PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXANDRIA
Estado do Rio Grande do Norte

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXANDRIA
Estado do Rio Grande do Norte

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXANDRIA
Estado do Rio Grande do Norte

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE ALEXANDRIA



2026-2029

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
PMS 2026 – 2029

ALEXANDRIA – RIO GRANDE DO NORTE

Prefeito Municipal
Raimundinho Andrade

Secretária Municipal de Saúde
Mayara Sousa Sarmento

Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Danilo

Gestão Municipal 2025 – 2028
“Para Fazer Muito Mais”

SUMÁRIO

1. **Apresentação** ……**5**
2. **Introdução e Marco Legal** ……..**6**
3. **Metodologia de Elaboração do PMS 2026–2029**……..**7**
4. **Caracterização do Município de Alexandria/RN**…… **9**
5. **Análise Situacional em Saúde**……...**9**
6. **Eixos Estratégicos do PMS 2026–2029** ……**10**
7. **Matriz de Metas e Indicadores do PMS 2026–2029**……..……**47**
8. **Monitoramento e Avaliação do PMS 2026–2029**…….**47**
9. **Considerações Finais**……**50**

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde de Alexandria/RN – PMS 2026–2029 expressa o compromisso da gestão municipal com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública essencial para a garantia do direito à saúde da população alexandriense. Elaborado de forma participativa, ascendente e fundamentada em evidências, este plano traduz as necessidades do território em diretrizes, objetivos, metas e estratégias que orientam a ação governamental no quadriênio.

O PMS 2026–2029 resulta da articulação entre o diagnóstico situacional em saúde, as deliberações da Conferência Municipal de Saúde, o Plano de Governo da gestão eleita e os instrumentos de planejamento do SUS, assegurando coerência com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Seu conteúdo reflete a realidade epidemiológica, social e assistencial do município, bem como os desafios e potencialidades da rede de serviços existente.

Ao definir eixos estratégicos prioritários — como Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Reabilitação e Pessoa com Deficiência, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Participação Social e Equidade — o plano reafirma a centralidade da APS como ordenadora do cuidado, a integração das redes de atenção e a promoção da equidade no acesso aos serviços.

Este documento deve ser compreendido como um instrumento dinâmico de gestão, monitoramento e avaliação, a ser continuamente acompanhado por meio da Programação Anual de Saúde e dos Relatórios de Gestão, com participação ativa do Conselho Municipal de Saúde. Mais do que cumprir uma exigência legal, o Plano Municipal de Saúde 2026–2029 representa um pacto público entre gestão, trabalhadores e sociedade, orientado para a melhoria contínua da qualidade de vida, a redução das desigualdades e o fortalecimento do SUS no município de Alexandria.

Secretaria Municipal de Saúde de Alexandria/RN
Plano Municipal de Saúde 2026–2029

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Alexandria/RN 2026–2029 constitui o principal instrumento orientador da política de saúde no âmbito do município, definindo prioridades, objetivos, metas e responsabilidades institucionais para o período. Trata-se de um plano construído de forma ascendente e participativa, em diálogo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social – e em estreita articulação com o Plano Municipal de Saúde 2022–2025, com o Plano de Governo 2025–2028 da gestão eleita e com as deliberações da Conferência Municipal de Saúde de 2025.

A elaboração deste plano toma como ponto de partida os avanços e limites identificados no ciclo anterior (2022–2025), em que o município priorizou a ampliação e qualificação da Atenção Primária à Saúde, o fortalecimento da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, a estruturação da vigilância em saúde, da assistência farmacêutica, da saúde mental e das ações voltadas às doenças crônicas e às pessoas com deficiência. Os resultados obtidos, bem como as fragilidades evidenciadas pelos indicadores e pelos relatórios de gestão, foram analisados criticamente e serviram de base para redefinir estratégias, atualizar metas e consolidar políticas iniciadas no período anterior, preservando a coerência da trajetória de fortalecimento do SUS em Alexandria.

O Plano de Governo 2025–2028, sob o mote “Para fazer muito mais”, reafirma o compromisso da administração municipal com a qualificação dos serviços públicos, a valorização dos trabalhadores, o investimento em capacitação e a melhoria da infraestrutura, destacando entre suas diretrizes a formação continuada dos servidores, o diálogo permanente com o funcionalismo e a ampliação de políticas intersetoriais em áreas como educação, meio ambiente, turismo e assistência social. Esses compromissos políticos são incorporados ao PMS 2026–2029 na forma de diretrizes e estratégias concretas de gestão do trabalho, educação permanente, melhoria de equipamentos de saúde, modernização da gestão e fortalecimento da intersetorialidade, com vistas a produzir impactos positivos nos determinantes sociais da saúde da população alexandriense.

A Conferência Municipal de Saúde de Alexandria, realizada em 05 de agosto de 2025, assumiu caráter estruturante no processo de elaboração deste plano, ao trazer um conjunto de diagnósticos e propostas organizadas em eixos temáticos: Vigilância, Proteção e Promoção da Saúde; Atenção Integral; Assistência Farmacêutica; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; e Equidade em Saúde. Entre as principais demandas, destacam-se a necessidade de enfrentamento da subnotificação de agravos, o fortalecimento da vigilância sanitária e ambiental, a

criação de um Programa Municipal de Saúde do Trabalhador, a reestruturação dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família, a implantação de linhas de cuidado prioritárias (com ênfase em saúde mental, saúde vascular e saúde da criança), a qualificação da assistência farmacêutica e a consolidação de políticas de equidade, como a implantação da Sala Lilás e ações voltadas às populações em situação de vulnerabilidade.

Atendendo às deliberações conferenciais, este PMS incorpora, de forma transversal, o compromisso com a vigilância em saúde integrada, a criação e operacionalização de canais de escuta da população e dos trabalhadores – como a Ouvidoria do SUS e o aplicativo “Fale com a Saúde” – e a institucionalização de espaços permanentes de diálogo com os servidores, a exemplo do Fórum de Saúde do Trabalhador. Esses dispositivos são concebidos tanto como estratégias de qualificação da gestão e do cuidado, quanto como mecanismos de fortalecimento do controle social, da transparência e da corresponsabilização de todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde no território.

Uma inovação relevante neste ciclo é a explicitação da **linha de cuidado para crianças neurodivergentes** (incluindo, entre outros, Transtorno do Espectro Autista, TDAH e outras condições do neurodesenvolvimento) como prioridade estratégica no eixo de Atenção Integral à Saúde. A partir das demandas emergentes nas unidades básicas, nas escolas e nas famílias, bem como da crescente sensibilização em torno dos direitos de crianças com necessidades específicas, o município passa a reconhecer formalmente esse público como grupo prioritário, prevendo ações articuladas entre Atenção Primária, atenção especializada, educação, assistência social e demais políticas, com foco em identificação precoce, acolhimento qualificado, acompanhamento multiprofissional e apoio às famílias e cuidadores. Essa diretriz dialoga tanto com o eixo de Atenção Integral quanto com o eixo de Equidade em Saúde da Conferência Municipal.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde de Alexandria 2026–2029 configura-se como um documento de continuidade e, ao mesmo tempo, de renovação: continuidade, na medida em que preserva e aprofunda políticas estruturantes iniciadas em ciclos anteriores; e renovação, ao incorporar as novas agendas políticas e sanitárias definidas pelo Plano de Governo e pela Conferência Municipal, com destaque para o fortalecimento das vigilâncias, da atenção integral em rede, da gestão do trabalho e da educação na saúde, da assistência farmacêutica e da equidade, incluindo a atenção às crianças neurodivergentes. Mais do que um instrumento formal, o PMS é apresentado à gestão, aos trabalhadores e à população como um compromisso público, que deverá ser permanentemente monitorado, avaliado e revisitado, garantindo que o SUS de Alexandria responda, com qualidade e justiça social, às necessidades de sua gente.

2. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PMS 2026–2029

A metodologia de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Alexandria/RN 2026–2029 seguiu as diretrizes nacionais e manteve a coerência com o processo utilizado no PMS 2022–2025, no qual as metas foram definidas a partir de percepções, problemas, desafios e necessidades da população e dos trabalhadores, identificados por meio do Conselho Municipal de Saúde, oficinas com diversos setores e diagnóstico baseado em indicadores e sistemas de informação em saúde. Nesse novo ciclo, buscou-se aperfeiçoar esse modelo, fortalecendo a participação social, a transparência do processo e a articulação com o Plano de Governo 2025–2028.

O processo foi coordenado pela **Secretaria Municipal de Saúde**, constituída a partir da experiência acumulada na elaboração do PMS 2022–2025, que já contava com apoio técnico, direção e funcionários das unidades de saúde, profissionais da Estratégia Saúde da Família, e-Multi, coordenações de vigilância e o Conselho Municipal de Saúde. Essa comissão foi atualizada para o ciclo 2026–2029, incorporando representantes da gestão, trabalhadores, usuários e setores estratégicos (planejamento, vigilância, assistência, assistência farmacêutica e regulação), com definição de cronograma de trabalho, responsabilidades e produtos intermediários (relatórios parciais, minutas de eixos, consolidação de metas).

A **Conferência Municipal de Saúde de 05/08/2025** foi o marco político e participativo central da metodologia, configurando-se como espaço de discussão do diagnóstico e pactuação das principais diretrizes do novo PMS. Suas deliberações foram sistematizadas em cinco eixos: Vigilância, Proteção e Promoção da Saúde; Atenção Integral; Assistência Farmacêutica; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; e Equidade em Saúde, com identificação de fragilidades (como subnotificação, processos de trabalho fragmentados na ESF, desabastecimento de medicamentos e ausência de ações estruturadas de equidade) e proposição de encaminhamentos concretos, que se tornaram insumos diretos para a formulação das diretrizes, objetivos e estratégias do PMS 2026–2029.

Após a conferência, foram realizadas **oficinas técnicas internas** com as equipes da Secretaria Municipal de Saúde e representantes das unidades, nas quais o Relatório da Conferência foi desdobrado em propostas operacionais. Nessas oficinas, os participantes analisaram a viabilidade das propostas, priorizaram intervenções, sugeriram metas indicativas e indicaram necessidades de estrutura, pessoal e financiamento. As propostas conferenciais relacionadas à Ouvidoria do SUS, aplicativo “Fale com a Saúde”, Fórum de Saúde do Trabalhador, Programa Municipal de Saúde do Trabalhador, Programa “Cuidar de Quem Cuida”, descentralização de salas de vacina, reformas de UBS e fortalecimento da REMUME foram reorganizadas em eixos estratégicos e transformadas em ações, metas e indicadores do PMS.

Paralelamente, a equipe técnica realizou um **diagnóstico situacional quantitativo e qualitativo**, tomando como referência a caracterização do território e a análise da

situação de saúde já descritas no PMS 2022–2025, bem como a atualização de dados em sistemas oficiais (SISAB/e-SUS, SIAB, SIM, SINAN, SINASC, SIH/SUS, SIA/SUS, SIPNI, entre outros). Os dados demográficos, socioeconômicos e educacionais do município foram revisados a partir das estimativas populacionais e indicadores de educação e desenvolvimento humano constantes no PMS anterior, de forma a atualizar a linha de base para o período 2026–2029. Essa etapa permitiu identificar tendências (envelhecimento populacional, carga de DCNT, vulnerabilidades sociais) e comparar o desempenho do município em relação às metas e indicadores do ciclo 2022–2025.

A metodologia também previu a **articulação sistemática com o Plano de Governo 2025–2028**, de modo que as diretrizes políticas – como qualificação e valorização dos servidores, fortalecimento da gestão, expansão de infraestrutura, educação e meio ambiente – fossem traduzidas em compromissos sanitários concretos. Para isso, foi realizada uma leitura cruzada entre o Plano de Governo e as deliberações da Conferência, identificando convergências (por exemplo, gestão do trabalho, educação permanente, melhoria de equipamentos e estrutura das UBS, atenção a populações vulneráveis) e garantindo que cada uma delas estivesse contemplada em eixos, objetivos e estratégias do PMS.

Como inovação metodológica, a construção do PMS 2026–2029 incluiu a **definição explícita da linha de cuidado para crianças neurodivergentes**. A partir das demandas registradas no eixo de Atenção Integral – que já apontava a ausência de linhas de cuidado implementadas para prioridades do município, incluindo “saúde da criança” – e do eixo de Equidade, que enfatizava a necessidade de serviços específicos para grupos vulneráveis, a comissão do plano estruturou um subcomponente da atenção à saúde da criança voltado à identificação precoce, acompanhamento multiprofissional e apoio às famílias de crianças com condições do neurodesenvolvimento. Essa prioridade foi construída em diálogo com profissionais da APS, da e-Multi e da educação, nas oficinas técnicas.

Por fim, a metodologia previu etapas de **validação e pactuação**. Uma minuta consolidada do PMS, contendo diagnóstico, diretrizes, objetivos, metas indicativas e propostas de indicadores, foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde para análise crítica, adequações e aprovação, em consonância com a prática já prevista no PMS 2022–2025 de manter “em dia os instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual, Relatórios Quadrimestrais, SIOPS e Relatório Anual de Gestão”. A partir da aprovação, definiu-se que a **Programação Anual de Saúde (PAS)** seria construída anualmente como desdobramento operacional do PMS, e que o **Relatório Anual de Gestão (RAG)** serviria como instrumento de monitoramento e avaliação contínua, permitindo revisões e readequações das metas e ações ao longo do quadriênio, sempre com participação ativa do Conselho Municipal de Saúde e das equipes.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional de Alexandria/RN para o período 2026–2029 parte da caracterização do território, dos determinantes sociais da saúde, da organização da rede assistencial, do perfil epidemiológico e dos achados da Conferência Municipal de Saúde de 2025, articulados com os resultados e metas do PMS 2022–2025. Alexandria é um município de pequeno porte, com área aproximada de 381 km² e população em torno de 13,5 mil habitantes, com presença significativa de população rural e indicadores de desenvolvimento humano classificados como médios, com desafios importantes em renda, escolaridade e acesso a serviços públicos essenciais. As condições de saneamento, abastecimento de água e manejo de resíduos ainda são heterogêneas, o que se traduz em riscos ambientais e sanitários adicionais para a população, sobretudo nas áreas periféricas e rurais.

