcleos técnico-científicos (entes públicos ou privados com finalidade não econômica) com vista a promover a melhoria do acesso aos serviços públicos de saúde.
2. Elaboração de estudos técnicos, diretrizes e protocolos, análise e disseminação de dados, articulação e integração para subsidiar estratégias de telessaúde e inovação.
3. Desenvolvimento de estratégias para monitoramento nacional dos sistemas de telessaúde.
4. Financiamento de projetos de pesquisa e estudos para subsidiar a ampliação do acesso às ações e aos serviços de telessaúde e inovação.
5. Desenvolvimento e implantação de infraestrutura tecnológica para estruturação e funcionamento dos serviços de telessaúde e inovação.
6. Promoção, ao fomento e ao desenvolvimento de soluções inovadoras para o fortalecimento do ecossistema de saúde e transformação digital no SUS.
7. Incentivo à formação e à educação permanente em saúde digital.

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Implantar, desenvolver e ampliar as ações de Saúde Digital e Telessaúde no âmbito do SUS.	21CF	F / E / DF / M / P / C
Estudo e Pesquisa			
Equipamento e Material Permanente			

PROGRAMA ESTRATÉGICO: TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO SUS

Funcional Programática:

ESFERA ORÇAMENTÁRIA	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO	PROGRAMA	AÇÃO	LOCALIZADOR
20	36901	10	126	5121	216M	XXXX
Seguridade Social	Fundo Nacional de Saúde	Saúde	Tecnologia da Informação	Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde	Transformação Digital no SUS	Inserir o localizador conforme o interesse do parlamentar

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

OBJETIVO: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Descrição do Programa: Implementação e aprimoramento de ações e serviços de Saúde Digital, Telessaúde e inovação por meio do apoio financeiro aos entes federativos, com o objetivo geral de promover a transformação digital no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a ampliar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção à saúde. Busca apoiar a transformação digital no SUS em interação ao campo da saúde como um todo, incluindo a atenção integral à saúde, a vigilância em saúde, a formação e educação permanente dos trabalhadores e profissionais de saúde, a gestão do SUS em seus diversos níveis e esferas, e o planejamento, monitoramento, avaliação, pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde, mas sem se restringir a estes. São objetivos específicos do Programa SUS Digital: 1. Fomentar o uso apropriado, ético e crítico de novas tecnologias digitais no SUS. 2. Apoiar a proposição de soluções digitais colaborativas e livres que melhorem a oferta de serviços, a gestão do cuidado pelos profissionais de saúde e a qualidade da atenção à saúde. 3. Incentivar a formação e educação permanente em saúde digital. 4. Promover a sensibilização, a conscientização e o engajamento para uso das tecnologias digitais e tratamento adequado de dados pelos atores do SUS, fomentando o letramento digital e a cultura da saúde digital e da proteção de dados pessoais. 5. Ampliar a maturidade digital no SUS. 6. Fortalecer a participação social e o protagonismo do cidadão na criação de soluções digitais inovadoras no campo da saúde. 7. Fortalecer o ecossistema de saúde digital no SUS. 8. Contribuir para o desenvolvimento de um ambiente colaborativo para o aprimoramento da gestão do SUS, por meio da transformação digital. 9. Promover a interoperabilidade de dados em saúde. 10. Reduzir a iniquidade no acesso às soluções e aos serviços de saúde digital nas diferentes regiões do País. 11. As ações, estratégias e planos de ação de transformação digital decorrentes do Programa SUS Digital.

- Eixo 1: cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde;
- Eixo 2: soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no âmbito do SUS;
- Eixo 3: interoperabilidade, análise e disseminação de dados e informações de saúde

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	BENEFICIÁRIO
Serviço e Material de Consumo	Promover ações e serviços de Transformação Digital no SUS.	21GM	F / E / DF / M
Equipamento e Material Permanente			

Referência bibliográfica: BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. Cartilha para apresentação de propostas-2025/Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

9. LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS

Considerando a importância da identificação e priorização dos problemas para o planejamento local em saúde, o município estruturou esse processo em três etapas complementares.