No campo educacional, embora haja boa taxa de escolarização de 6 a 14 anos e rede com escolas de educação infantil, fundamental e médio, persistem níveis relevantes de analfabetismo e defasagem idade-série, indicando limitações na capacidade do sistema educativo de garantir permanência e sucesso escolar para todos. Esses fatores impactam diretamente a saúde, uma vez que menor escolaridade e maior vulnerabilidade social estão associados a piores desfechos em doenças crônicas, saúde materno-infantil e saúde mental, reforçando a necessidade de atuação intersetorial entre saúde, educação, assistência social e demais políticas públicas.

A rede municipal de saúde está organizada em três componentes principais: atenção primária, atenção ambulatorial especializada/hospitalar e vigilância em saúde. A Atenção Primária conta com **7 Equipes de Saúde da Família** e **7 equipes de Saúde Bucal**, alcançando cobertura de 100% da população adscrita, apoiadas por **34 Agentes Comunitários de Saúde** e por uma equipe multiprofissional (e-Multi/NASF) composta, entre outros, por fonoaudióloga, psicóloga, nutricionista, veterinária e fisioterapeuta, com atuação articulada às equipes de ESF e atendimento domiciliar. Na APS estão estruturados programas de saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, do homem, de hipertensão e diabetes, saúde bucal, prevenção de tuberculose e hanseníase, IST/HIV/AIDS, saúde do trabalhador, imunização e Programa Saúde na Escola (PSE), entre outros, constituindo base importante para o cuidado longitudinal.

Entretanto, a Conferência Municipal de Saúde de 2025 evidenciou que, apesar da ampla cobertura, os **processos de trabalho das equipes de ESF se encontram fragmentados e desatualizados**, com dificuldades na articulação entre APS e rede de urgência/emergência, carência de grupos terapêuticos com equipe multiprofissional e ausência de linhas de cuidado implementadas para prioridades locais como saúde mental, saúde vascular e saúde da criança. Também foram apontadas insuficiências de estrutura física em UBS, salas de vacina concentradas e necessidade de reformas e aquisição de equipamentos, o que limita a

resolutividade da APS e o conforto dos usuários e trabalhadores. Esses achados se somam a metas ainda em consolidação no ciclo anterior para acompanhamento de crianças com doenças crônicas, malformações e deficiências, demonstrando a necessidade de qualificar o cuidado às condições crônicas e à população infantojuvenil.

Na atenção ambulatorial especializada e hospitalar, o município dispõe de dois hospitais conveniados que realizam procedimentos de média complexidade, internações, cirurgias, atendimento de urgência/emergência de pequeno porte, fisioterapia, laboratório municipal e outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A rede inclui ainda Centro de Especialidades e CEO, além da Central Municipal de Regulação e outras unidades listadas no PMS 2022–2025. A dependência de referências regionais para várias especialidades e exames, associada a limites na regulação e no transporte sanitário, contribui para formação de filas e atrasos no cuidado, especialmente para usuários com DCNT, gestantes de risco, pessoas com deficiência e crianças com necessidades especiais, incluindo crianças neurodivergentes, cuja demanda vem sendo percebida de forma crescente na rede, mas ainda sem linha de cuidado estruturada.

Do ponto de vista epidemiológico, os dados de mortalidade de 2020 apontam importante carga de **doenças do aparelho circulatório**, seguidas por doenças respiratórias, neoplasias e outros grupos de DCNT, além de um contingente não desprezível de agravos infecciosos e causas externas. A série histórica de óbitos e nascidos vivos evidencia relativa estabilidade de nascimentos associada a número expressivo de óbitos gerais, indicando a necessidade de aprofundar ações de prevenção e controle de DCNT, qualificar o pré-natal, o parto e o puerpério, e fortalecer a vigilância de óbitos, em especial em mulheres em idade fértil e óbitos infantis, que historicamente vêm sendo investigados, mas ainda exigem análise contínua.

A vigilância em saúde aparece como área estratégica e, ao mesmo tempo, frágil. O PMS 2022–2025 já reconhecia a importância de uma vigilância estruturada, e a Conferência de 2025 ressaltou **subnotificações recorrentes**, comunicação inefetiva entre serviços e falta de comprometimento de alguns profissionais e casas de saúde na notificação de agravos, além da necessidade de maior envolvimento da ESF nesse processo e de fortalecimento do uso do calendário vacinal. Também foram apontadas demandas de ampliação da atuação da Vigilância Sanitária sobre serviços de interesse à saúde, reforço das ações da vigilância ambiental (incluindo programas para Doença de Chagas, leishmaniose e arboviroses) e implantação de um Programa Municipal de Saúde do Trabalhador, articulado à criação de um Fórum Permanente de Saúde dos Trabalhadores.

Na assistência farmacêutica, o município já utiliza o sistema HÓRUS para segurança e rastreabilidade de medicamentos, mas enfrenta **aumento da demanda por medicamentos de uso contínuo, desabastecimentos frequentes e falhas**

logísticas de armazenamento e distribuição, com relatos de dificuldades dos usuários para acesso a itens da lista básica e necessidade de melhorias na infraestrutura da farmácia básica (como cobertura/toldo para usuários). Esses problemas repercutem diretamente na adesão e na efetividade do tratamento de condições crônicas e de saúde mental, exigindo aprimoramento dos processos de planejamento, aquisição, gestão de estoques e promoção do uso racional de medicamentos.

Em relação à gestão do trabalho e da educação na saúde, o PMS 2022–2025 já destacava metas relacionadas à avaliação funcional, atualização do PCCS, educação permanente e fortalecimento da gestão do SUS, enquanto a Conferência de 2025 evidenciou **ausência de espaços regulares de escuta e valorização dos trabalhadores, falta de plano de carreira e necessidade de fortalecimento da formação permanente**. A proposta conferencial de implantar Núcleo de Educação Permanente, Fórum de Saúde do Trabalhador e Programa “Cuidar de Quem Cuida” indica que o cuidado com a saúde mental e as condições de trabalho dos profissionais se tornou prioridade, o que é fundamental para a sustentabilidade das ações assistenciais e de vigilância.

Por fim, a participação social e a equidade aparecem como eixos estruturantes. O Conselho Municipal de Saúde é descrito no PMS anterior como instância atuante, com composição paritária e reuniões regulares, sendo responsável por acompanhar, fiscalizar e monitorar ações e serviços de saúde. Entretanto, o Eixo V – Equidade em Saúde da Conferência de 2025 destaca que **populações vulneráveis ainda enfrentam barreiras de acesso, inexistem ações estruturadas para reduzir desigualdades e faltam serviços e equipes específicas para grupos em situação de vulnerabilidade**, como pessoas em situação de rua, indígenas, mulheres vítimas de violência, entre outros. As propostas incluem remanejamento de equipes entre zona urbana e rural segundo critérios de vulnerabilidade, campanhas livres de discriminação, implantação da Sala Lilás e mapeamento sistemático de populações vulneráveis, o que também abre espaço para reconhecimento e cuidado qualificado de crianças neurodivergentes e pessoas com deficiência, já parcialmente contemplados no PMS anterior, mas ainda sem linha de cuidado formalizada.

Em síntese, a situação de saúde de Alexandria no limiar do período 2026–2029 é marcada por uma rede de APS ampliada e programas estruturados, porém com processos de trabalho que precisam ser atualizados e integrados; uma média complexidade com oferta importante, porém limitada e dependente de referências regionais; elevada carga de DCNT e agravos crônicos convivendo com doenças infecciosas e ambientais; fragilidades na vigilância, na assistência farmacêutica e na gestão do trabalho; e persistência de iniquidades no acesso de grupos vulneráveis, incluindo crianças com condições do neurodesenvolvimento. Esse quadro orienta a definição dos eixos estratégicos, diretrizes e metas do PMS 2026–2029, com foco

no fortalecimento da APS resolutiva, na implantação de linhas de cuidado prioritárias (entre elas a linha de cuidado da criança neurodivergente), na qualificação da vigilância e da assistência farmacêutica, na valorização dos trabalhadores e no aprofundamento da equidade e da participação social.

EIXO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

1. Diagnóstico Sintético

A Atenção Primária à Saúde de Alexandria apresenta cobertura de 100% por equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal, apoiadas por equipe multiprofissional (e-Multi/NASF) e 34 Agentes Comunitários de Saúde inscritos no território. Embora a APS seja estruturada como porta de entrada principal, a Conferência Municipal de Saúde de 2025 identificou **fragmentação dos processos de trabalho**, baixa integração com a rede de urgência/emergência, ausência de linhas de cuidado consolidadas e insuficiência de ações grupais e multiprofissionais.

Persistem ainda desafios relacionados à **estrutura física das UBS**, salas de vacina centralizadas e necessidade de reformas e ampliação de equipamentos. Além disso, há dificuldades no acompanhamento sistemático de DCNT, saúde da criança, saúde da mulher e saúde mental, com necessidade de fortalecer a coordenação do cuidado e a integração com o CAPS I, Base do SAMU e CER em implantação.

A APS também carece de mecanismos fortalecidos de vigilância em saúde, diante de subnotificação de agravos, comunicação ineficaz entre serviços e baixa adesão de profissionais ao processo de notificação.

2. Diretrizes do Eixo

1. **Consolidar a APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede**, fortalecendo a longitudinalidade, territorialização e gestão do cuidado.
2. **Atualizar e reorganizar os processos de trabalho das equipes** de ESF e Saúde Bucal, ampliando a resolutividade da APS.
3. **Implantar e integrar linhas de cuidado prioritárias**, com ênfase em saúde mental, saúde da criança, DCNT e **criança neurodivergente**.
4. **Fortalecer a vigilância em saúde na APS**, com aumento da completude e oportunidade das notificações.
5. **Expandir ações multiprofissionais**, incluindo grupos de cuidado, educação em saúde e visitas domiciliares qualificadas.
6. **Melhorar a infraestrutura física das UBS**, descentralizar salas de vacina e garantir condições adequadas de trabalho.

3. Objetivos Específicos

1. Reestruturar os processos de trabalho da ESF com foco em integralidade, acolhimento e vínculo, conforme deliberação conferencial.
2. Ampliar a resolutividade clínica da APS, reduzindo encaminhamentos inadequados.
3. Integrar o cuidado entre APS, CAPS I, CER, SAMU e hospitais conveniados.
4. Fortalecer ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância.
5. Implementar e acompanhar linhas de cuidado para saúde mental, saúde da criança, DCNT e **prioridade: crianças neurodivergentes**.
6. Reduzir desigualdades territoriais por meio de reorganização rural/urbana conforme vulnerabilidade social.

4. Metas do Quadriênio (2026–2029)

4.1 Metas de Acesso e Organização da APS

- Garantir que **100% das equipes** revisem e atualizem seus processos de trabalho até 2027.
- Descentralizar **100% das salas de vacina** até 2028.
- Realizar **ao menos 12 ações extramuros/ano** (busca ativa, vacinação, prevenção em empresas).
- Implantar o "**Fale com a Saúde**" como canal de comunicação da APS e vigilância até 2027.

4.2 Metas Assistenciais

- Atingir *100%* de gestantes com **pré-natal iniciado em até 12 semanas** e pelo menos 7 consultas.
- Garantir *95%* de **cobertura vacinal** em menores de 1 ano e 5 anos.
- Acompanhar *100%* das pessoas com hipertensão e diabetes com consultas e exames semestrais.
- Reduzir em *25%* internações por condições sensíveis à APS (DCNT e respiratórias).

4.3 Metas de Saúde Mental e Neurodesenvolvimento

- Garantir que **100% das equipes ESF** realizem rastreio precoce de sinais de atraso no desenvolvimento infantil até 2028.
- Garantir que *%* das crianças com suspeita de neurodivergência tenham avaliação com Pediatra dentro de **90 dias**.
- Criar **grupos de famílias cuidadoras** (TEA/TDAH) em 100% dos territórios até 2029.

4.4 Metas de Vigilância em Saúde

- Alcançar *100%* de notificações realizadas em tempo oportuno, conforme normas do MS.
- Reduzir subnotificação de agravos em *60%* até 2029.

5. Estratégias

5.1 Reorganização da APS

- Revisar territorialização e adscrição das equipes, considerando vulnerabilidades sociais e rurais.
- Implantar protocolo de acolhimento, agenda qualificada, estratificação de risco e abordagem familiar.
- Ampliar o uso do **e-SUS/PEC** e relatórios para gestão do cuidado.

5.2 Integração com a Rede de Atenção

- Estabelecer fluxos formais entre APS ↔ CAPS I, APS ↔ CER e APS ↔ SAMU.
- Implantar teleconsultorias para apoio às equipes (saúde mental, neurodesenvolvimento, DCNT).
- Garantir contrarreferência estruturada para todos os retornos de hospital e ambulatório.

5.3 Linhas de Cuidado Prioritárias

- **Linha da Criança Neurodivergente:**
    - Rastreamento precoce nas consultas de puericultura.
    - Avaliação especializada via Centro de Especialidades Municipal.
    - Projeto terapêutico singular e acompanhamento multiprofissional.
    - Parceria com educação para apoio pedagógico e inclusão.
- **Linha de Saúde Mental:** Matriciamento do CAPS I, grupos terapêuticos, manejo de crises.
- **Linha Materno-infantil:** Pré-natal reforçado, ampliação de grupos de gestantes, vigilância de óbitos.
- **Linha de DCNT:** Monitoramento periódico, grupos de educação em saúde, acompanhamento multiprofissional.

5.4 Ações de Promoção da Saúde e Vigilância

- Ações extramuros em empresas, escolas e comunidades.
- Campanhas comunitárias integradas para arboviroses, saúde ambiental e doenças crônicas.

- Ampliar atuação dos ACS na busca ativa, vigilância e acompanhamento de vulneráveis.

5.5 Melhoria da Infraestrutura da APS

- Reestruturar salas de vacina descentralizadas, com logística adequada.
- Reformar UBS conforme diagnóstico da conferência.
- Garantir aquisição de equipamentos, materiais permanentes e TI.

5.6 Participação Social e Comunicação

- Implantar a **Ouvidoria SUS municipal** integrada ao aplicativo “Fale com a Saúde”.
- Produzir boletins epidemiológicos e devolutivas sociais trimestrais.

6. Justificativa Técnica

O fortalecimento da APS é condição estruturante para o sucesso das novas implantações da rede (CAPS I, CER, SAMU) e para superar as fragilidades apontadas pela Conferência: ausência de linhas de cuidado, fragmentação dos processos de trabalho, insuficiência de estrutura física, déficit de vigilância e necessidade de cuidado integral às crianças neurodivergentes.

A reorganização da APS permitirá que ela cumpra plenamente seu papel de porta de entrada, coordenadora da rede e protagonista na promoção da saúde e na prevenção de agravos, garantindo maior equidade, qualidade e continuidade do cuidado no território.

EIXO 2 – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS)

1. Diagnóstico Situacional da Saúde Mental em Alexandria

A saúde mental em Alexandria historicamente opera com ações dispersas entre APS, ambulatório e e-Multi, sem um serviço especializado estruturado para acolher, acompanhar e tratar pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, uso problemático de álcool e outras drogas, crises psíquicas e situações de urgência psicossocial. O PMS 2022–2025 já destacava a importância de fortalecer a saúde mental, porém apontava ausência de estrutura adequada para acompanhamento contínuo, impossibilitando a organização completa da linha de cuidado.

A Conferência Municipal de Saúde de 2025 confirmou esse diagnóstico, indicando:

- inexistência de linhas de cuidado para saúde mental;
- dificuldade de articulação entre APS e níveis especializados;

- necessidade de grupos terapêuticos, suporte multiprofissional e apoio aos trabalhadores da saúde;
- fragilidade no fluxo de urgência/emergência para crises psiquiátricas;
- necessidade de ampliar ações extramuros e no território.

2. Diretrizes do Eixo

1. Estruturar a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** como componente fundamental da atenção integral.
2. Implantar, habilitar e operar o **CAPS I** como serviço de referência municipal.
3. Garantir a articulação entre CAPS I, APS, Centro Municipal de Especialidades, Base do SAMU, hospital e demais serviços.
4. Promover cuidado territorial, comunitário e centrado na pessoa, com foco em vínculo e continuidade do cuidado.
5. Priorizar grupos vulneráveis: pessoas em sofrimento psíquico intenso, usuários de álcool e outras drogas, mulheres vítimas de violência, população em situação de rua e **crianças neurodivergentes**.
6. Estimular práticas de promoção da saúde mental, prevenção, redução de danos e combate ao estigma.

3. Objetivos Específicos

1. Garantir acesso qualificado ao cuidado em saúde mental por meio do CAPS.
2. Organizar fluxos de referência e contrarreferência entre CAPS I ↔ APS ↔ SAMU ↔ hospitais.
3. Implantar linhas de cuidado em saúde mental, incluindo:
    - transtornos mentais graves e persistentes;
    - uso abusivo de álcool e outras drogas;
    - saúde mental infantojuvenil;
    - **linha de cuidado da criança neurodivergente** (integrada ao Centro Municipal de Especialidades e APS).
4. Reduzir hospitalizações psiquiátricas evitáveis e atendimentos de urgência por crises psíquicas.
5. Ampliar ações coletivas e intersetoriais de promoção da saúde mental.

4. Metas do Quadriênio (2026–2029)

4.1 Metas de Implantação e Organização

- Implantar e habilitar o **CAPS I** até **2026** em funcionamento pleno.
- Garantir que **100% das equipes ESF** recebam matriciamento mensal do CAPS I até 2028.
- Implantar fluxos integrados CAPS I ↔ SAMU ↔ hospital até 2027.

4.2 Metas Assistenciais

- Acompanhar continuamente *60%* das pessoas com transtornos mentais graves cadastradas na APS.
- Reduzir em *50%* os atendimentos de urgência relacionados a crises psiquiátricas até 2029.
- Garantir que *25%* dos usuários em uso abusivo de substâncias recebam ações de cuidado e redução de danos.

4.3 Metas de Saúde Mental Infantil e Neurodesenvolvimento

- Realizar rastreamento de desenvolvimento em **100% dos territórios** da APS.
- Avaliar *100%* das crianças com suspeita de neurodivergência no Centro de Especialidades Municipal em 2026.
- Implantar grupos terapêuticos infantojuvenis em *100%* dos territórios atendidos pelo CAPS I.

4.4 Metas de Promoção e Participação Social

- Realizar **ao menos 12 ações comunitárias/ano** de promoção da saúde mental.
- Criar o **Programa "Cuidar de Quem Cuida"** com ações semestrais para trabalhadores da saúde.

5. Estratégias do Eixo

5.1 Estruturação e Funcionamento do CAPS I

- Implantar equipe multiprofissional completa (psiquiatra/psicólogo/enfermeiro/terapeuta ocupacional/assistente social/educador físico, etc.).
- Criar espaços para atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas e atendimento familiar.
- Estabelecer acolhimento diário para demandas espontâneas.
- Realizar ações no território (visitas domiciliares, busca ativa, atividades comunitárias).

5.2 Articulação CAPS I ↔ APS

- Matriciamento mensal com enfoque em:
    - manejo de sofrimento leve/moderado;
    - acompanhamento de usuários complexos;
    - capacitação de ACS no reconhecimento de sinais de risco;

    - vigilância e prevenção ao suicídio.

- Apoio do CAPS I à APS na condução de grupos terapêuticos.

5.3 Articulação CAPS I ↔ CER ↔ Linha de Cuidado da Criança Neurodivergente

- Avaliação compartilhada (psicologia, fono, TO, psiquiatria infantil).
- Projetos terapêuticos singulares integrados.
- Grupos de famílias e cuidadores para orientação e apoio.

5.4 Integração CAPS I ↔ SAMU ↔ Hospital

- Protocolos de manejo de crise psicossocial.
- Fluxos de encaminhamento e acolhimento pós-crise.
- Capacitação de equipes hospitalares e do SAMU em saúde mental e redução de danos.

5.5 Estratégias Específicas para Álcool e Outras Drogas

- Implantar abordagem de redução de danos na APS e no CAPS I.
- Apoio a grupos terapêuticos e atividades comunitárias.
- Articulação com CRAS/CREAS, conselhos tutelares e educação.

5.6 Monitoramento e Informação

- Implantar sistema de registro diário das atividades do CAPS I.
- Construir painel trimestral com indicadores de saúde mental.
- Realizar reuniões trimestrais de avaliação com o Conselho Municipal de Saúde.

6. Justificativa Técnica

A implantação do **CAPS I** responde diretamente às fragilidades apontadas na Conferência de 2025: ausência de linhas de cuidado, desarticulação APS–urgência, falta de grupos terapêuticos, carência de apoio especializado e necessidade de reorganização da saúde mental no território.

Do ponto de vista sanitário, a expansão da RAPS com o CAPS I é fundamental para:

- qualificar o cuidado em saúde mental;
- reduzir internações psiquiátricas evitáveis;
- apoiar APS e e-Multi;

- integrar reabilitação e cuidado psicossocial (CER);
- ampliar o cuidado territorial e comunitário;
- garantir acolhimento e manejo adequado das crises.

Com essa estrutura, Alexandria avança para um modelo moderno, sustentável e orientado por evidências de cuidado psicossocial, colocando a saúde mental como componente central da política municipal de saúde para 2026–2029.

EIXO 3 – REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA / BASE DO SAMU

1. Diagnóstico situacional

A rede de urgência e emergência de Alexandria historicamente se apoia, de forma predominante, nas **unidades hospitalares filantrópicas e conveniadas**, que funcionam como portas de entrada principais para agravos agudos, muitas vezes sem articulação suficiente com a APS, com a regulação municipal e com os demais pontos de atenção. O PMS 2022–2025 já indicava a necessidade de aperfeiçoar o serviço de urgência e emergência, ampliar a capacidade de resposta e qualificar a organização dos fluxos assistenciais.

Na **Conferência Municipal de Saúde de 2025**, foram apontadas deficiências importantes na rede de urgência e emergência e na articulação com a APS, com destaque para: fragilidade de fluxos, sobrecarga de portas hospitalares, dificuldades de referência e contrarreferência e ausência de base estruturada para apoio às ambulâncias. Como encaminhamento, os participantes pactuaram a **"reestruturação da Rede de Urgência e Emergência, com base de apoio para ambulâncias e fluxo de porta de urgência com as unidades filantrópicas"**, evidenciando que o problema é reconhecido e a reorganização da rede é prioridade política e técnica.

No quadriênio 2026–2029, o município assume como decisão estratégica a **implantação de uma Base do SAMU** em Alexandria, articulada à rede regional, ao hospital filantrópico, às unidades básicas de saúde, ao CAPS I e, futuramente, ao CER. Essa base tem o potencial de reduzir o tempo de resposta ao agravo, padronizar o atendimento pré-hospitalar e qualificar o transporte de pacientes graves para os serviços de referência. Paralelamente, **o município está construindo um desenho detalhado de fluxo de urgência e emergência em conjunto com as unidades filantrópicas**, definindo portas de entrada, critérios de prioridade, fluxos internos, mecanismos de comunicação e retorno à APS, em consonância com a deliberação conferencial.

Persistem, contudo, desafios relacionados à **integração entre os diferentes pontos da rede** (APS, hospital, SAMU, CAPS I, CER), à ausência de protocolos clínico-assistenciais formalizados, à subutilização de mecanismos de regulação e à

falta de informação estruturada sobre a linha do cuidado pós-urgência (seguimento na APS, reabilitação, saúde mental, etc.). A inexistência de fluxos consolidados para populações específicas – como pessoas com transtornos mentais em crise, vítimas de violência, idosos frágeis e crianças com condições crônicas ou neurodivergentes – aumenta o risco de descontinuidade do cuidado, internações evitáveis e iatrogenias.

2. Diretrizes do eixo

1. **Estruturar a Rede de Urgência e Emergência** de Alexandria de forma regionalizada, hierarquizada e integrada com a APS e os demais pontos de atenção.
2. **Implantar e operacionalizar a Base do SAMU**, garantindo resposta oportuna e qualificada aos agravos agudos.
3. **Desenvolver e pactuar desenho de fluxo de urgência e emergência** com as unidades filantrópicas, formalizando responsabilidades de cada ponto de atenção.
4. Qualificar o acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada de urgência.
5. Integrar a urgência e emergência à **RAPS (CAPS I)**, ao **CER** e à APS, garantindo continuidade do cuidado após a fase aguda.
6. Fortalecer a regulação municipal e regional para os leitos e serviços de urgência e emergência.

3. Objetivos específicos

1. Implantar a **Base do SAMU** no município, articulada à central regional, até o primeiro biênio do plano.
2. Concluir e implementar o **desenho de fluxo de urgência e emergência com as unidades filantrópicas**, incluindo fluxos escritos e pactuados para agravos clínicos, traumáticos, obstétricos, pediátricos e psiquiátricos.
3. Instituir **acolhimento com classificação de risco** em todas as portas hospitalares de urgência do município.
4. Estabelecer fluxos de **referência e contrarreferência** entre urgência/emergência e APS, CAPS I.
5. Reduzir o tempo de resposta dos atendimentos de urgência e melhorar os desfechos clínicos de agravos prioritários (infarto, AVC, politrauma, crise em saúde mental).
6. Desenvolver sistemática de **monitoramento de indicadores da rede de urgência** (tempo resposta, tempo de permanência, taxa de referência, óbitos em U/E, etc.).

4. Metas indicativas para 2026–2029

(Valores numéricos serão definidos a partir da linha de base municipal de 2025.)

- Implantar a **Base do SAMU** em funcionamento 24h até **2026**.
- Concluir e aprovar, no Conselho Municipal de Saúde, o **desenho de fluxo de urgência e emergência com as unidades filantrópicas** até o final de **2026**, com revisão anual.
- Reduzir em *20%* o **tempo médio de resposta** dos atendimentos de urgência pré-hospitalar até 2029.
- Garantir que **100% das portas de entrada hospitalares** implementem acolhimento com classificação de risco até 2028.
- Reduzir em *25%* as **internações por condições sensíveis à APS** relacionadas a agravos agudos (crises de asma, descompensações de DCNT, infecções evitáveis).
- Garantir que pelo menos *50%* dos usuários atendidos em U/E recebam **contrarreferência estruturada para a APS, CAPS I ou CER**, quando indicado.
- Manter taxa de **óbitos em pronto-atendimento** dentro de parâmetros aceitáveis para o porte do município (a ser definido com base na linha de base).

5. Estratégias principais

5.1 Implantação e organização da Base do SAMU

- Adequar estrutura física, frota e equipe multiprofissional da Base do SAMU às normativas federais e estaduais.
- Estabelecer protocolos de acionamento, regulação, transporte intermunicipal e comunicação com hospitais e APS.
- Integrar o SAMU ao desenho de fluxo de urgência, como ponto estratégico de entrada e ordenação dos casos de maior gravidade.