No primeiro momento, foi realizada uma oficina envolvendo profissionais de saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de levantar e priorizar os principais problemas identificados no território.

O segundo momento consistiu no levantamento de informações sobre as condições sociais e de saúde do município, por meio da construção de indicadores e da realização da análise situacional, permitindo uma compreensão ampliada dos determinantes e dos agravos que impactam a população.

Por fim, o terceiro momento envolveu a compatibilização dos problemas e das propostas de ação apresentadas durante a Conferência Municipal de Saúde, assegurando a integração entre participação social, diagnóstico técnico e planejamento estratégico. A partir desse processo, foram elencados vários problemas que podem ser classificados em:

- 1- Problema do Estado de Saúde;
- 2- Problema do Sistema de Saúde.

Tabela 33: Levantamento dos problemas do estado de saúde da população.

1. - Problemas do estado de saúde da população x Conferência Municipal de Saúde

Eixo I- Vigilância, Proteção e Promoção da Saúde
1 - Melhorar e ampliar a frota de veículos da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de otimizar o atendimento às necessidades das equipes de saúde e, principalmente, dos pacientes que dependem do transporte, seja por meio de veículos comuns ou ambulâncias. Ademais, promover a melhoria das estradas vicinais que dão acesso às diversas localidades do município

2 - Implantar um núcleo de educação permanente para capacitar as equipes de saúde de todos os seguimentos da saúde em nosso município, sendo preferencialmente presencial;
3 - Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde, mediante a eleição de conselheiros municipais de saúde capacitados para exercer funções natas de conselheiros de saúde, bem como rege o estatuto, estimulando a sociedade a participar, para que o exercício do Controle Social seja legitimado, aumentar a publicidade das reuniões do conselho municipal de saúde
4 - Implantar Academias da Saúde nas regiões de saúde do município com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para assistir os grupos que venham a necessitar do serviço, oferecendo atenção individualizada proporcionando melhorias na qualidade vida destas populações;
5- Criação do Plano de Cargos e Salários para os profissionais de saúde.
6-Realização de concurso público.
7 - Reativar a equipe e-multi (nutricionista, psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta entre outros);
8- Intensificar ações educativas sobre educação sexual e planejamento familiar de forma continuada;
9- Aumentar as atividades educativas voltadas à redução de risco para o desenvolvimento de CA.
10-Fortalecer as ações da vigilância em saúde por meio da ampliação de equipes técnicas.
11-Implementar campanhas educativas permanentes nas escolas, comunidades e unidades de saúde sobre prevenção de doenças transmissíveis (como dengue, Chikungunya, hepatites, tuberculose, hanseníase, ISTs) e não transmissíveis (hipertensão, diabetes, cânceres entre outros).
12- Intensificar o acesso à vacinação com campanhas itinerantes em áreas rurais e de difícil acesso, garantindo a cobertura vacinal adequada para todas as faixas etárias.

13-Atualizar o código sanitário do município.
14-Implementar o plano VSPEA (Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos).
15-Ampliar a investigação de casos, monitoramento de doenças de maior incidência local e elaboração de estratégias para controle, por meio da realização de matriciamento dos casos e acompanhamento conjunto com a equipe e-multi
16-Promover ações de da saúde ambiental com atenção à qualidade da água, do ar e do solo, através de ações da vigilância sanitária e ambiental em parceria com outras secretarias e órgãos
17-Implementar curso de primeiros socorros nas escolas, para profissionais de saúde e educação
18-Divulgação das atribuições das vigilâncias em saúde.
19-Criar e implementar hortas comunitárias, com foco no cultivo de plantas medicinais de acordo com manual de práticas integrativas do MS em parcerias com outras secretarias e órgãos
20-Criar e implementar grupos terapêuticos (tabagismo, alcoolismo...) nas unidades de saúde.
EIXO II- Atenção Integral à Saúde
1- Garantir o atendimento de pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual e visual, dentre outros problemas de saúde, como adoecimento mental, social, por meio da implantação da equipe multiprofissional (eMULTI), equipes compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas de conhecimento e categoria;
2 - O município através da secretaria de saúde realize convênios com municípios vizinhos, ou municípios que possuam serviços de saúde especializados que consigam atender as demandas, que por ventura ficam desassistidas dentro da nossa rede municipal de saúde;