5.2 Desenho de fluxo de urgência e emergência com unidades filantrópicas

- Coordenar **grupo de trabalho interinstitucional** (Secretaria de Saúde + direção das unidades filantrópicas + SAMU + APS) para construção do fluxo.
- Mapear as **portas de entrada**, a capacidade instalada (leitos, especialidades, exames) e os **perfis assistenciais** de cada unidade filantrópica.
- Definir e normatizar:
    - fluxo de pacientes referenciados pela APS;
    - fluxo de espontâneos;
    - fluxos específicos para emergência obstétrica, pediátrica, traumática e psiquiátrica;
    - critérios de estabilização e transferência.

- Formalizar o desenho em **protocolos escritos, fluxogramas visuais e rotinas operacionais padrão**, divulgados a todos os profissionais.

5.3 Qualificação do acolhimento e classificação de risco

- Implantar protocolo de **acolhimento com classificação de risco** (como Manchester ou outro adaptado) nas portas hospitalares.
- Capacitar equipes de enfermagem e médicos em avaliação rápida, priorização de risco e comunicação com o SAMU e APS.
- Integrar o registro do risco à ficha clínica e aos sistemas de informação para análise de desfechos.

5.4 Integração com APS, CAPS I e Centro Municipal de Especialidades

- Estabelecer rotinas formais para:
    - retorno pós-alta hospitalar na APS (consulta em até X dias para agravos definidos);
    - encaminhamento pós-crise para o **CAPS I** (saúde mental);
    - encaminhamento para **Centro de Especialidades** (Estratificação de risco).
- Garantir que as equipes de ESF recebam, por via física ou eletrônica, **informações mínimas de contrarreferência** após atendimentos na urgência.

5.5 Regulação e monitoramento

- Fortalecer a **Central Municipal de Regulação** como nó articulador entre APS, SAMU, hospitais, CAPS I e referências regionais.
- Criar **painel de indicadores da rede de urgência**, com acompanhamento trimestral (tempo resposta, tempo de permanência, taxa de transferência, óbitos).
- Promover reuniões periódicas de análise de casos críticos e eventos sentinela, com participação das unidades filantrópicas, SAMU e APS.

5.6 Educação permanente e comunicação com a população

- Incluir módulos de **urgência e emergência** (atendimento inicial, fluxos, regulação) no plano do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP).
- Desenvolver campanhas educativas para população sobre **uso adequado das portas de urgência**, sinais de alarme e acionamento correto do SAMU.
- Articular com a Ouvidoria do SUS e o aplicativo **“Fale com a Saúde”** para receber manifestações sobre a rede de urgência e utilizar essas informações para melhorar o fluxo.

6. Justificativa técnica

A reorganização da Rede de Urgência e Emergência, com **implantação da Base do SAMU** e desenvolvimento de um **desenho de fluxo pactuado com as unidades filantrópicas**, atende diretamente às deliberações da Conferência Municipal de Saúde de 2025 e às necessidades identificadas no PMS 2022–2025, que já apontavam a urgência como área crítica a ser qualificada.

Do ponto de vista sanitário, uma rede de urgência organizada e integrada:

- reduz mortes evitáveis por agravos agudos;
- diminui sofrimento e sequelas;
- otimiza o uso de recursos hospitalares;
- fortalece o papel da APS e da RAPS (CAPS I) e do Centro de Especialidades Médicas na continuidade do cuidado;
- contribui para maior satisfação dos usuários e dos trabalhadores.

Ao explicitar no PMS que **o município está construindo o desenho de fluxo de urgência e emergência juntamente com as unidades filantrópicas**, Alexandria demonstra compromisso com uma gestão compartilhada, transparente e orientada por pactuações interinstitucionais – condição essencial para um SUS municipal mais resolutivo e seguro.

EIXO 4 – REABILITAÇÃO, CER E SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1. Diagnóstico situacional

A política de reabilitação em Alexandria, no ciclo 2022–2025, estruturou-se sobretudo a partir da oferta de fisioterapia municipal e de ações pontuais voltadas às pessoas com deficiência e às doenças crônicas degenerativas, já reconhecidas como prioridades no PMS anterior. Entretanto, o município não dispunha de um **serviço especializado em reabilitação multiprofissional** de maior porte, nem de uma linha de cuidado formalizada para a saúde da pessoa com deficiência, o que limitava a continuidade do cuidado de usuários com sequelas de AVC, traumatismos, condições musculoesqueléticas, deficiência intelectual, transtornos do espectro autista e outras condições de neurodesenvolvimento.

A Conferência Municipal de Saúde de 2025, especialmente no **Eixo V – Equidade em Saúde**, evidenciou que populações vulneráveis – incluindo pessoas com deficiência – enfrentam barreiras importantes de acesso aos serviços, ausência de ações estruturadas para redução de desigualdades e falta de serviços e equipes específicos para grupos em situação de vulnerabilidade. Foram propostas medidas como remanejamento e redistribuição de equipes entre zona urbana e rural, criação de espaços reservados (como a Sala Lilás), atendimento diferenciado e mapeamento de populações vulneráveis, com vistas a subsidiar políticas e alocação de recursos, o que reforça a necessidade de estruturar a reabilitação e a atenção às pessoas com deficiência em base territorial e intersetorial.

No contexto do novo PMS 2026–2029, o município encontra-se em processo de **implantação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER)**, o que representa um salto qualitativo na capacidade de resposta às demandas de reabilitação física, intelectual, auditiva, visual e múltipla. Esse serviço tem potencial para integrar e ampliar a fisioterapia já existente, organizar fluxos de encaminhamento a partir da APS e da rede de urgência, apoiar o acompanhamento de pessoas com deficiência de longo prazo e dar suporte à reabilitação de sequelas de agravos agudos (traumas, AVC, condições ortopédicas) e crônicos.

A análise situacional também aponta crescimento da demanda por cuidado de **crianças neurodivergentes** (TEA, TDAH e outros transtornos do neurodesenvolvimento), identificadas na APS, nas escolas e nos serviços de assistência social, o que exige abordagem multiprofissional e intersetorial. O PMS anterior já incorporava ações voltadas às pessoas com deficiência e necessidades especiais, mas sem detalhar uma linha de cuidado específica; este PMS reconhece explicitamente a necessidade de articular a reabilitação (CER), a APS, o CAPS I e a educação para garantir identificação precoce, diagnóstico oportuno, intervenção terapêutica e apoio às famílias.

Em síntese, o cenário combina: oferta localizada de fisioterapia; fragilidade na organização em rede da reabilitação; barreiras de acesso para pessoas com deficiência; carência de linhas de cuidado claras; e ausência, até então, de um serviço estruturante como o CER. Ao mesmo tempo, a implantação do CAPS I, da Base do SAMU e do próprio CER cria a oportunidade de montar uma **rede integrada de reabilitação** articulada aos demais pontos de atenção.

2. Diretrizes do eixo

1. Consolidar a **atenção à saúde da pessoa com deficiência** como política transversal, articulada à APS, à rede de urgência e à RAPS (CAPS I).
2. Implantar e estruturar o **Centro Especializado em Reabilitação (CER)** como unidade de referência municipal e regional para reabilitação
3. Garantir **acesso equânime e contínuo** à reabilitação física, intelectual, auditiva, visual e múltipla.
4. Organizar a **linha de cuidado da criança neurodivergente** em integração com APS, CAPS I, CER e educação.
5. Integrar ações de reabilitação às políticas de assistência social, educação inclusiva e trabalho/renda, promovendo inclusão social e autonomia
6. Fortalecer a participação de pessoas com deficiência e suas famílias nas instâncias de controle social e na avaliação dos serviços.

3. Objetivos específicos

1. Implantar e habilitar o **CER** de Alexandria, com equipe multiprofissional e oferta de reabilitação nas modalidades definidas pelo município.

2. Organizar fluxos de **referência e contrarreferência** entre APS, rede hospitalar, SAMU, CAPS I e CER para usuários com necessidades de reabilitação.
3. Garantir que pessoas com deficiência cadastradas na APS tenham **plano terapêutico singular** quando necessitarem de reabilitação contínua.
4. Estruturar a **linha de cuidado da criança neurodivergente**, com protocolos de rastreio, avaliação e intervenção.
5. Qualificar a rede física e de transporte para viabilizar o acesso de pessoas com deficiência ao CER e aos demais serviços.
6. Ampliar ações de **educação permanente** para os profissionais da rede sobre cuidado à pessoa com deficiência e reabilitação baseada na comunidade.

4. Metas indicativas para 2026–2029

- Implantar o **CER em funcionamento pleno até 2028**, com oferta de pelo menos duas modalidades de reabilitação (ex.: física e intelectual) na fase inicial.
- Garantir que, até 2029, **≥ 100% das pessoas com deficiência cadastradas na APS** e com indicação de reabilitação possuam **plano terapêutico ativo** e acompanhamento no CER e/ou serviços de reabilitação vinculados.
- Reduzir em **25%** as sequelas funcionais não acompanhadas (usuários com limitações graves sem acesso a reabilitação), mapeadas pela APS, até 2029.
- Garantir que **100% das UBS** realizem **cadastro qualificado de pessoas com deficiência** em seus territórios até 2027.
- Realizar **ao menos 2 ações intersetoriais por ano** (saúde–assistência social–educação–trabalho) voltadas à inclusão social e acessibilidade de pessoas com deficiência.

5. Estratégias principais

5.1 Organização e implantação do CER

- Adequar a **estrutura física** do CER às normas de acessibilidade (rampas, corrimãos, banheiros adaptados, sinalização tátil/visual).
- Compor equipe multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, entre outros conforme modalidade definida).
- Definir **critérios de acesso e prioridade**, com base em gravidade, funcionalidade, risco social e idade
- Implantar rotinas de **avaliação multidimensional** (funcional, cognitiva, sensorial, social) e construção de projetos terapêuticos singulares.

5.2 Integração CER ↔ APS ↔ Rede de Urgência ↔ CAPS I

- Estabelecer fluxos formais para:

    - encaminhamento pós-alta hospitalar (traumas, AVC, amputações etc.) para o CER;
    - encaminhamento de casos identificados em APS e CAPS I;
    - continuidade da reabilitação após agravos atendidos na urgência (SAMU/hospital).

- Garantir que cada pessoa em reabilitação tenha uma **equipe de referência na APS**, responsável pelo seguimento compartilhado com o CER.
- Articular com o **CAPS I** o cuidado de pessoas com transtornos mentais e deficiência intelectual, bem como crianças neurodivergentes, combinando reabilitação e atenção psicossocial.

5.3 Linha de cuidado da criança neurodivergente

- Definir protocolo municipal de **rastreamento de sinais de atraso do desenvolvimento** na puericultura (APS), com instrumentos simples e sistemáticos.
- Garantir avaliação multidisciplinar (psicologia, fono, TO, neurologia/psiquiatria infantil) no CER/CAPS I para casos suspeitos.
- Implementar planos terapêuticos integrados (intervenção precoce, terapia de linguagem, terapia ocupacional, apoio psicossocial às famílias).
- Articular com a **educação** (salas de recursos, AEE, formação de professores) para estratégias de inclusão e adaptação curricular.
- Promover grupos de apoio e educação em saúde para famílias e cuidadores de crianças neurodivergentes.

5.4 Acessibilidade, transporte e inclusão social

- Mapear barreiras arquitetônicas e de transporte para acesso ao CER e demais serviços de saúde; pactuar com a gestão municipal ações de adequação progressiva.
- Integrar o planejamento do transporte sanitário às necessidades das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida (cadastro prioritário, agendamento organizado).
- Articular com a assistência social (CRAS/CREAS) o acesso a benefícios (como BPC) e programas de inclusão produtiva, bem como ações de combate à violência e discriminação contra pessoas com deficiência.

5.5 Educação permanente e participação social

- Incluir temas de **saúde da pessoa com deficiência, reabilitação e inclusão** na agenda do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP), com foco em APS, reabilitação, urgência e RAPS.
- Promover seminários, oficinas e rodas de conversa com conselheiros de saúde, associações de pessoas com deficiência e famílias para discutir o modelo de cuidado e avaliar o serviço.
- Estimular a participação de representantes de pessoas com deficiência no Conselho Municipal de Saúde e em comissões temáticas.

6. Justificativa técnica

O Eixo 4 responde a uma dupla exigência:

1. **Histórica**, já que o PMS 2022–2025 definiu como prioridade o fortalecimento das ações voltadas às pessoas com deficiência e doenças crônicas degenerativas, mas reconheceu limites na estrutura de reabilitação disponível.
2. **Política e social**, pois a Conferência de 2025 e o debate local evidenciaram que pessoas com deficiência se encontram entre os grupos que mais sofrem com barreiras de acesso, invisibilidade e falta de serviços estruturados.

A implantação e consolidação do **CER**, articulada à APS, à rede de urgência e à RAPS, permite transformar uma oferta fragmentada de reabilitação em uma **rede organizada, integral e intersetorial**, capaz de:

- reduzir incapacidades e sequelas evitáveis;
- ampliar a autonomia e a participação social das pessoas com deficiência;
- dar respostas qualificadas a crianças neurodivergentes e suas famílias;
- diminuir iniquidades e fortalecer o direito à saúde com base na equidade.

EIXO 5 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1. Diagnóstico situacional

A Assistência Farmacêutica em Alexandria parte de uma base relativamente estruturada, com **farmácia básica municipal**, elenco organizado de medicamentos conforme a **Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)** e uso do sistema informatizado **HÓRUS**, no âmbito do Programa **QualifarSUS**, para monitoramento da gestão pela farmacêutica responsável. O PMS 2022–2025 já apontava a Assistência Farmacêutica como uma das ações estratégicas do município, com diretrizes específicas para garantir acesso e qualificar a gestão dos medicamentos, incluindo metas de manter o HÓRUS atualizado, estruturar a farmácia básica, atualizar a REMUME, dar resposta a demandas judiciais e promover campanhas de uso racional.

Apesar desses avanços, a **Conferência Municipal de Saúde de 2025** evidenciou fragilidades importantes no Eixo III – Assistência Farmacêutica: aumento da demanda por medicamentos de uso contínuo com **frequentes desabastecimentos**, dificuldades relatadas pelos usuários para acesso a itens da lista básica, falhas logísticas (armazenamento, solicitação, entrega), e até questões de conforto e acolhimento, como a **ausência de cobertura/toldo na área externa da farmácia**, expondo usuários a sol e chuva. Tais problemas apontam para um descompasso entre a capacidade instalada, a pressão crescente por medicamentos (especialmente crônicos) e a organização logística e estrutural do serviço.

As propostas conferências para esse eixo reforçam a necessidade de **ampliar a cobertura da REMUME**, promovendo acesso equitativo a medicamentos essenciais, **fortalecer o uso racional de medicamentos** por meio de ações educativas a usuários e profissionais, investir na **capacitação permanente de farmacêuticos**, aprimorar os processos logísticos (armazenamento, solicitação, entrega conforme demanda), garantir **conectividade e integração de dados** e até corrigir problemas simples que impactam a humanização do atendimento, como a instalação de cobertura externa.

O PMS 2022–2025 destaca ainda que o município realiza **aporte financeiro municipal superior ao repasse federal** para aquisição de medicamentos, indicando esforço da gestão para manter abastecimento mesmo diante de recursos da União considerados insuficientes. Ao mesmo tempo, estabelece metas para: alimentação regular do HÓRUS, estruturação física da farmácia, atualização anual da REMUME com aprovação no Conselho Municipal de Saúde, resposta integral às demandas judiciais, campanhas anuais sobre uso racional e contratação de farmacêutico específico para o componente municipal. Esses elementos configuram um cenário em que **há base normativa e de investimento**, mas persistem gargalos operacionais, logísticos e de qualificação que precisam ser enfrentados no novo ciclo.

O crescimento de **condições crônicas**, a ampliação da rede (CAPS I, CER, Base do SAMU) e a prioridade dada a crianças neurodivergentes tendem a ampliar ainda mais a demanda por medicamentos e insumos específicos (psicotrópicos, medicamentos de uso contínuo, insumos para reabilitação e cuidados complexos), o que exige uma Assistência Farmacêutica mais integrada às **linhas de cuidado, às redes de atenção e à regulação**, fortalecendo o papel clínico do farmacêutico, o monitoramento do uso de medicamentos e a articulação com os demais pontos de atenção.

2. Diretrizes do eixo

1. **Garantir acesso regular, equânime e seguro** aos medicamentos essenciais, em consonância com as necessidades epidemiológicas e as linhas de cuidado prioritárias do município.

2. **Aprimorar a gestão da Assistência Farmacêutica**, fortalecendo a REMUME, a logística, o HÓRUS e os processos de planejamento e aquisição.
3. **Promover o uso racional de medicamentos**, envolvendo usuários, profissionais e gestores na prevenção de uso inadequado, interações medicamentosas e desperdícios.
4. Estruturar a **Assistência Farmacêutica como componente da rede de cuidados**, integrada à APS, à RAPS (CAPS I), ao CER, à rede de urgência e às demandas judiciais.
5. Melhorar as **condições físicas e de acolhimento** dos serviços farmacêuticos, garantindo ambiente adequado, acessível e humanizado.
6. Fortalecer a **participação do Conselho Municipal de Saúde** na definição da REMUME e na avaliação da Assistência Farmacêutica.

3. Objetivos específicos

1. Consolidar a REMUME como instrumento dinâmico de política de medicamentos, **atualizada anualmente** e adequada ao perfil epidemiológico e às linhas de cuidado (APS, CAPS I, CER, urgência).
2. Assegurar o **funcionamento pleno do HÓRUS** como sistema de informação e gestão de estoques, com registro em tempo real e relatórios periódicos.
3. Garantir **estoques regulares** de medicamentos e insumos médicos-hospitalares para atendimento das demandas das unidades de saúde e dos usuários, reduzindo episódios de desabastecimento.
4. Estruturar a **farmácia básica** com espaço físico adequado, equipamentos, mobiliário e melhorias de conforto (toldo/cobertura, acessibilidade).
5. Qualificar a equipe da Assistência Farmacêutica (farmacêuticos e equipe de apoio), com ênfase em gestão, cuidado farmacêutico e segurança do paciente.
6. Integrar a Assistência Farmacêutica às estratégias de **uso racional de medicamentos**, às linhas de cuidado de DCNT, saúde mental, reabilitação e à linha da criança neurodivergente.

4. Metas indicativas para 2026–2029

- **REMUME** atualizada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde **1 vez ao ano**, em todos os anos do quadriênio.
- Manter **HÓRUS implantado e alimentado regularmente em 100% dos meses** do período 2026–2029, com fechamento mensal de estoques.
- Reduzir para abaixo de *20%* a **taxa de desabastecimento** de medicamentos da REMUME em cada quadrimestre, em comparação à linha de base de 2025.

- Garantir que **100% das demandas judiciais de medicamentos** sejam atendidas em tempo adequado, com registro e monitoramento sistemático.
- Realizar **no mínimo 1 campanha anual** sobre uso racional de medicamentos, em articulação com ACS e equipes da APS, em todos os anos do quadriênio.
- Garantir que **100% dos profissionais médicos** da rede participem, até 2029, de pelo menos uma ação de formação sobre prescrição segura, legível (letra e digital) e conforme REMUME.
- Instalar **cobertura/toldo na área externa da farmácia** até 2027, garantindo melhor conforto aos usuários.

5. Estratégias principais

5.1 Organização e qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica

- **Manter alimentação regular do HÓRUS**, com definição de responsáveis, rotinas de registro diário, conciliação de estoques e uso de relatórios para planejamento de compras e distribuição.
- **Atualizar anualmente a REMUME**, com análise do perfil epidemiológico, revisão de consumo, consulta a protocolos clínicos e discussão e aprovação no Conselho Municipal de Saúde.
- Qualificar os processos de **programação, aquisição, armazenamento e distribuição** de medicamentos, com manuais de rotinas, definição de prazos, controle de validade e prevenção de perdas.
- Utilizar os dados financeiros do PMS anterior (investimentos em AF e insumos estratégicos) como base para projetar o **planejamento orçamentário do quadriênio**, garantindo aporte municipal compatível com a demanda.

5.2 Estrutura física, acolhimento e acesso

- Reestruturar a **farmácia básica**, com melhoria de layout, aquisição de mobiliário, equipamentos de informática, sistemas de climatização e organização de prateleiras, garantindo condições adequadas de armazenamento.
- Instalar **toldo/cobertura na área externa da farmácia**, bancos adequados, bebedouro e sinalização acessível para melhorar o acolhimento aos usuários.
- Revisar a **logística de distribuição para as unidades de saúde**, definindo rotas, periodicidade, pontos de entrega e responsabilidades, de forma a garantir abastecimento regular na APS, CAPS I, CER e serviços ambulatoriais.

5.3 Uso racional de medicamentos e cuidado farmacêutico

- Implementar **campanhas anuais sobre uso racional de medicamentos**, automedicação, antibióticos e descarte adequado, com participação ativa dos ACS e equipes da APS.
- Promover **capacitação dos farmacêuticos e demais profissionais** em protocolos terapêuticos, segurança do paciente, conciliação medicamentosa e monitoramento de interações.
- Desenvolver ações de **cuidado farmacêutico** para grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, usuários de psicotrópicos, crianças neurodivergentes em uso de medicamentos específicos), com revisão periódica de tratamentos e orientação individualizada.
- Realizar **formação com médicos sobre prescrição segura**, legível e alinhada à REMUME, incentivando também a prescrição digital quando disponível.

5.4 Integração com redes de atenção e demandas judiciais

- Integrar a Assistência Farmacêutica às **linhas de cuidado** (DCNT, saúde mental, reabilitação, criança neurodivergente), participando de discussões de caso, protocolos e definição de esquemas terapêuticos.
- Estabelecer fluxo específico para **demandas judiciais de medicamentos**, com registro, análise de impacto financeiro, articulação com a REMUME e respostas tempestivas, conforme metas do PMS anterior.
- Articular-se com CAPS I e CER para gestão compartilhada de medicamentos de uso controlado, psicotrópicos e insumos de reabilitação, garantindo continuidade terapêutica e evitar interrupções.

5.5 Educação permanente e controle social

- Incluir **Assistência Farmacêutica e uso racional de medicamentos** como temas fixos na agenda do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP), integrando farmacêuticos, médicos, enfermeiros, ACS e gestores.
- Apresentar **relatórios regulares de Assistência Farmacêutica** ao Conselho Municipal de Saúde, incluindo dados de estoque, consumo, desabastecimentos, campanhas educativas e atendimento a demandas judiciais.
- Estimular a participação de **usuários e representantes comunitários** na avaliação da qualidade do acesso a medicamentos e na construção da REMUME, reforçando o caráter participativo da política de medicamentos.

6. Justificativa técnica

A Assistência Farmacêutica já era reconhecida como eixo estratégico no PMS 2022–2025, com diretriz específica de **garantir acesso e aprimorar a gestão de medicamentos**, mas o Relatório da Conferência de 2025 revelou que, apesar dos investimentos e da estrutura criada (REMUME, HÓRUS, QualifarSUS), ainda

persistem **desabastecimentos, falhas logísticas, dificuldades de acesso e fragilidades na humanização do serviço**.

Ao alinhar as metas e estratégias deste eixo às deliberações conferenciais (ampliar REMUME, uso racional, qualificação dos profissionais, logística, integração de dados e melhoria da estrutura física) e às metas já estabelecidas no PMS anterior (HÓRUS regular, REMUME atualizada, estoque adequado, campanhas e farmacêutico específico), o município de Alexandria consolida uma **política de Assistência Farmacêutica mais robusta, integrada e voltada à segurança do paciente**.

Esse eixo é fundamental para o sucesso dos demais: sem medicamentos disponíveis, bem geridos e utilizados de forma racional, **as linhas de cuidado da APS, do CAPS I, da rede de urgência e do CER** não alcançam seus resultados esperados. Fortalecer a Assistência Farmacêutica, portanto, é condição indispensável para a efetividade do Plano Municipal de Saúde 2026–2029 e para a garantia do direito à saúde da população alexandriense.

EIXO 6 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

(Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador)

1. Diagnóstico situacional

A Vigilância em Saúde de Alexandria apresenta avanços importantes, porém convive com fragilidades estruturais e operacionais já reconhecidas tanto no **PMS 2022–2025**, que elegeu o fortalecimento do sistema de vigilância como uma das ações estratégicas, quanto na **Conferência Municipal de Saúde de 2025**, que dedicou todo o Eixo I ao tema.

No campo da **vigilância epidemiológica**, o Relatório da Conferência registra **subnotificações recorrentes**, comunicação inefetiva entre os serviços e “falta de comprometimento de casas de saúde e profissionais médicos na notificação de agravos”, bem como a necessidade de fortalecer o papel da ESF na vigilância, com maior conhecimento e uso do calendário vacinal. Isso repercute diretamente na capacidade do município de monitorar doenças transmissíveis (arboviroses, tuberculose, hanseníase, Doença de Chagas, leishmaniose), DCNT e eventos de importância em saúde pública.

Na **vigilância sanitária**, foi apontada a necessidade de ampliar a atuação sobre serviços de interesse à saúde e de criar canais diretos de comunicação com a população (telefone, aplicativo), aproximando VISA, usuários e estabelecimentos e tornando mais ágil o recebimento de denúncias e orientações. Na **vigilância ambiental**, identificou-se a necessidade de reforçar o trabalho dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) e implantar programas específicos para Doença de

Chagas, leishmaniose e arboviroses, considerando as condições ambientais e de saneamento do território.

A **saúde do trabalhador** foi destacada como ponto frágil: ausência de programa estruturado, pouca escuta organizada dos trabalhadores e invisibilidade dos agravos relacionados ao trabalho. A conferência propôs a criação de um **Programa Municipal de Saúde do Trabalhador** com apoio da e-Multi e a instituição de um **Fórum Permanente de Saúde dos Trabalhadores**, reforçando a necessidade de integrar a vigilância do trabalhador (VISAT) à rotina da rede.

Entre as proposições centrais estão: implantação de **Ouvidoria SUS**, criação de canal exclusivo para denúncias e dúvidas em vigilância (telefone, app ou site – “Fale com a Saúde”), garantia de sigilo ao trabalhador denunciante, integração entre Ouvidoria e VISAT, realização de fóruns e reuniões com sindicatos, elaboração de relatórios públicos e boletins epidemiológicos com devolutivas sociais, capacitação das equipes da ESF em vigilância e promoção de ações extramuros em ambientes de trabalho (vacinação, educação em saúde, prevenção de acidentes). Também se destacam o **mapeamento de populações em vulnerabilidade social**, campanhas livres de discriminação e implantação da **Sala Lilás**, articulando vigilância, equidade e enfrentamento de violências.

Assim, a situação atual da Vigilância em Saúde em Alexandria é marcada por:

- sistemas e ações já existentes, porém subutilizados;
- fragilidades na notificação, análise e uso dos dados;
- necessidade de maior integração entre vigilância e APS;
- baixa estruturação da saúde do trabalhador;
- comunicação limitada com a população;
- e oportunidade concreta de reorganização, dada a agenda pactuada na Conferência de 2025.

2. Diretrizes do eixo

1. **Integrar a Vigilância em Saúde à Atenção Primária e às redes de atenção**, de forma territorializada e contínua.
2. **Fortalecer a capacidade de detecção, análise e resposta** a agravos transmissíveis, crônicos, ambientais, ocupacionais e violências.
3. Ampliar e qualificar a atuação da **Vigilância Sanitária** e da **Vigilância Ambiental**, com foco em riscos relacionados a serviços, água, alimentos, vetores e resíduos.
4. Estruturar o **Programa Municipal de Saúde do Trabalhador** e a VISAT, articulados à e-Multi, ao CAPS I, ao CER e à rede de urgência.
5. Implantar **mecanismos de escuta e comunicação**, como Ouvidoria SUS e “Fale com a Saúde”, integrados à Vigilância.

6. Incorporar a **perspectiva da equidade** na vigilância, com ênfase em populações vulneráveis (mulheres em situação de violência, pessoas com deficiência, crianças neurodivergentes, população rural, trabalhadores informais).

3. Objetivos específicos

1. Qualificar a **notificação, investigação e análise** de agravos e eventos de interesse em saúde pública.
2. Fortalecer a **integração entre vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental, trabalhador) e APS**, garantindo ações no território.
3. Ampliar ações de **controle de vetores** e de vigilância ambiental voltadas a Doença de Chagas, leishmaniose, arboviroses e agravos relacionados à água e ao saneamento.
4. Estruturar o **Programa Municipal de Saúde do Trabalhador** e o **Fórum Permanente de Saúde dos Trabalhadores**, com ações de promoção, proteção e vigilância.
5. Implementar **Ouvidoria SUS** e o canal “Fale com a Saúde” integrados às ações de vigilância e regulação.
6. Produzir e divulgar **boletins epidemiológicos e relatórios públicos periódicos**, com devolutivas para a população, o Conselho Municipal de Saúde e as equipes.

4. Metas indicativas 2026–2029

- Alcançar **≥ 80% das notificações** de agravos prioritários (dengue, chikungunya, TB, hanseníase, violência interpessoal/autoprovocada) registradas dentro do prazo oportuno definido pelo MS até 2029.
- Reduzir em **80% a subnotificação** estimada de agravos, com base em comparação entre registros de diferentes sistemas (e-SUS/SISAB, SIM, SINAN, SINASC, SIH/SUS).
- Manter ou alcançar **cobertura vacinal ≥ 95%** para vacinas do calendário infantil em menores de 1 ano e de 1 a 4 anos, em todos os anos do quadriênio.
- Realizar, a cada ano, **pelo menos 4 ações de vigilância ambiental** por território prioritário (mutirões de controle de vetores, visitas casa a casa, inspeções e educação ambiental).
- Implantar e manter o **Programa Municipal de Saúde do Trabalhador** em funcionamento até 2027, com realização de **≥ 2 ações anuais** de vigilância e promoção em ambientes de trabalho.
- Instituir a **Ouvidoria SUS** e o canal “Fale com a Saúde” até 2027, com registro e análise trimestral das manifestações.

- Publicar **boletim epidemiológico pelo menos semestral** em todos os anos do período 2026–2029.

5. Estratégias principais

5.1 Integração Vigilância–APS–Redes de Atenção

- Formalizar **fluxos de comunicação** entre vigilância e APS (referência/contrarreferência de casos, listas de faltosos, busca ativa de contatos, acompanhamento de crônicos).
- Utilizar rotineiramente dados de **e-SUS/SISAB, SINAN, SIM, SINASC, SIH/SUS, SIPNI** para orientar o planejamento local, com devolutivas periódicas às equipes.
- Incorporar a vigilância de agravos crônicos (DCNT, saúde mental, violências) à rotina da APS, com apoio de CAPS I, CER e SAMU, quando pertinente.

5.2 Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica

- Padronizar e divulgar **rotinas de notificação**, investigação e encerramento de casos para todas as unidades notificadoras.
- Realizar **capacitação periódica** dos profissionais (médicos, enfermeiros, ACS, ACE) sobre fichas, sistemas de informação, fluxos de investigação e análise de dados.
- Desenvolver **painel de indicadores** de vigilância com atualização trimestral (incidência de arboviroses, TB, hanseníase, cobertura vacinal, notificações de violência, etc.).

5.3 Vigilância Sanitária e Ambiental

- Ampliar o escopo da VISA para **serviços de interesse à saúde** (clínicas, laboratórios, academias, salões de beleza, estabelecimentos alimentícios, etc.), com cronograma de inspeções e planos de adequação.
- Implantar ações sistemáticas de **vigilância da qualidade da água, resíduos sólidos e condições de saneamento**, em articulação com meio ambiente, obras e limpeza urbana.
- Reforçar a atuação dos **ACEs**, com supervisão técnica, insumos adequados e planejamento territorial para controle de arboviroses, Doença de Chagas e leishmaniose.

5.4 Saúde do Trabalhador (VISAT)

- Implantar o **Programa Municipal de Saúde do Trabalhador**, com definição de equipe de referência, plano anual de ações, articulação com a e-Multi e com a APS.

- Criar o **Fórum Permanente de Saúde dos Trabalhadores**, com participação de sindicatos, conselhos profissionais, SMS e trabalhadores, para escuta qualificada e pactuação de ações.
- Realizar ações extramuros de saúde nos ambientes de trabalho (vacinação, educação em saúde, prevenção de agravos ocupacionais).

5.5 Ouvidoria, "Fale com a Saúde" e comunicação de risco

- Instituir a **Ouvidoria SUS** municipal, com canais presencial, telefônico e eletrônico.
- Implantar o **aplicativo ou canal "Fale com a Saúde"**, integrando-o à vigilância para recebimento de denúncias, queixas e sugestões, garantindo **sigilo e proteção ao denunciante**, especialmente trabalhadores.
- Elaborar e divulgar **boletins epidemiológicos e relatórios públicos**, com linguagem acessível, devolutivas para o CMS e divulgação em rádios locais, redes sociais e unidades de saúde.

5.6 Vigilância, equidade e populações vulneráveis

- Mapear sistematicamente **populações em situação de vulnerabilidade** (zona rural, extrema pobreza, pessoas com deficiência, crianças neurodivergentes, mulheres em situação de violência, população LGBTQIA+, população em situação de rua), integrando vigilância, APS e assistência social.
- Implantar a **Sala Lilás** e articular vigilância de violências, rede de atenção à saúde e rede de proteção social (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Ministério Público).
- Garantir campanhas e ações livres de discriminação, combatendo estigmas e incentivando a notificação de violências e agravos relacionados a gênero, raça, deficiência e orientação sexual.

6. Justificativa técnica

O Eixo 6 – Vigilância em Saúde materializa, no PMS 2026–2029, o conjunto de demandas expressas no **Eixo I da Conferência Municipal de Saúde de 2025**, que identificou problemas concretos – subnotificação, comunicação deficiente, fragilidade de VISA, necessidade de vigilância ambiental e de saúde do trabalhador – e propôs soluções detalhadas (Ouvidoria, "Fale com a Saúde", Fórum de Saúde do Trabalhador, boletins, capacitações, ações extramuros, Sala Lilás, mapeamento de vulnerabilidades).

Ao articular vigilância com APS, CAPS I, CER, SAMU, assistência farmacêutica e equidade, o município avança de um modelo centrado apenas em notificação para uma **Vigilância em Saúde integrada, territorial e orientada pela justiça social**,

capaz de produzir informação oportuna, orientar decisões de gestão e apoiar diretamente o cuidado às pessoas e comunidades.

EIXO 7 – GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. Diagnóstico situacional

A gestão do trabalho em saúde em Alexandria vem sendo pautada, no ciclo 2022–2025, por esforços de **fortalecimento da gestão do SUS**, incluindo instrumentos como avaliação funcional, controle eletrônico de frequência, manutenção de referências técnicas qualificadas e atualização dos instrumentos de gestão (PMS, PAS, RAG, SIOPS). O PMS anterior também já previa a revisão do **Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)** e a instituição de mecanismos de **valorização por desempenho**, como o Prêmio Previne Brasil para profissionais da APS.

Apesar desses avanços normativos, o **Relatório da Conferência Municipal de Saúde de 2025**, no Eixo IV – Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, foi claro ao apontar um conjunto de fragilidades: **ausência de espaços regulares de escuta e valorização dos trabalhadores**, **falta de PCCS efetivamente implantado** e **necessidade de fortalecimento da formação permanente**. Os trabalhadores relatam sobrecarga, insegurança em relação a vínculos e direitos, carência de espaços para discutir sofrimento psíquico e condições de trabalho, bem como dificuldades para conciliar rotina assistencial com participação em processos formativos.

A conferência propôs encaminhamentos concretos: **rodas de conversa e espaços de escuta qualificada**, elaboração e implementação do **PCCS**, implantação de um **Núcleo de Educação Permanente (NEP)** com agenda regular de capacitações, parcerias com instituições de ensino, garantia de **intervenções multiprofissionais nos processos formativos** e **avaliações periódicas das condições de trabalho, com foco na saúde mental e valorização profissional**. Essas propostas dialogam diretamente com metas já previstas no PMS 2022–2025 para educação permanente (cursos anuais para 100% dos profissionais, ampliação do uso de EAD e oferta de condições para participação em capacitações presenciais).

O PMS anterior também previa a **atualização do PCCS** e a necessidade de que esse plano fosse exequível pela gestão, com metas anuais para revisão e implementação. No entanto, o fato de a conferência de 2025 ainda apontar “falta de plano de cargos, carreiras e salários” como problema indica que a pauta não se consolidou na prática e permanece como demanda central dos trabalhadores.

Outro elemento relevante do diagnóstico é a proposta conferencial do **Programa “Cuidar de Quem Cuida”**, com foco na saúde mental e na valorização dos profissionais, bem como a garantia de férias aos contratados e melhoria da

qualidade de vida laboral. A gestão do trabalho em saúde, portanto, não se limita à dimensão administrativa (ponto eletrônico, avaliação funcional), mas envolve cuidado com o trabalhador, prevenção do adoecimento psíquico e fortalecimento de vínculos estáveis e justos.

Por fim, a **Educação Permanente em Saúde (EPS)** é reconhecida como eixo estratégico: o PMS 2022–2025 estabeleceu o **Objetivo 7.2 – Investir na educação permanente para garantir assistência de excelência**, prevendo cursos anuais de atualização, estímulo à participação em EAD, disponibilização de equipamentos de informática e incentivo à formação continuada, inclusive com premiação por maior participação em capacitações. A conferência reforça essa agenda ao propor a criação de um **NEP com agenda regular** e parcerias formais com instituições de ensino.

2. Diretrizes do eixo

1. **Valorizar os trabalhadores da saúde** como sujeitos centrais do SUS, garantindo condições dignas de trabalho, carreira, escuta e cuidado.
2. **Estruturar a gestão do trabalho** com base em planejamento, avaliação funcional, PCCS atualizado e mecanismos transparentes de ingresso, permanência e desenvolvimento.
3. **Instituir a Educação Permanente em Saúde** como eixo estruturante, por meio de um **Núcleo de Educação Permanente (NEP)** articulado às necessidades da rede.
4. Promover a **saúde mental e a qualidade de vida dos trabalhadores**, com o Programa “Cuidar de Quem Cuida” e avaliações periódicas das condições de trabalho.
5. Fortalecer **parcerias com instituições de ensino** para estágios, formação, residência e qualificação técnica.
6. Integrar a gestão do trabalho e a EPS às **prioridades estratégicas do PMS 2026–2029** (APS, CAPS I, SAMU, CER, vigilância, equidade).

3. Objetivos específicos

1. Implantar um **modelo de gestão do trabalho** que combine estabilidade, transparência, avaliação e valorização do desempenho.
2. Elaborar, atualizar e implementar o **Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)** compatível com a realidade fiscal do município, com etapas progressivas de execução.
3. Instituir e operacionalizar o **Núcleo de Educação Permanente (NEP)** com agenda anual de capacitações alinhada às necessidades da rede.
4. Consolidar a **avaliação funcional anual** para todos os trabalhadores da rede municipal de saúde, com devolutiva construtiva e plano de desenvolvimento.
5. Implementar o **Programa “Cuidar de Quem Cuida”** e outras ações voltadas à saúde mental e ao bem-estar dos trabalhadores.

6. Fortalecer a cultura de **participação dos trabalhadores** na formulação de políticas, por meio de rodas de conversa, fóruns e participação em instâncias colegiadas.

4. Metas indicativas 2026–2029

- Elaborar e submeter à aprovação do Poder Legislativo o **PCCS revisado** até **2027**, com plano de implementação progressiva.
- Garantir que **100% dos trabalhadores da saúde** sejam submetidos à **avaliação funcional anual**, em todos os anos do quadriênio.
- Implantar formalmente o **NEP** até **2027**, com realização de **no mínimo 4 ações de educação permanente por ano**, contemplando todos os níveis de atenção.
- Assegurar que **≥ 80% dos profissionais** participem de pelo menos **1 capacitação anual**, presencial ou EAD, relacionada às prioridades do PMS (APS, vigilância, saúde mental, SAMU, CER, equidade).
- Implementar o **Programa "Cuidar de Quem Cuida"** até **2027** e realizar **pelo menos 2 ações anuais** (rodas de conversa, grupos, oficinas) voltadas à saúde mental dos trabalhadores.
- Realizar **rodas de conversa/escuta qualificada** com trabalhadores em **todos os territórios/serviços** pelo menos 1 vez ao ano.
- Implantar ou manter **Prêmio de Valorização por Desempenho** vinculado a resultados da APS (Previne Brasil) e/ou metas prioritárias, com critérios transparentes definidos em ato normativo até 2028.

5. Estratégias principais

5.1 Estruturação da gestão do trabalho

- Consolidar uma **unidade/setor de gestão do trabalho** na Secretaria Municipal de Saúde, articulada com a gestão de pessoas da Prefeitura.
- Revisar e implantar o **PCCS**, a partir de grupo de trabalho intersetorial (saúde, administração, sindicato, CMS), buscando equilíbrio entre valorização e sustentabilidade fiscal.
- Manter **sistema de ponto eletrônico** em todas as unidades de saúde, com monitoramento contínuo e acessibilidade adequada, conforme já previsto no PMS anterior.
- Ampliar e qualificar a **avaliação funcional anual**, com instrumentos claros, devolutiva para o trabalhador e uso dos resultados para dimensionamento de educação permanente e reconhecimento profissional.

5.2 Implantação do NEP e fortalecimento da Educação Permanente

- Formalizar, por portaria, o **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP)**, definindo composição (representantes da gestão, serviços, níveis de atenção, vigilância, CAPS I, CER) e atribuições.
- Elaborar **Plano Anual de Educação Permanente** alinhado às prioridades do PMS (APS, vigilância, CAPS I, SAMU, CER, equidade, assistência farmacêutica).
- Utilizar estratégias presenciais e **EAD**, garantindo **equipamentos de informática nas unidades** e incentivo à participação em cursos on-line.
- Firmar **parcerias com instituições de ensino** (técnicas, faculdades, universidades) para estágios, residência e projetos de extensão em saúde.
- Organizar **oficinas integradas** envolvendo diferentes categorias profissionais, valorizando o trabalho multiprofissional e a troca de saberes.

5.3 Valorização, saúde mental e qualidade de vida no trabalho

- Implantar o **Programa "Cuidar de Quem Cuida"**, com ações como: rodas de conversa, grupos terapêuticos, acompanhamento em saúde mental (articulação com CAPS I), atividades coletivas de promoção da saúde e prevenção do adoecimento.
- Garantir **férias regulares aos profissionais contratados**, respeitando direitos trabalhistas e promovendo qualidade de vida laboral, conforme proposto na conferência.
- Realizar **avaliações periódicas das condições de trabalho**, com foco em sobrecarga, riscos psicossociais e ergonomia, produzindo planos de melhoria por serviço.
- Implantar ou manter **incentivos por desempenho**, como o Prêmio Previne Brasil, com critérios claros e pactuados, associando qualidade de cuidado, participação em educação permanente e resultados em indicadores.

5.4 Participação e diálogo com os trabalhadores

- Institucionalizar **rodas de conversa e espaços de escuta qualificada** em todos os serviços, com registro de pautas e encaminhamentos.
- Articular a criação de um **Fórum Municipal de Trabalhadores da Saúde**, em sinergia com o Fórum de Saúde do Trabalhador já proposto no Eixo de Vigilância, para discutir condições de trabalho, carreira e saúde mental.
- Garantir a presença de representantes dos trabalhadores em **instâncias colegiadas internas** (comissões, grupos de trabalho, NEP) e no Conselho Municipal de Saúde.

6. Justificativa técnica

Este eixo responde diretamente ao **Eixo IV da Conferência Municipal de Saúde de 2025**, que evidenciou carências concretas na gestão do trabalho (ausência de espaços de escuta, falta de PCCS, necessidade de formação permanente) e apresentou propostas objetivas para enfrentá-las: rodas de conversa, implantação do NEP, parcerias com instituições de ensino, avaliações periódicas das condições de trabalho e fortalecimento da valorização profissional.

Ao mesmo tempo, este eixo atualiza e aprofunda as **Diretrizes 7.1 e 7.2 do PMS 2022–2025**, que já reconheciam a importância de qualificar a gestão do SUS e investir na educação permanente (avaliação funcional, ponto eletrônico, cursos anuais, revisão do PCCS, incentivo por desempenho, etc.).

Fortalecer a **Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde** é condição essencial para sustentar os demais eixos do PMS 2026–2029 (APS, CAPS I, SAMU, CER, vigilância, assistência farmacêutica, equidade). Sem trabalhadores valorizados, saudáveis e qualificados, a expansão da rede e a implantação de novas linhas de cuidado correm o risco de não produzir os resultados esperados. Este eixo, portanto, coloca o trabalhador no centro da agenda, como protagonista do SUS de Alexandria e sujeito de direitos, responsabilidade e cuidado.

EIXO 8 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL E EQUIDADE

1. Diagnóstico situacional

A participação social em Alexandria está institucionalmente assegurada por meio do **Conselho Municipal de Saúde (CMS)**, reconhecido no PMS 2022–2025 como instância de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre usuários, trabalhadores e gestores/prestadores, responsável por acompanhar, fiscalizar e avaliar o conjunto das ações e serviços de saúde. O conselho tem desempenhado papel relevante na discussão de planos, relatórios e programações anuais, mas ainda enfrenta desafios quanto à **capilaridade territorial**, à participação qualificada de conselheiros e à ampliação da presença de grupos vulneráveis (zona rural, juventudes, pessoas com deficiência, população negra, mulheres em situação de violência, população LGBTQIA+, entre outros).

O PMS 2022–2025 já apontava a **participação popular e o controle social** como dimensão estratégica, vinculando o fortalecimento do CMS à consolidação dos instrumentos de gestão (PMS, PAS, RAG, conferências), com necessidade de aprimorar a transparência, o acesso à informação e a interlocução permanente com a sociedade. A Conferência Municipal de Saúde de 2025 aprofundou esse diagnóstico, destacando que, embora haja espaços formais, **nem todas as vozes chegam às instâncias de decisão**, persistindo barreiras culturais, geográficas e de comunicação, especialmente para populações rurais e grupos historicamente discriminados.

No Eixo V – **Equidade em Saúde**, o relatório conferencial evidencia que **não há ações suficientemente estruturadas para redução das desigualdades** e faltam serviços específicos para grupos em situação de vulnerabilidade. Foram propostas medidas como: remanejamento de equipes entre zona urbana e rural segundo critérios de vulnerabilidade; campanhas livres de discriminação; implantação da **Sala Lilás**; atendimento diferenciado a grupos vulneráveis; e **mapeamento sistemático de populações vulneráveis** para subsidiar políticas e alocação de recursos. Isso aponta a necessidade de tornar a equidade não apenas um princípio abstrato, mas um **critério concreto de organização da rede**, de distribuição de recursos e de definição de prioridades.

Além disso, o fortalecimento da participação e da equidade integra o próprio **marco do PMS** enquanto instrumento de gestão pactuado com o controle social e alinhado às diretrizes do SUS, exigindo que os compromissos assumidos em conferências, conselhos e demais espaços participativos sejam traduzidos em objetivos, metas e estratégias claras. O Plano de Governo 2025–2028, ao enfatizar uma gestão com diálogo permanente com servidores e com a comunidade e ações intersetoriais em educação, meio ambiente e assistência social, reforça a importância de articular participação social e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde como eixo transversal do PMS 2026–2029.

2. Diretrizes do eixo

1. **Fortalecer o controle social** no SUS de Alexandria, ampliando a atuação do CMS e outros espaços participativos, com foco em transparência, representatividade e efetividade das deliberações.
2. **Incorporar a equidade como princípio operativo**, orientando a alocação de recursos, a organização de serviços e a definição de prioridades segundo necessidades dos grupos mais vulneráveis.
3. **Garantir voz e participação de populações vulnerabilizadas** (zona rural, pessoas em extrema pobreza, pessoas com deficiência, crianças neurodivergentes, mulheres em situação de violência, população negra, juventudes, população LGBTQIA+, população em situação de rua).
4. Reforçar a **articulação intersetorial** (saúde, assistência social, educação, cultura, esportes, trabalho, direitos humanos, segurança pública, justiça) para enfrentamento dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde.
5. Ampliar mecanismos de **transparência ativa e comunicação** com a população, garantindo acesso às informações sobre serviços, fluxos, direitos e resultados.

3. Objetivos específicos

1. **Consolidar o Conselho Municipal de Saúde** como instância central de formulação, acompanhamento e avaliação da política de saúde, com condições adequadas de funcionamento e apoio técnico.

2. Fortalecer a **realização periódica de Conferências de Saúde**, plenárias e outros espaços participativos em nível municipal e territorial.
3. Estruturar e implementar uma **política municipal de equidade em saúde**, com foco na redução de desigualdades e no enfrentamento de discriminações.
4. Instituir **mecanismos permanentes de escuta da população**, como ouvidoria, canais digitais e rodas de conversa comunitárias.
5. Assegurar a **representação e participação ativa de grupos vulneráveis** em conselhos, conferências e fóruns relacionados à saúde.
6. Integrar participação social e equidade ao **monitoramento e avaliação do PMS**, incorporando indicadores de desigualdades e de controle social.

4. Metas indicativas 2026–2029

- Garantir a **realização de pelo menos 1 Conferência Municipal de Saúde** no período de vigência do PMS, com ampla participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores.
- Realizar **reuniões ordinárias mensais do CMS**, com quórum mínimo e pauta ampla, em 100% dos anos do quadriênio.
- Promover, anualmente, **no mínimo 2 plenárias ou audiências públicas territoriais** (zona urbana e rural) para discussão do PMS, PAS, RAG e temas prioritários de saúde.
- Mapear, até **2027**, **100% dos territórios com populações em situação de maior vulnerabilidade social**, gerando relatório para orientar o planejamento da rede.
- Implantar a **Sala Lilás** até **2028**, articulando vigilância, atenção à saúde e rede de proteção a mulheres e outros grupos em situação de violência.
- Assegurar que, até **2029**, **100% dos conselheiros de saúde** tenham participado de ao menos **uma formação em controle social, SUS e equidade** por mandato.
- Garantir que, até o final do quadriênio, **todos os relatórios anuais de gestão (RAG)** incluam capítulo específico sobre **equidade em saúde e participação social**, com análise de indicadores e de deliberações do CMS.

5. Estratégias principais

5.1 Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências

- Garantir **estrutura de apoio** ao CMS (secretaria executiva, espaço físico, equipamentos, transporte quando necessário) e dotação de recursos no orçamento da saúde.
- Manter calendário anual de reuniões, com **pautas relacionadas ao ciclo de gestão** (PMS, PAS, RAG, contratos, indicadores), reforçando o papel deliberativo do conselho.

- Realizar **Conferências Municipais de Saúde** com etapas preparatórias em territórios rurais e urbanos, estimulando participação de escolas, associações comunitárias, grupos religiosos, sindicatos e organizações da sociedade civil.

5.2 Promoção da equidade e enfrentamento das desigualdades

- Elaborar e institucionalizar uma **Política Municipal de Equidade em Saúde**, com princípios, eixos e metas específicas para populações negras, mulheres, população rural, pessoas com deficiência, crianças neurodivergentes, população LGBTQIA+, pessoas em situação de rua, entre outras.
- Utilizar o **mapeamento de vulnerabilidades** para orientar a distribuição de equipes, horários de atendimento, ações extramuros e priorização de investimentos em unidades de saúde.
- Implantar e operacionalizar a **Sala Lilás**, articulando vigilância em saúde, atenção à saúde, assistência social, segurança pública e justiça para acolhimento e acompanhamento de mulheres e outras pessoas em situação de violência.

5.3 Mecanismos de escuta, transparência e comunicação

- Integrar a **Ouvidoria SUS municipal** e o canal **"Fale com a Saúde"** (app/telefone/site) às ações de participação social, permitindo que manifestações de usuários subsidiem o planejamento e sejam discutidas no CMS.
- Publicar, de forma acessível (linguagem simples, gráficos, meios digitais e presenciais), informações sobre **serviços, fluxos, direitos, indicadores e uso de recursos**, com devolutivas sobre decisões do CMS e resultados do PMS.
- Realizar regularmente **rodas de conversa comunitárias** nas UBS, escolas e territórios rurais, articulando equipes de saúde, usuários e lideranças locais.

5.4 Formação em controle social, direitos e equidade

- Incluir, no **Plano Anual de Educação Permanente (NEP)**, módulos de formação sobre **SUS, controle social, direitos em saúde e equidade**, voltados a conselheiros, lideranças comunitárias e trabalhadores.
- Desenvolver materiais educativos específicos sobre **racismo em saúde, violência de gênero, direitos das pessoas com deficiência, direitos das crianças neurodivergentes, diversidade sexual e de gênero**, para uso em escolas, unidades de saúde e espaços comunitários.
- Estimular a participação de conselheiros e lideranças em **eventos regionais/estaduais de controle social**, fortalecendo a articulação com outras instâncias de participação.

5.5 Intersetorialidade e determinantes sociais da saúde

- Articular, com **assistência social (SUAS)**, **educação**, **cultura**, **esportes**, **juventude**, **trabalho e renda** e **direitos humanos**, ações voltadas a: alimentação adequada, atividade física, prevenção da violência, inclusão social e combate a discriminações.
- Integrar projetos como **Programa Saúde na Escola**, projetos culturais e esportivos a ações de promoção da saúde e equidade, com participação ativa da comunidade.
- Discutir, em conselhos e fóruns intersetoriais, os impactos das políticas de saneamento, habitação, mobilidade e meio ambiente sobre a saúde e a equidade no município.

6. Justificativa técnica

O Eixo de Participação Social e Equidade concretiza, no PMS 2026–2029, uma dimensão já presente no **PMS 2022–2025** e aprofundada na **Conferência Municipal de Saúde de 2025**, que reconhece que **sem controle social forte e compromisso ativo com a equidade, o SUS local corre o risco de reproduzir desigualdades históricas**.

Ao articular o fortalecimento do CMS, a ampliação de conferências e audiências territoriais, a implantação de Sala Lilás, o mapeamento de vulnerabilidades, a institucionalização de ouvidoria e canais de escuta e a formação em controle social e direitos, o município cria condições para que a população **não seja apenas destinatária de serviços**, mas **coprodutora das políticas de saúde**.

Do ponto de vista da equidade, a explicitação de ações voltadas a grupos vulneráveis – incluindo pessoas com deficiência e **crianças neurodivergentes**, mulheres em situação de violência, população rural e outros segmentos – assegura que o PMS não seja um plano “neutro”, mas orientado para corrigir desigualdades. Esse eixo, portanto, é o elo entre a dimensão técnica do planejamento (indicadores, metas, redes) e a dimensão democrática (participação, direitos, justiça social), sustentando o compromisso de Alexandria com um SUS **público, universal, integral, participativo e equânime**.

QUADRO GERAL – VISÃO SINTÉTICA DOS EIXOS, OBJETIVOS E METAS-CHAVE

Eixo	Título	Objetivo Geral	Metas-chave (exemplos)

1	Atenção Primária à Saúde	Consolidar a APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede.	Aumentar pré-natal adequado; melhorar acompanhamento de hipertensos/diabéticos; ampliar cobertura vacinal; estruturar linha de cuidado da criança neurodivergente.
2	Atenção Psicossocial / CAPS I	Implantar e consolidar a RAPS com CAPS I como serviço de referência.	CAPS I habilitado; matriciamento em 100% das ESF; reduzir urgências psiquiátricas; ampliar cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.
3	Rede de Urgência e Emergência / SAMU	Organizar rede de urgência integrada com Base do SAMU e unidades filantrópicas.	Base do SAMU em operação 24h; fluxo pactuado com filantrópicas; redução do tempo resposta; acolhimento com classificação de risco em todas as portas.
4	Reabilitação, CER e Pessoa com Deficiência	Implantar rede de reabilitação integral com CER como referência.	CER implantado; planos terapêuticos ativos para pessoas com deficiência; linha da criança neurodivergente em reabilitação; melhoria da acessibilidade nas unidades.
5	Assistência Farmacêutica	Garantir acesso regular e uso racional de medicamentos.	REMUME atualizada anualmente; HÓRUS alimentado em 100% dos meses; redução de desabastecimentos; campanhas anuais de uso

			racional; melhoria da estrutura da farmácia.
6	Vigilância em Saúde	Integrar vigilâncias à APS e fortalecer detecção, análise e resposta a agravos.	Aumentar notificação oportuna; reduzir subnotificação; ações de vigilância ambiental; programa de saúde do trabalhador; Ouvidoria e “Fale com a Saúde” implantados.
7	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	Valorizar trabalhadores e estruturar educação permanente.	PCCS revisado; 100% dos trabalhadores avaliados anualmente; NEP implantado; alta participação em capacitações; Programa “Cuidar de Quem Cuida” executado.
8	Participação Social e Equidade	Fortalecer controle social e reduzir desigualdades em saúde.	CMS atuante; conferência realizada; formação de conselheiros; mapeamento de vulnerabilidades; Sala Lilás implantada; ações intersetoriais de equidade.

9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS 2026–2029

O monitoramento e a avaliação do Plano Municipal de Saúde de Alexandria/RN 2026–2029 constituem um **processo contínuo, sistemático e participativo**, articulado ao ciclo de planejamento do SUS (PMS, PAS e RAG) e aos instrumentos orçamentários municipais (PPA, LDO e LOA). Tal processo busca verificar, ao longo do quadriênio, o grau de execução das ações, o alcance das metas pactuadas na matriz de indicadores por eixo (1 a 8) e os efeitos produzidos sobre a situação de saúde da população, permitindo reorientar estratégias sempre que necessário.

A base técnica do monitoramento será a **Matriz de Metas e Indicadores** construída para cada eixo do PMS (Atenção Primária, Atenção Psicossocial/CAPS I, Rede de Urgência/SAMU, Reabilitação/CER, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Participação Social e Equidade). Essa matriz reúne, para cada meta, o indicador correspondente, linha de base 2025, meta para 2029, fonte de dados e periodicidade de coleta, permitindo acompanhar tanto resultados (coberturas, reduções, implantações) quanto processos (implantação de serviços, fluxos, programas, núcleos, espaços participativos).

9.1 Arranjo institucional e responsabilidades

O monitoramento do PMS será coordenado por uma **Equipe de Planejamento e Monitoramento** no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, composta por representantes da gestão (secretário/a e coordenação de planejamento), da vigilância em saúde, da atenção básica, da assistência farmacêutica, da regulação, do CAPS I, do CER, da gestão do trabalho e da participação social. Essa equipe será responsável por consolidar dados, analisar resultados, elaborar relatórios sintéticos e articular a revisão de estratégias junto às coordenações de área.

O **Conselho Municipal de Saúde (CMS)** terá papel central na avaliação política e social do plano, analisando os relatórios periódicos, o Relatório Anual de Gestão (RAG) e as propostas de reprogramação de metas, deliberando sobre a adequação ou necessidade de revisão do PMS, em consonância com sua função legal de acompanhar e fiscalizar a execução da política de saúde. As coordenações de cada eixo serão responsáveis por alimentar sistematicamente os indicadores que lhes dizem respeito e por apresentar, nas reuniões de monitoramento, a análise dos resultados e as justificativas para avanços ou dificuldades.

9.2 Instrumentos e periodicidade

O monitoramento utilizará como principais instrumentos:

- **Programação Anual de Saúde (PAS)** – desdobramento anual do PMS, em que metas quadrienais são traduzidas em objetivos e ações anuais;

- **Relatórios Quadrimestrais** para acompanhamento interno da execução física e financeira, em articulação com o SIOPS;

- **Relatório Anual de Gestão (RAG)** – que consolidará, ao final de cada ano, a análise de execução do PMS, da PAS e das metas da matriz de indicadores, com apreciação e aprovação pelo CMS;

- **Boletins e painéis de indicadores** – especialmente para vigilância em saúde, APS, CAPS I, SAMU, CER e Assistência Farmacêutica.

A periodicidade mínima recomendada será:

- **Monitoramento interno trimestral**: reuniões técnicas da equipe de planejamento com coordenações de eixo para analisar indicadores-chave (por exemplo: pré-natal, DCNT, CAPS I, atendimentos SAMU, produção do CER, desabastecimentos, notificações, participação em capacitações, reuniões do CMS).

- **Monitoramento ampliado semestral**: apresentação de resultados parciais ao Conselho Municipal de Saúde, com discussão de avanços, problemas e necessidade de reprogramações.

- **Avaliação anual**: consolidação das informações no RAG, com análise crítica de cada eixo, comparação com a linha de base 2025 e apreciação pelo CMS.

9.3 Fontes de dados e integração de sistemas

A avaliação se apoiará em **fontes de dados oficiais**: e-SUS/SISAB, SIM, SINASC, SINAN, SIH/SUS, SIA/SUS, SIPNI, HÓRUS, CNES, relatórios das coordenações, registros do SAMU, CAPS I e CER, dados de Ouvidoria e do canal “Fale com a Saúde”. A equipe de planejamento será responsável por integrar essas bases, produzir análises consolidadas e devolutivas de fácil compreensão para as equipes e a população (gráficos, mapas, semáforos de desempenho, etc.).

De forma complementar, serão considerados **dados qualitativos** provenientes de:

- manifestações da **Ouvidoria SUS** e do canal “Fale com a Saúde”;

- registros de visitas de supervisão e apoio institucional às unidades;

- atas de reuniões do CMS, fóruns de trabalhadores, conferências, plenárias territoriais;

- rodas de conversa com usuários, trabalhadores e gestores.

Essas informações qualitativas ajudarão a interpretar os resultados numéricos, evidenciando aspectos de acesso, acolhimento, equidade, satisfação ou insatisfação, discriminação e sugestões da comunidade.

9.4 Uso dos resultados e reprogramação do PMS

O monitoramento e a avaliação não têm caráter meramente burocrático. Os resultados serão utilizados para:

- **reprogramar ações e metas** nas PAS subsequentes, ajustando prioridades diante de mudanças epidemiológicas, orçamentárias ou organizacionais;

- **identificar boas práticas** em territórios e serviços, para difusão e apoio a outras unidades;

- orientar decisões de **alocação de recursos** (por exemplo, reforço de equipes, reformas de UBS, investimentos em AF, ampliação de ações de vigilância e equidade);

- subsidiar a **Conferência Municipal de Saúde** e demais espaços participativos, garantindo que a população tenha acesso aos resultados e possa influenciar os rumos do plano.

Está prevista, no mínimo, uma **revisão intermediária do PMS** em 2028, a partir da análise acumulada dos RAG dos anos anteriores, das deliberações do CMS e de mudanças significativas no contexto local ou nacional (por exemplo, novas políticas, variações de financiamento, emergências sanitárias). Essa revisão poderá ajustar metas, incluir novos indicadores ou reorientar estratégias, mantendo a coerência com as diretrizes da Conferência 2025 e do Plano de Governo 2025–2028.

9.5 Indicadores de equidade e participação social

Em consonância com o **Eixo 8 – Participação Social e Equidade**, a avaliação do PMS incorporará **indicadores específicos de equidade**, tais como: distribuição de equipes e serviços por áreas de maior vulnerabilidade; acesso a ações e serviços por grupos vulneráveis (pessoas com deficiência, crianças neurodivergentes, população rural, mulheres em situação de violência, população negra, juventudes, população LGBTQIA+); implantação da Sala Lilás; número de ações intersetoriais; regularidade das reuniões do CMS; realização de conferências e formações de conselheiros.

Dessa forma, o monitoramento e a avaliação do PMS 2026–2029 de Alexandria deixam de ser apenas um exercício técnico e passam a ser um **processo político, pedagógico e democrático**, no qual gestão, trabalhadores e sociedade compartilham informações, analisam resultados e assumem, conjuntamente, a responsabilidade por melhorar o SUS local e reduzir desigualdades em saúde.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde de Alexandria/RN 2026–2029 consolida um processo de planejamento que articula fundamentos técnicos, compromissos políticos e deliberações democráticas. Ele é fruto da análise do ciclo anterior (PMS 2022–2025), do diálogo com o Plano de Governo 2025–2028 e, sobretudo, das

propostas construídas na Conferência Municipal de Saúde de 2025, nas quais trabalhadores, gestores, usuários e representantes de diversos segmentos sociais apontaram prioridades, fragilidades e caminhos para o fortalecimento do SUS no município. Não se trata apenas de um documento formal, mas de um **pacto público** entre gestão e sociedade pela melhoria contínua da saúde de Alexandria.

O conjunto de eixos aqui estruturados — Atenção Primária à Saúde; Atenção Psicossocial/CAPS I; Rede de Urgência e Emergência/SAMU; Reabilitação/CER e Pessoa com Deficiência; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Participação Social e Equidade — expressa uma visão de SUS **integral e em rede**, na qual cada componente tem papel definido e se articula com os demais. A decisão de implantar e consolidar serviços estratégicos como **CAPS I, Base do SAMU e CER** indica um movimento de qualificação e expansão da rede, voltado tanto para respostas a agravos agudos quanto para o cuidado às condições crônicas, à saúde mental e à reabilitação.

Um diferencial deste PMS é a explicitação de agendas que historicamente permaneceram à margem ou diluídas em ações genéricas, como a **linha de cuidado para crianças neurodivergentes**, a **saúde da pessoa com deficiência**, a **saúde do trabalhador** e as políticas de **equidade em saúde**. Ao reconhecer esses grupos e temas como prioridades, o município afirma que não basta ampliar serviços: é preciso olhar para quem mais precisa, onde mais falta, e como as desigualdades se manifestam no território. A implantação da Sala Lilás, o mapeamento de vulnerabilidades, o fortalecimento do controle social e a atuação intersetorial são exemplos concretos dessa escolha.

A efetividade deste plano dependerá da capacidade da gestão municipal de saúde de **transformar diretrizes em prática**: organizar serviços, garantir recursos, qualificar pessoas, monitorar resultados e reprogramar ações quando necessário. A matriz de metas e indicadores construída para cada eixo será o instrumento central para acompanhar, ao longo do quadriênio, o alcance dos objetivos e o impacto das ações na situação de saúde. O uso sistemático da Programação Anual de Saúde (PAS), dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e dos dados dos sistemas de informação será determinante para que o PMS seja permanentemente acompanhado, e não apenas retomado ao final do período.

Outro ponto decisivo é o **protagonismo dos trabalhadores e do controle social**. Sem equipes valorizadas, com condições adequadas de trabalho, oportunidades de educação permanente e espaços de escuta e cuidado, dificilmente será possível garantir a qualidade e a continuidade das ações previstas. Da mesma forma, sem um Conselho Municipal de Saúde atuante, conferências periódicas e mecanismos efetivos de participação da população — como a Ouvidoria e o “Fale com a Saúde” — o plano corre o risco de se distanciar das necessidades reais do território. O desafio, portanto, é manter vivo o diálogo iniciado na conferência, fazendo do PMS um instrumento permanentemente debatido e revisitado.

Por fim, as **Considerações Finais** reafirmam que o PMS 2026–2029 de Alexandria deve ser entendido como um instrumento dinâmico: construído com base em evidências e participação social, aberto à revisão diante de novos contextos, e comprometido com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social que orientam o SUS. Cabe à gestão municipal, aos trabalhadores, ao Conselho Municipal de Saúde e à população alexandriense assumir, de forma compartilhada, a responsabilidade de fazer deste plano uma realidade concreta no cotidiano das unidades, dos serviços e das comunidades — garantindo que cada ação aqui descrita se traduza em mais saúde, dignidade e justiça social para todas as pessoas que vivem em Alexandria.