3 - Ampliar e reformar as Unidades de Saúde da Família do município, com o objetivo de oferecer melhores condições de trabalho aos profissionais da equipe básica e multiprofissional, bem como aprimorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes que utilizam os serviços de saúde. As ações deverão ser executadas com recursos oriundos das esferas estadual e federal, contemplando, de forma equitativa, os povos originários, comunidades ribeirinhas, acampados e assentados;
4- Desprecarizar o setor da saúde por meio da realização de concursos públicos, com o intuito de, entre outros objetivos, reduzir a rotatividade dos profissionais e, conseqüentemente, evitar a descontinuidade no cuidado e na atenção prestados aos pacientes.;
5- Garantir a manutenção dos contratos entre o período de dezembro a fevereiro dos multiprofissionais (enfermeiro, fisioterapeuta, dentista, psicólogo, nutricionista e técnicos de enfermagem)
5 - Equipar os centros de Fisioterapia do município, para melhor atender as necessidades dos profissionais e principalmente dos pacientes;
6 - Melhorar o acesso a atenção ao cuidado à saúde da mulher, saúde do idoso, criança, adolescente, trabalhador e saúde mental, pessoas com necessidades físicas especiais, público LGBTQIA+, conforme as Políticas Públicas vigentes no país.
7- Reavaliando os critérios para Implantar o CEO;
8- Buscar por meio de pactuações o aumento de vagas no CAM, CEOH,e CEPROESTE e outros;
9- Implantar um Centro de Especialidades no município;
10- Investir na qualificação continuada municipal dos profissionais de forma presencial;
11- Descentralizar a SMS;

12- Retomar trâmites legais para aprovação do plano de cargos e salários dos profissionais de saúde; definir critérios para progressão salarial por tempo de serviço, desempenho e qualificação profissional
13_ Divulgar e orientar a população sobre o CMS (conselho) e mais atribuições;
14- Verificar/assegurar atendimento em Paratinga para comunidades; de Mangas e Quilombo;
15- Informar e Conscientizar os usuários do SUS sobre direito e deveres; bem como, classificação de risco e prioridades.
16- Melhorar financiamento do SUS;
18- Inclusão de práticas integrativas nas UBS;
19- Implantação da sala de estabilização/ Implantação do EAP
20-Implantação da ouvidoria municipal.
21- Implantar um centro de especialidades anexo as unidades para realização de atividades coletivas, grupos terapêuticos e outros
EIXO III- Planejamento, Rede e Processo Regulatório em Saúde
1 - Reformar e ampliar a base do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Equipar com monitor, oxímetro de pulso, aspirador, antena para melhorar comunicação com a base (Starlink). Manutenção dos equipamentos já existentes.
2 – Garantir educação continuada aos profissionais de saúde em suas diversas áreas de atuação.
3 - Otimizar a regulação do município no que diz respeito aos agendamentos de exames e consultas com especialistas da rede intermunicipal, dando mais agilidade para maior resolutividade aos problemas de saúde da população, criando escala de risco e prioridade;

4 - Ampliar e qualificar as equipes de saúde da família para melhor atender as necessidades de saúde da comunidade por meio da educação continuada, presencial
5 - Implantar e Implementar a Política Nacional de Medicamentos adotando o Uso Racional de medicamentos na rede municipal de saúde, para garantir a oferta de medicamentos e insumos à população ininterruptamente e com mínimo de prejuízos a saúde dos pacientes;
6 - Capacitar os profissionais auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal, para melhor assistir os pacientes da odontologia.
7- Descentralização da SMS na Beira do rio, possibilitando acesso, atendimento aos usuários e contemplando a necessidade de trabalho dos profissionais de saúde.
8- Ação de fortalecimento entre as secretarias municipais.
9- Reestruturação e qualificação do setor regulação;
10- Divulgação das reuniões do conselho de saúde;
11- Expandir o número de equipes de Saúde da Família (ESF) para cobrir 100% do território municipal, com foco nas comunidades mais distantes e vulneráveis;
12-Garantir atendimento humanizado e integral com foco na saúde da mulher, da criança, do idoso, LGBTQIAPN+ e das populações tradicionais, com protocolos específicos de cuidado;
13-Reforçar os serviços de saúde mental com ampliação do atendimento psicológico e psiquiátrico nas UBS, bem como a criação de centros de acolhimento e escuta.
14-Implantar equipe e garantir funcionamento de um SEBS (Serviço Especializado em Saúde Bucal)
15-Implantar equipe mínima para atendimento às demandas de saúde mental
16-Ampliação da equipe de saúde bucal

17-Remapeamento das áreas descobertas
18-Desprecarização dos vínculos empregatícios, com realização de concurso público.
19-Implantação do plano de cargos, salários e condições de trabalho
20-Informatização das farmácias das Unidades Básicas de Saúde
21-Implantar Unidade de Pronto Atendimento em locais estratégicos

6.2 PROPOSTAS PARA O ESTADO

1-Melhorar e ampliar a frota de veículos da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de otimizar o atendimento às necessidades das equipes de saúde e, principalmente, dos pacientes que dependem do transporte, seja por meio de veículos comuns ou ambulâncias. Ademais, promover a melhoria das estradas vicinais que dão acesso às diversas localidades do município
2-Garantir atendimento humanizado e integral com foco na saúde da mulher, da criança, do idoso, LGBTQIAPN+ e das populações tradicionais, com protocolos específicos de cuidado;
3-Reforçar os serviços de saúde mental com ampliação do atendimento psicológico e psiquiátrico nas UBS, bem como a criação de centros de acolhimento e escuta.
4-Reestruturação e qualificação do setor regulação;
5- Reformar e ampliar a base do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Equipar com monitor, oxímetro de pulso, aspirador, antena para melhorar comunicação com a base (Starlink). Manutenção dos equipamentos já existentes.
6-Melhorar a regulação do município no que diz respeito aos agendamentos de exames e consultas com especialistas da rede intermunicipal, dando mais agilidade para maior resolutividade aos problemas de saúde da população, criando escala de risco e prioridade; Inclusão de práticas integrativas nas UBS;

7-Implantar Academias da Saúde nas regiões de saúde do município com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para assistir os grupos que venham a necessitar do serviço, oferecendo atenção individualizada proporcionando melhorias na qualidade vida destas populações
8– Garantir educação continuada aos profissionais de saúde em suas diversas áreas de atuação.
9- Implantar equipe e garantir funcionamento de um CEO (Centro de Especialidade Odontológica) e/ou SEBS (Serviços de especialidades de Saúde bucal)

6.3 PROPOSTAS PARA A UNIÃO

1-Melhorar e ampliar a frota de veículos da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de otimizar o atendimento às necessidades das equipes de saúde e, principalmente, dos pacientes que dependem do transporte, seja por meio de veículos comuns ou ambulâncias. Ademais, promover a melhoria das estradas vicinais que dão acesso às diversas localidades do município
2-Garantir atendimento humanizado e integral com foco na saúde da mulher, da criança, do idoso, LGBTQIAPN+ e das populações tradicionais, com protocolos específicos de cuidado;
3-Reforçar os serviços de saúde mental com ampliação do atendimento psicológico e psiquiátrico nas UBS, bem como a criação de centros de acolhimento e escuta.
Reestruturação e qualificação do setor regulação;
4- Reformar e ampliar a base do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Equipar com monitor, oxímetro de pulso, aspirador, antena para melhorar comunicação com a base (Starlink). Manutenção dos equipamentos já existentes.
5-Melhorar a regulação do município no que diz respeito aos agendamentos de exames e consultas com especialistas da rede intermunicipal, dando mais agilidade para maior resolutividade aos problemas de saúde da população, criando escala de risco e prioridade; Inclusão de práticas integrativas nas UBS;
6-Implantar Academias da Saúde nas regiões de saúde do município com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para assistir os grupos que venham a necessitar do serviço, oferecendo atenção individualizada proporcionando melhorias na qualidade vida destas populações

7– Garantir educação continuada aos profissionais de saúde em suas diversas áreas de atuação.

Quadro 4: Levantamento dos problemas do estado de saúde da população.

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	CONSEQUENCIAS
Elevada prevalência Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus na população adulta de Muquém do São Francisco no ano de 2025.	Acompanhamento adequado insuficiente; Falta de auto cuidado; Hábitos alimentares inadequados; Sedentarismo; Obesidade.	Agravamento do quadro (AVC, AVE, IAM) Sequelas incapacitantes Nefropatias
Alta prevalência de hanseníase no município de Muquém do São Francisco no ano de 2025.	Detecção tardia e por demanda espontânea; Manutenção de focos; Ações educativas insuficientes; Insuficiente controle de comunicantes.	Pacientes c/reações hansênicas; Disseminação intradomiciliar; Agravamento do quadro/incapacidades; Baixo controle da incidência de casos novos.
Significativo nº de casos de Câncer	Deficit no diagnóstico e acompanhamento fragmentado	Instabilidade emocional na família/depressão; Alto custo do tratamento; Alto nº de óbitos
Alto índice de pessoas/problemas mentais, alcoolismo e usuários e drogas, em especial adolescentes.	Desestruturação familiar; Poucas oportunidades laborais; Depressão Falta de assistência especializada Pouco comprometimento por parte de familiares.	Alta dependência por drogas lícitas e ilícitas; Agravamento do quadro e dependência medicamentosa.
Significativa ocorrência de óbitos por causas externas	Incidência de violência urbana Acidentes automobilísticos em especial na BR 242 Alcoolismo, drogas gerando discórdias	Óbitos Sequelas incapacitantes Alto custo na assistência de urgência e emergência
Ocorrência significativa de parasitoses e afecções gastrointestinais	Consumo de água com tratameto inadequado ou inexistente Precário cuidados na higienizaçã e alimentos, Intoxicação alimentar Deficiência de saneamento básico	Gastroenterite Desnutrição
Alta incidência de doenças periodontais e extrações dentárias	Perda de tecido de sustentação Má higienização dentária Cáries extensas; Falta de acompanhamento pelos pais	Perda dentária Estética comprometida Halitose Dor intensa, Ausência ao trabalho e escola Abscessos gengivais
Doenças respiratórias recorrentes	Poluição do ar (poeira e fumaça) Tabagismo	Gripe e complicações, alergia, IRA em crianças

Alto nº de gestantes menores de 19 anos	Educação em saúde incipientes Pouca vinculação do adolescente ao planejamento familiar Utilização inadequada de métodos contraceptivos, ou não utilização dos mesmos	Risco de disseminação das IST's Controle ineficiente de pré-natal Risco de NV com baixo peso Possibilidade de aumento das gestações de alto risco
Alto nº de pessoas com queixas de manchas na pele	Ocorrência de micoses não tratadas Falta de informações sobre prevenção e disseminação Falta de investigação e diagnóstico diferencial	Constrangimentos Tratamentos inadequados Complicações dermatológicas.
Carências nutricionais em crianças	Mau hábito alimentar Questões culturais/costumes Questões financeiras; Falta de incentivo ao consumo de alimentos saudáveis	Anemia Desnutrição Atraso no desenvolvimento da criança; Hipovitaminose Baixo peso
Doenças musculoesqueléticas (lombalgia, dorsalgia, hérnia de disco, artrose, sequelas de acidentes)	Má postura, sedentarismo, atividades de vida diária praticadas de maneira incorreta; Uso excessivo de determinada articulação. Obesidade, trauma repetido	Dores, fraqueza muscular, sensação de formigamento. Dor nas articulações, inchaço, limitação dos movimentos.
Acidente de Trabalho; Acidentes com animais peçonhentos;	Falta de EPI, falta de educação permanente em saúde do trabalhador; Causas externas	Sequelas permanentes ou transitórias; Risco de complicações e óbitos por falta de antídoto; Faltas ao trabalho Incapacidades transitórias ou permanentes de trabalhadores
Ocorrência de casos de leishmaniose visceral	Existência de hospedeiros e vetores ativos; Falhas/baixa efetividade no programa de controle da endemia leishmaniose	Disseminação da doença Risco de agravamento de casos.

Quadro 5: Levantamento dos problemas do sistema e dos serviços de saúde.

PROBLEMA PRIORIZADO	Causas	Consequências
Dificuldade de acesso/transporte	Grande extensão territorial e estradas de difícil tráfego Frota de veículos limitada; Comunidades com baixa renda, distantes e veículos precários, além de comunicação difícil.	População sem devida assistência na AB Vulnerabilidade da situação de vida e saúde da população Transporte inadequado em casos de urgência Zona rural

Deficiência na atenção à saúde bucal	; Alta demanda reprimida; Equipamentos com necessidade de manutenção Rotineira	Alto número de exodontias Complicações em saúde bucal Insatisfação do usuário Poucas ações de prevenção comunidades da zona rural desassistidas
Manutenção de subnotificação de agravos, inclusive relativo à saúde do trabalhador	Pouca sensibilização e capacitação dos profissionais das USF Incipiente trabalho de divulgação quanto à importância da vigilância em Saúde	Falta de subsídios para planejamento e priorização de ações de prevenção e intervenção Recorrência de notificação negativa em saúde do trabalhador
Diminuição de Recursos financeiros para a saúde	Recursos de financiamento insuficientes em especial por parte do estado e união Falta de determinação do mínimo % a ser aplicado pela União	Comprometimento da aplicação planejada do mínimo da EC 29 por parte do município, que gasta mais sem contudo garantir o acesso Dificuldade na garantia da prestação de serviços básicos essenciais Planejamento orçamentário sem devido cumprimento por conta de atrasos dos repasses Diminuição da qualidade de serviços prestados
Insuficiência de medicamentos	Insuficiência de financiamento Indisponibilidade de elenco de medicamentos por parte do estado; Alta demanda	Custos elevados e baixa resolutividade; Descontinuidade do elenco de medicamentos de uso contínuo; Risco de agravamento de determinadas doenças; Descompensação em tratamento de doenças crônicas
Deficiência dos serviços de laboratório	Reforma e adequação do espaço físico; Falta do profissional; Falta de apoio às unidades satélites	Alto custo na realização dos exames solicitados; Demora na realização de exames e deslocamentos para cidades vizinhas; Atraso na avaliação diagnóstica
Pouco comprometimento por parte de alguns profissionais	Falta de planejamento a longo e médio prazos. Falta de integração entre profissionais dos diversos setores; Falta de PCCS Muita rotatividade	Sobrecarga laboral Demora no atendimento; Dificuldades de relações interpessoais Individualismo Insatisfação dos usuários; Baixa qualidade nos serviços ofertados

Déficit de materiais em fisioterapia	Baixo investimento; Serviço ofertado com recursos próprios, Falta de planejamento adequado	Demanda reprimida Baixa resolutividade; Acesso limitado
Deficiência no acolhimento nas USF	Falta de capacitação e organização do serviço Pouco entendimento por parte dos usuários sobre a lógica do acolhimento	Rotina de atendimentos sem devido acolhimento e encaminhamentos; Risco de prioridades sem devido atendimento; Insatisfação de usuários; Manutenção de baixa resolutividade
Deficiência na assistência ao parto, ao RN e puérpera	Alta demanda; Dificuldade de acesso das gestantes atendidas pelas unidades satélites Incipiência organizacional da AB; Atraso na implantação das ações da Rede Alyne; Baixa oferta de serviços especializados(básicos) no HRI (obstetra/gineco/pediatria)	Risco de complicações no parto Vulnerabilidade no cuidado ao RN por assistência deficitária ao parto; Possibilidade de comprometimento do desenvolvimento da criança desde o puerpério por falta de orientações e acompanhamento pelas equipes de saúde da família
Incipiente coleta de perfuro cortantes	Inexistência de condições locais para tal finalidade; Alto custo para contratação de empresas especializadas; Pouca oferta deste tipo de Serviço	Risco de contaminação biológica de profissionais e ou pessoas comuns; Risco de contaminação ambiental
Dificuldade de acesso a especialista (média e alta complexidade)	Não cumprimento da PPI Ineficiência das instâncias de avaliação e auditoria, que não garantem o cumprimento das pactuações de MAC; Falta de instrumento regulador eficiente Falta de oferta de serviços em conformidade com as pactuações	Baixa resolutividade dos problemas que necessitam de atendimento especializado Risco de complicações das situações de saúde de usuários que dependam de serviços especializados Risco de cronificação de doenças Alto custo para o município
Deficitária organização da atenção às urgências (Vazio assistencial de unidade de urgência e emergência, Dificuldade de contato com Central de Regulação Urgência-SAMU)	Falta de estruturação da rede assistencial; Recursos para custeio insuficientes; Sistema de comunicação ineficiente; Grande extensão territorial para garantia do fluxo de atendimento aos chamados do SAMU Falta de investimentos de acordo com o PDR	Morosidade no atendimento Grande demanda de transferências inter-hospitalar Não atendimento á vaga zero Alto custo com remoções sem devida triagem; Baixa resolutividade em caos de maior gravidade

Incipiência de intersetorialidade (CRAS, Conselho tutelar)	Pouca integração dos setores públicos; Inexistência de um Plano Municipal Intersetorial Atuação restrita em ações pontuais	Não consolidação de ações governamentais; Dificuldades para implementar políticas públicas da saúde; Risco de vulnerabilidade de grupos populacionais a exemplo da criança, adolescente, idosos, mulheres, etc.
Deficiência de ações de educação permanente	Falta de investimento por parte das 3 esferas para a consolidação da educação permanente; Alta rotatividade de profissionais, que uma vez capacitados deixam o município; Necessidade de novos concursos públicos	Impacto na qualidade dos serviços ofertados; Falta de planejamento adequado na execução dos serviços em saúde; Insegurança do profissional na execução de tarefas, a exemplo da imunização Dificuldade de atuação com equipe multidisciplinar
Deficiência na assistência ao parto, ao RN e puérpera	Alta demanda; Dificuldade de acesso das gestantes atendidas pelas unidades satélites; Incipiência organizacional da AB; Atraso na implantação das ações da Rede Cegonha; Baixa oferta de serviços especializados (básicos) no HRI (obstetra/gineco/pediatria)	Risco de complicações no parto Vulnerabilidade no cuidado ao RN por assistência deficitária ao parto; Possibilidade de comprometimento do desenvolvimento da criança desde o puerpério por falta de orientações e acompanhamento pelas equipes de saúde da família
Incipiente coleta de perfuro cortantes	Inexistência de condições locais para tal finalidade Alto custo para contratação de empresas especializadas Pouca oferta deste tipo de Serviço	Risco de contaminação biológica de profissionais e ou pessoas comuns; Risco de contaminação ambiental

Fonte: SMS

Quadro 6: Problemas do estado de saúde da população x Conferência Municipal de Saúde

PROBLEMA LEVANTADO	Demanda/Recomendação	
	SIM	NÃO
Elevada prevalência HAS/DIA		x
Alta incidência de hanseníase	X	
Significativo nº de casos de Câncer		X
Alto índice de pessoas c/problemas mentais, alcoolismo e usuários de drogas, em especial adolescentes	X	
Significativa ocorrência de óbitos por causas externas		X
Ocorrência significativa de parasitoses e afecções gastrointestinais		X

Alta incidência de doenças periodontais e extrações dentárias	X	
Doenças respiratórias recorrentes		X
Alto nº de gestantes menores de 19 anos	X	

Alto nº de pessoas com queixas de manchas na pele		X
Carências nutricionais em crianças		X
Doenças musculoesqueléticas (lombalgia, dorsalgia, hérnia de disco, artrose, sequelas de acidentes)		X
Acidente de Trabalho;		X
Acidentes com animais peçonhentos;		
Ocorrência de casos de leishmaniose visceral		X

Fonte: SMS

Quadro 7: Problemas do sistema e dos serviços de saúde

PROBLEMA LEVANTADO	Demanda/Recomendação	
	SIM	NÃO
Dificuldade de acesso/transporte	X	
Deficiência na atenção à saúde bucal	X	
Manutenção de subnotificação de agravos, inclusive relativo à saúde do trabalhador		X
Diminuição de Recursos financeiros para a saúde	X	
Insuficiência de medicamentos	X	
Deficiência dos serviços de laboratório		X
Pouco comprometimento por parte de alguns profissionais	X	
Déficit de materiais em fisioterapia		X
Deficiência no acolhimento nas USF	X	
Dificuldade de acesso a especialista (média e alta complexidade)	X	
Deficitária organização da atenção às urgências (Vazio assistencial de unidade de urgência e emergência, Dificuldade de contato com Central de Regulação Urgência-SAMU)	X	
Incipiência de intersetorialidade (CRAS, Conselho tutelar, etc)	X	
Deficiência de ações de educação permanente	X	
Deficiência na assistência ao parto, ao RN e puérpera	X	
Incipiente coleta de perfuro cortantes		X

Fonte: SMS

As ações propostas por um modelo de atenção à saúde, baseado na vigilância à saúde, devem ser desenvolvidas a partir de problemas concretos, em territórios delimitados e em uma perspectiva intersetorial. Isto é, as ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos não devem ser restritos àqueles já ofertados tradicionalmente pelas unidades de saúde, mas devem incorporar ações novas capazes de enfrentar os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde da população de um determinado território.

Nessa perspectiva, deve haver um espaço adicional de mobilização e articulação de outros setores governamentais e não governamentais que atuam na área, bem como das famílias e pessoas que vivem e trabalham no local, fomentando, assim, a corresponsabilidade com a saúde.

Acredita-se que o planejamento estratégico situacional é o que responde mais satisfatoriamente às necessidades dessa nova proposta, uma vez que utiliza o enfoque por problemas - identificados e priorizados a partir da visão dos atores sociais envolvidos nesse processo - o que pode assegurar maior clareza e coerência sobre o que é necessário e possível de ser feito.

10 COMPROMISSOS DA GESTÃO

A atual gestão municipal vem investindo substancialmente na saúde, e vem executando as propostas do programa de governo do município para a área da saúde. Optou pela estratégia saúde da família para a reorganização da atenção básica, como forma de fortalecer esse nível de atenção, uma vez que se for bem estruturado pode resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população, podendo, com isso, contribuir significativamente para a consolidação do SUS municipal.

O Sistema Único de Saúde ao longo desses 36 anos vivencia um processo de aperfeiçoamento contínuo que requer a adoção de novos arranjos administrativos para a reorganização das competências e responsabilidades da gestão em saúde. Por possuir natureza complexa, a gestão em saúde exige o desenvolvimento de processos de negociação e pactuação entre os gestores dos três entes federados e destes com o controle social, através dos seguintes espaços: Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), Comissão Intergestora Regional (CIR) e os Conselhos de Saúde. O objetivo principal da gestão em saúde é a tomada de decisões que desencadeia a implementação das políticas.

A conformação jurídica do SUS define que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidos e organizados de forma regionalizada, hierarquizada e compartilhada.

O município de Muquém do São Francisco pelo seu porte populacional e pela posição que ocupa na microrregião se insere nesse contexto da regionalização da saúde como uma gestão que se responsabiliza em oferecer no seu território as ações estratégicas previstas no Pacto pela Saúde, concernentes à atenção básica, e a assegurar aos seus munícipes através de negociações e pactuações, as ações e serviços de média e de alta complexidade, mediante referência para os municípios pólo de micro e macrorregião de saúde, conforme pactuação da PPI, atentando-se para os critérios de proximidade, acessibilidade e necessidade. Nessa perspectiva, o município se responsabilizará em organizar a atenção à saúde, mediante o desenvolvimento de ações, conforme as diretrizes e objetivos definidas no Pacto pela Saúde: