



**PREFEITURA DE
CAPIVARI**

Secretaria Municipal da Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2026 / 2029

Capivari – SP

NOVEMBRO 2025



Prefeito
Vitor Hugo Riccomini

Vice-Prefeito
Bruno Barnabé da Silva

Secretário de Saúde
Mateus Sousa dos Santos

Sumário

1- INTRODUÇÃO.....	1
2 – OBJETIVO.....	1
3 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	2
3.1 - Identificação.....	2
3.2 - HISTÓRICO.....	2
3.3 - ASPECTOS GEOGRÁFICOS.....	3
3.4 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	4
3.4.1 - População estimada do ano 2024 = 50.054.....	4
3.4.2 – População Residente por Sexo segundo Faixa Etária – 2024.....	4
3.4.3 – Pirâmide Populacional – 2024 (Fonte: Seade).....	5
3.4.4 – Dados Gerais.....	5
3.5 – ORGANIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E EDUCACIONAL.....	6
3.5.1 – Índice de desenvolvimento de Educação Básica – IDEB.....	6
3.5.2 - Atividade Econômica.....	6
3.5.3 – Emprego e Rendimento.....	7
3.6 – habitação e infraestrutura urbana.....	8
4 – INFRAESTRUTURA DA SAÚDE.....	9
4.1 – Tipo de Estabelecimento por Tipo de Prestador.....	9
4.2 – Equipamentos.....	9
4.3 – Leitos de Internação.....	10
4.4 – Recurso Humano.....	10
5 – INDICADORES DE SAÚDE.....	11
5.1 – NASCIMENTOS POR TIPO DE PARTO E ANO DO NASCIMENTO.....	12
5.2- TAXA DE NATALIDADE (POR MIL HABITANTES).....	12
5.3 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL (POR MIL HABITANTES).....	13
5.4 – MORTALIDADE INFANTIL (POR MIL NASCIDOS VIVOS).....	13
5.5 – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL.....	14
5.6 – MORTALIDADE INFANTIL TARDIA.....	15
5.7 – MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA.....	15
5.8 – MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS.....	16
5.9 – FINANCIAMENTO.....	17
6 - DIRETRIZES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	17
6.1 – Eixo: Gestão do SUS.....	17
6.1.1 - Regulação do Sistema de Saúde (Planejamento, Regulação da Assistência, Avaliação, Controle e Auditoria, Ouvidoria).....	18
6.1.2 – Participação Social na Gestão do SUS.....	19
6.1.3 – Gestão do Trabalho e Educação Permanente.....	19
6.1.4 – Implementação da Política de Modernização Administrativa.....	20
6.2 – Eixo: Atenção Básica.....	20
6.3 - Eixo: Média e Alta Complexidade.....	22
6.3.1 – Saúde Bucal.....	22
6.3.2 – Saúde Mental.....	23
6.4 - Eixo: Assistência Farmacêutica.....	24
6.5 – Eixo: Vigilância em Saúde.....	25
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
8 – PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAÚDE – PAS.....	27
9 - ANEXO.....	34

1- INTRODUÇÃO

"PLANEJAR consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente e evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro" (Chorny, 1998 apud BRASIL, 2006).

O planejamento implica mobilizar recursos e vontades para realizar ações que possibilitem o alcance dos objetivos e a concretização das propostas. Assim, o Plano de Saúde é conceituado como o instrumento, que a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

O processo de formulação participativo e ascendente do Plano Municipal de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação Social. Constitui um importante instrumento político para a negociação do gestor, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, podendo no decorrer desse período fazer a incorporação de novas necessidades e as adaptações que se fizerem necessárias.

O processo de trabalho desenvolvido para a elaboração deste instrumento partiu do pressuposto de que o Sistema Único de Saúde é um organismo complexo, e que o planejamento de suas ações, mesmo a nível municipal, não poderiam ficar centralizadas ou em poder somente da área administrativa. Portanto, foi construído com a participação da equipe técnica, contemplando também as ações elencadas no Plano Estadual de Saúde, Relatório da Conferência Municipal de Saúde de 2025, Relatório Anual de Gestão 2024 e Plano Diretor Municipal.

Além da análise situacional, o plano está apresentado de forma a contemplar os eixos de acordo com os eixos de financiamento do SUS: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Gestão.

2 – OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é fixar metas e prioridades da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2026 - 2029 a partir de um diagnóstico situacional, traçando um perfil de elementos que se relacionam à saúde no âmbito municipal, através da análise dos serviços existentes, da resolutividade dos mesmos, da participação pública e privada, da análise da evolução dos indicadores com a racionalização dos recursos existentes.

3 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

3.1 - IDENTIFICAÇÃO

Município: Capivari

Código IBGE: 3510401

Estado de São Paulo

População: 50.054 habitantes (Fonte SEADE)

Prefeito: Vitor Hugo Riccomini

Endereço da Prefeitura: R. XV de Novembro, 639 – Centro

Secretaria Municipal de Saúde: Mateus Sousa dos Santos

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde: R. Padre Haroldo, 553 - Centro

Telefone: (19) 3492-8200 / 3492-8201

E-mail: secretario.saude@capivari.sp.gov.br

CEP: 13.360-059

Região de Saúde: DRS X de Piracicaba

3.2 - HISTÓRICO

No início do século XVIII, a região onde se situa o município de Capivari, era caminho para as jazidas de ouro de Cuiabá. As viagens, no entanto, eram feitas por via fluvial pois a mata era muito cerrada e habitada por índios hostis, por isso os governantes das capitâncias mandavam para lá aqueles que os desagradavam. Assim, um grupo de ituanos degredados em fuga chegou, por volta de 1800, ao local próximo a uma colina na margem do rio, caracterizada pela presença de muitas capivaras. Por isso, a pequena povoação receberia, mais tarde, o nome de Capivari. Contando com um número considerável de casas e uma capela, foi celebrada uma missa em 5 de junho de 1820, pelo padre João Jacinto dos Serafins e São João Batista foi escolhido para padroeiro local. Em 11 de outubro de 1826, criou-se a freguesia, com o nome de São João Batista de Capivari de Baixo, do município de Porto Feliz. E em 10 de julho de 1832, foi oficialmente ereta a vila de São João Batista de Capivari de Baixo (dizia-se “de Baixo” para distinguir de Capivari de Cima, povoação vizinha, hoje Monte Mor). Após a elevação à categoria de vila, a economia local se desenvolveu, com a abertura de fazendas de café, algodão e, principalmente, cana-de-açúcar. Também cresceram o comércio e a indústria. Sua denominação foi simplificada para Capivari em 20 de dezembro de 1905.

3.3 - ASPECTOS GEOGRÁFICOS

O município de Capivari localiza-se às margens do rio Capivari, na zona fisiográfica de Piracicaba. Possui uma área de 323,20 km², altitude de 636 metros, solo do tipo Tubarão, e integra o consórcio intermunicipal das bacias hidrográficas dos rios Piracicaba, Capivari e Jundiaí.

Está inserido na Direção Regional de Saúde (DRS) X - Piracicaba, fazendo parte do Colegiado de Piracicaba que é formado por onze municípios: Capivari, Piracicaba, São Pedro, Elias Fausto, Mombuca, Rafard, Santa Maria da Serra, Charqueada, Águas de São Pedro, Saltinho, Rio das Pedras (Fig. 1).

A distância da capital e das principais cidades é: 152 km de São Paulo; Campinas: 60 km; Aeroporto de Viracopos: 51 km; Sorocaba: 88 km; Santos: 224 km; Piracicaba: 37 km; Mogi Guaçu: 120 km.

FIGURA 1 - Mapa de identificação da DRS X - Piracicaba e respectivos colegiados



3.4 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

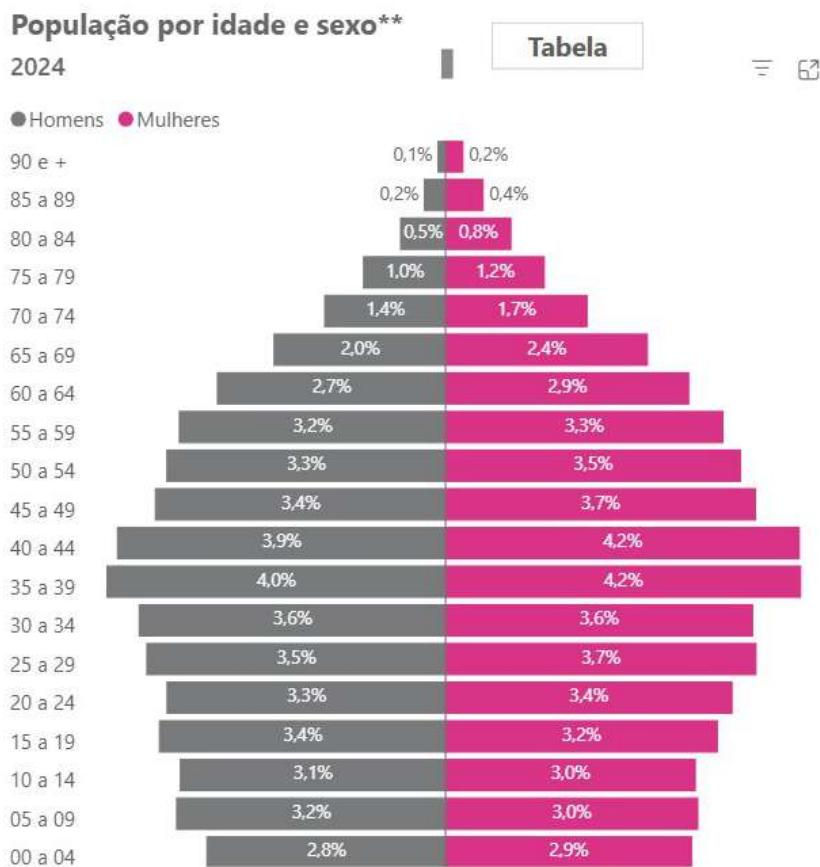
3.4.1 - População estimada do ano 2024 = 50.054

3.4.2 – População Residente por Sexo segundo Faixa Etária – 2024

Faixa Etária	População Masculina	População Feminina	Total
0 a 4	1.415	1.459	2.874
5 a 9	1.595	1.496	3.091
10 a 14	1.573	1.481	3.054
15 a 19	1.697	1.612	3.309
20 a 24	1.652	1.699	3.351
25 a 29	1.772	1.841	3.613
30 a 34	1.817	1.821	3.638
35 a 39	2.008	2.106	4.114
40 a 44	1.946	2.098	4.044
45 a 49	1.721	1.838	3.559
50 a 54	1.653	1.749	3.402
55 a 59	1.579	1.642	3.224
60 a 64	1.353	1.442	2.795
65 a 69	1.017	1.197	2.214
70 a 74	716	839	1.555
75 a 79	486	585	1071
80 a 84	266	387	653
85 a 89	125	222	347
90 e +	44	102	146
Total	24.435	25.619	50.054

Fonte: <https://populacao.seade.gov.br/>

3.4.3 – Pirâmide Populacional – 2024 (Fonte: Seade)



A base da pirâmide populacional é compatível com uma diminuição da taxa de natalidade e melhora da qualidade e expectativa de vida da população, com seu consequente envelhecimento, o que deve ser considerado na projeção das ações de saúde no município.

3.4.4 – Dados Gerais

Grau de Urbanização (Em %)	2021	97,67
Densidade Demográfica (Habitantes/km2)	2022	176,45
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População – 2010 a 2022 (Em % a.a.)	2022	0,25
Razão de Sexos	2022	104,0 %
Índice de Envelhecimento (Em %)	2021	71,31
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	2022	14.740

Proporção da população feminina em idade fértil	2022	57,74
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2024	11,38
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2024	44,33
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2024	17,33
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2024	6,93
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 29 Anos (Por mil habitantes nessa faixa etária)	2024	1,3
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por mil habitantes nessa faixa etária)	2024	35,9
Mães Adolescentes (com menos de 19 anos) (Em %)	2024	13,35
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %)	2024	88,52
Partos Cesáreos (Em %)	2024	79,62
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2024	8,04
Gestações Pré-Termo (Em %)	2023	9,69

Fontes: <https://censo2022.seade.gov.br/>
<https://tabnet.saude.sp.gov.br/>
<https://mortalidade.seade.gov.br/>
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>

3.5 – ORGANIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E EDUCACIONAL

3.5.1 – Índice de desenvolvimento de Educação Básica – IDEB

Ensino	Estado e Município	2019	2021	2023
1º ao 5º ano	SP	6,5	6,1	6,2
	Capivari	6,8	6,3	6,5
6º ao 9º ano	SP	5,2	5,3	5,1
	Capivari	5,2	5,2	5,4
Ensino Médio	SP	4,3	4,4	4,2
	Capivari	4,9	4,7	4,7

Fonte: SEADE: <https://municipios.seade.gov.br/educacao/>

Se comparado ao estado, os indicadores municipais em relação à educação estão acima da média estadual, visto que o índice é uma ferramenta para acompanhamento das metas de qualidade para a educação básica.

3.5.2 - Atividade Econômica

Economia	Ano	Capivari	SP
----------	-----	----------	----

Participação nas exportações	2019	0,064569	100,000000
Participação da agropecuária no total do valor adicionado (em %)	2021	2,45	1,70
Participação da indústria no total do valor adicionado (em %)	2021	41,97	19,06
Participação dos serviços do total do valor adicionado (em %)	2021	43,63	61,84
PIB (em mil reais correntes)	2021	2.990.809.569	2.719.751.231.375
PIB per capita (em reais correntes)	2021	54.691,00	61.410,03
Participação no PIB do Estado (em %)	2021	0,1	100,000000

Fonte: <https://perfil.seade.gov.br/#>

A atividade econômica vem se diversificando ao longo dos anos, apesar da produção de açúcar e álcool, que envolve tanto a área agrícola quanto a industrial, ainda ter um papel importante, provocando ainda, durante os meses da safra da cana-de-açúcar, a importação de mão de obra de outros estados, principalmente Minas Gerais e Bahia. Essa mão de obra nem sempre migra em boas condições de saúde, aumentando a demanda pelos serviços, tanto em função de doenças preexistentes como também em função de acidentes relacionados ao trabalho. Além disso, após o término da safra, muitos desses migrantes permanecem no município e, na maioria das vezes em condições de moradia precárias, tornando mais grave os problemas sociais e de saúde. As indústrias do ramo de metalurgia, têxteis, produção de bebidas, produtos de fibrocimento também tem se destacado. Mas é na participação de serviços que o município apresenta o maior índice.

3.5.3 – Emprego e Rendimento

Distribuição do emprego formal por divisão do CNAE (em %):

Atividades em destaque ano-base 2022:	Capivari	SP
Educação	15,5%	6,5%
Administração pública, defesa e segurança	10,4%	7,8%
Comércio varejista	10,3%	13,2%
Fabricação de produtos têxteis	5,1%	0,6%
Transporte terrestre	4,4%	3,9%
Fabricação de produtos de metal	4,1%	1,2%
Alimentação	4,0%	3,8%
Fabricação de produtos alimentícios	3,9%	2,9%
Fabricação de produtos minerais	3,9%	0,7%
Atividades de atenção à saúde humana	3,6%	5,6%

Fabricação de celulose, papel	3,3%	0,5%
Fabricação de produtos de borracha	3,2%	1,3%
Agricultura, pecuária	2,9%	2,1%
Fabricação de produtos químicos	2,8%	1,0%
Comércio por atacado, exceto veículo	2,7%	4,0%
Comércio e reparação de veículos automotores	2,1%	1,8%
Confecção de artigos de vestuário	1,7%	0,8%
Fabricação de máquinas e equipamentos	1,3%	1,2%
Fabricação de veículos automotores	1,0%	1,5%
Construção de edifícios	1,0%	1,6%

Fonte: <https://trabalho.seade.gov.br/emprego-e-salario-por-setor-2022/>

Salário médio por divisão da CNAE:	Capivari	SP
Rendimento médio dos empregos formais da agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e agricultura (em reais correntes)	2.396,50	2.748,66
Rendimento médio dos empregos formais de construção (em reais correntes)	2.720,00	3.571,33
Rendimento médio dos empregos formais do comércio atacadista e varejista e do comércio e reparação de veículos automotores e motociclistas (em reais correntes)	2.795,00	3.995,33
Rendimento médio dos empregos formais dos serviços (em reais correntes)	3.063,48	5.591,22
Rendimento médio dos empregos formais da indústria (em reais correntes)	3.544,34	6.456,82
Rendimento médio do total de empregos (em reais correntes)	3.560,00	4.512,00

Fonte: <https://trabalho.seade.gov.br/emprego-e-salario-por-setor-2022/>

Destacam-se os empregos na indústria, educação, administração pública e comércio. Maior média salarial dos empregos formais na indústria, seguido dos empregos formais dos serviços tanto no município, como no Estado de São Paulo. Apesar do aumento do rendimento médio mensal no município, ainda está abaixo da média estadual.

3.6 – HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA URBANA

Habitação e Infraestrutura Urbana	Capivari
Abastecimento de Água – Nível de Atendimento (Em %) - 2025	100%
Coleta de Lixo – Nível de Atendimento (Em %) - 2020	100%
Esgoto Sanitário – coleta área urbana - 2025	100%

Fonte: Saae Capivari/SP
<https://infosanbas.org.br/municipio/capivari-sp/#Manejo-de-res%C3%ADduos-s%C3%B3lidos>

4 – INFRAESTRUTURA DA SAÚDE

4.1 – TIPO DE ESTABELECIMENTO POR TIPO DE PRESTADOR

Tipo de Estabelecimento	Total
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	02
Posto de Saúde/ Centro de Saúde	08
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	04
Consultório	97
Hospital Geral	02
Laboratório de saúde Pública	01
Policlínica	10
Pronto Socorro Geral	01
Secretaria de Saúde	01
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	28
Farmácia	04
Serviço de atenção domiciliar isolado	01
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	01
Total	160

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabsp.def>

Período Agosto/2025

4.2 – EQUIPAMENTOS

Grupo de Equipamentos	Existentes	Disponíveis SUS
Equipamentos de Audiologia	07	01
Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	82	19
Equipamentos de Infraestrutura	43	06
Equipamentos de Odontologia	144	19
Equipamentos para Manutenção da Vida	216	14
Equipamentos por Métodos Gráficos	27	11
Equipamentos por Métodos Ópticos	24	10
Outros Equipamentos	62	03
Equipamentos de Telessaude	59	10
Total	664	93

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equiposp.def>

Período: Agosto/2025

4.3 – LEITOS DE INTERNAÇÃO

Especialidade	Qtd existente	Qtd SUS
Suporte Ventilatório Pulmonar – Covid 19	00	00
UTI II Adulto-Síndrome resp. aguda grave – Covid 19	00	00
Cirúrgicos	31	15
Clínicos	39	27
Obstétrico	28	17
Pediátrico	06	02
Total	104	61

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>
 Período: Agosto/2025

4.4 – RECURSO HUMANO

A Gestão das Unidades SUS do Município de Capivari são totalmente realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde que atualmente está composta por 391 funcionários (segundo o Recursos Humanos – período outubro/2025) e está estruturada nos macro segmentos: Planejamento e Gestão Financeira, Gestão Administrativa, Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde. A quantidade de equipamentos de saúde do município atualmente é suficiente para a cobertura da população. No entanto, há necessidade de um investimento para que essas unidades sejam modernizadas e se localizem em edificações próprias do município, construídas de acordo com as normas técnicas vigentes. Atualmente várias Unidades funcionam em prédios alugados e adaptados para a função.

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação						
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1)	Autônomos (0209, 0210)	1	0	0	0	0
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	44	20	76	80	34
	Intermediados por outra entidade (08)	11	0	1	1	0
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	0	0	2	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	0	1	0
Sem Fins Lucrativos (NJ grupo 3)	Autônomos (0209, 0210)	64	0	8	0	0
	Celetistas (0105)	0	22	5	87	0
	Informais (09)	1	0	0	0	0
	Intermediados por outra entidade (08)	109	29	3	35	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 19/02/2025.

Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS

Período 02/2024

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2020	2021	2022	2023
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	1	2	2	1
	Celetistas (0105)	1	1	3	1
	Outros	0	0	1	0
Pública (NJ grupo 1)	Autônomos (0209, 0210)	0	0	2	3
	Bolsistas (07)	1	0	0	1
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	421	453	448	445
	Intermediados por outra entidade (08)	32	47	22	16
Sem fins lucrativos (NJ grupo 3)	Autônomos (0209, 0210)	62	74	81	90
	Celetistas (0105)	182	194	200	202
	Informais (09)	1	1	1	1
	Intermediados por outra entidade (08)	0	3	3	8
	Servidores públicos cedidos para a iniciativa privada (10)	1	0	0	0

Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2020	2021	2022	2023
Pública (NJ grupo 1)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	9	8	12	12

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 19/02/2025.

5 – INDICADORES DE SAÚDE

5.1 – NASCIMENTOS POR TIPO DE PARTO E ANO DO NASCIMENTO

Tipo de parto	2021	2022	2023	2024	Total
Vaginal	148	161	131	119	559
Cesário	460	517	488	465	1.930
Total	608	678	619	584	2.489

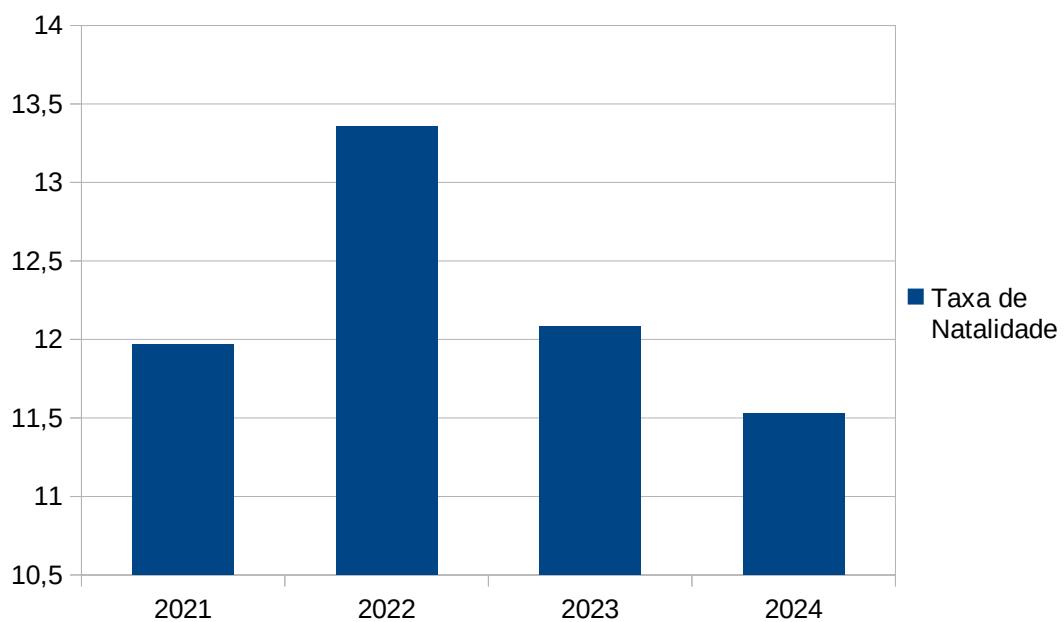
Fonte: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>
Período Outubro/2025

5.2- TAXA DE NATALIDADE (POR MIL HABITANTES)

2021	2022	2023	2024
11,97	13,36	12,08	11,53

Fonte: <https://fecundidade.seade.gov.br/>

Consulta em outubro/2025.

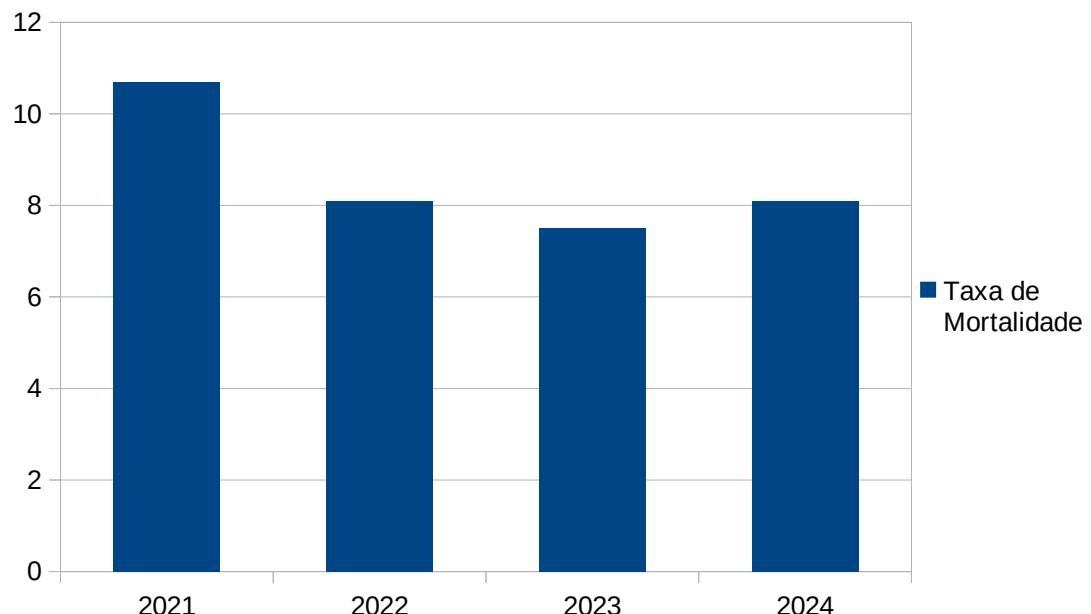


O coeficiente de Natalidade demonstra uma tendência de queda nos anos de 2023 e 2024, evidenciando o que se observa mundialmente, ou seja, uma tendência ao envelhecimento da população. Deve haver o monitoramento constante desse indicador para pautar a organização dos serviços de saúde com base nas mudanças do perfil epidemiológico. Observa-se um aumento apenas no ano de 2022, período logo após a Pandemia de Covid-19.

5.3 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL (POR MIL HABITANTES)

2021	2022	2023	2024
10,7	8,1	7,5	8,09

Fonte: <https://mortalidade.seade.gov.br/>

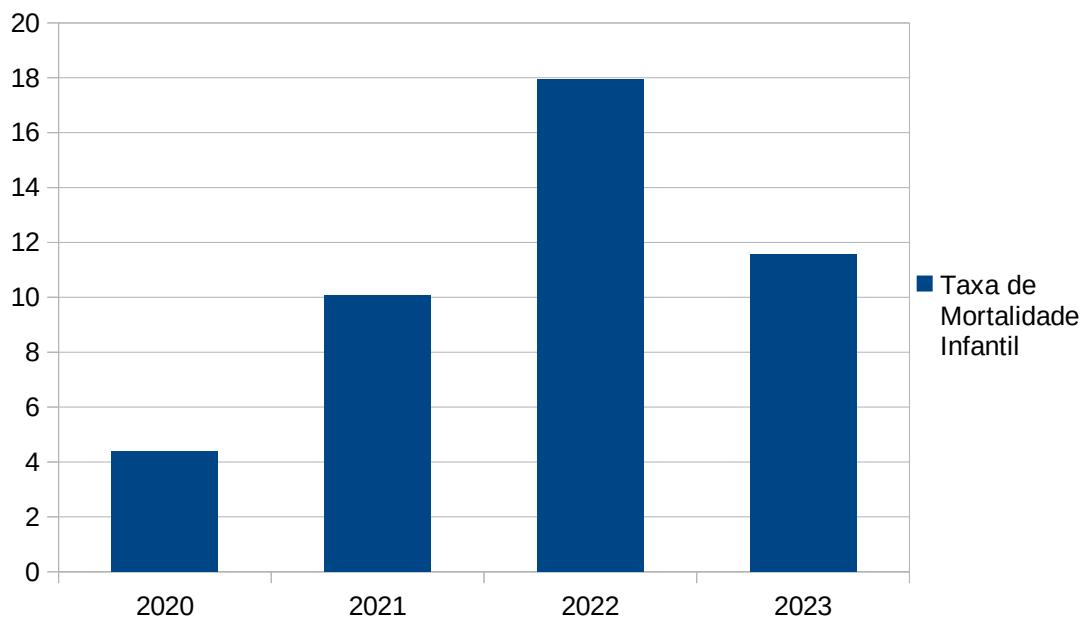


Observa-se o maior índice no ano de 2021, quando o município ainda passava pela Pandemia de Covid-19, como em todo o país. Após este período, houve uma queda e uma tendência de estabilidade na taxa de mortalidade.

5.4 – MORTALIDADE INFANTIL (POR MIL NASCIDOS VIVOS)

2020	2021	2022	2023
4,38	10,06	17,94	11,57

Fonte: <https://mortalidade.seade.gov.br/mortalidade-infantil/>

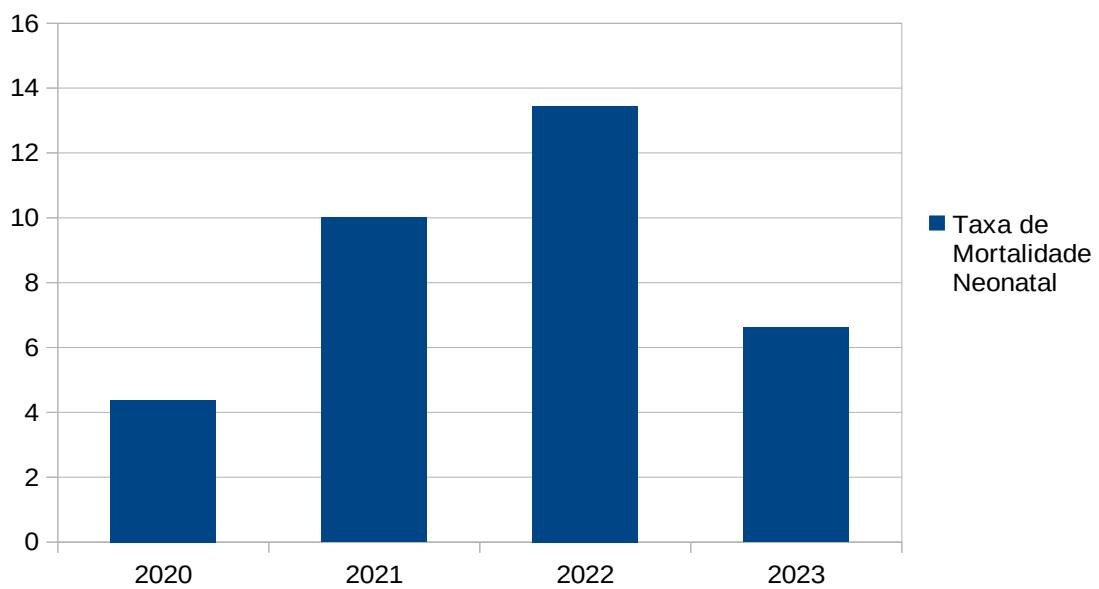


Apesar do ano de 2022 demonstrar um relativo aumento da taxa de mortalidade infantil, nos anos posteriores houve uma queda significativa, podendo estar relacionada aos programas de assistências e acompanhamento às gestantes.

5.5 – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL

2020	2021	2022	2023
4,38	10,02	13,45	6,61

Fonte: <https://mortalidade.seade.gov.br/mortalidade-infantil/>



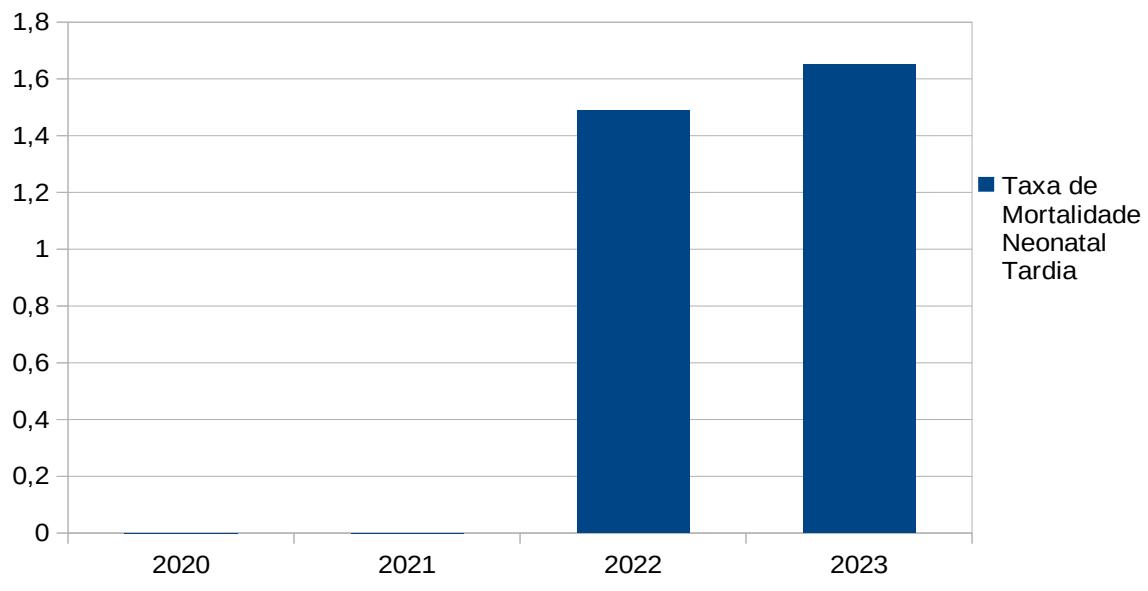
Quanto à mortalidade neonatal observam-se as mesmas tendências que na mortalidade infantil. Mesmo havendo queda, os coeficientes municipais ainda demostram a necessidade de investimentos no pré-natal, na prevenção da gestação de adolescentes e na assistência ao parto.

5.6 – MORTALIDADE INFANTIL TARDIA

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL (POR MIL NASCIDOS VIVOS)

2020	2021	2022	2023
0	0	1,49	1,65

Fonte: <https://mortalidade.seade.gov.br/mortalidade-infantil/>



A mortalidade infantil tardia talvez seja a que mais está sujeita a ações da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que a maioria das causas de mortes são evitáveis. A implantação de um programa de Puericultura e a atenção nas creches, com certeza, tenderá a diminuir e manter níveis aceitáveis de óbitos.

5.7 – MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	237	371	108	73	170
II. Neoplasias (tumores)	144	161	191	247	256
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	9	19	19	25	22
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	40	43	39	64	47
V. Transtornos mentais e comportamentais	28	23	31	29	48
VI. Doenças do sistema nervoso	13	22	36	42	42
VII. Doenças do olho e anexos	25	21	23	25	73
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	2	1	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	224	301	356	356	377
X. Doenças do aparelho respiratório	158	148	198	217	269
XI. Doenças do aparelho digestivo	168	131	309	296	359
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19	18	50	78	96
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	42	28	48	46	56
XIV. Doenças do aparelho genitourinário	144	133	201	259	274
XV. Gravidez parto e puerpério	560	490	520	491	440
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	30	32	32	42	55
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	13	15	21	26	24
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	32	30	45	90	54
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	219	228	239	236	239
XXI. Contatos com serviços de saúde	38	60	96	177	166
Total	2144	2275	2564	2820	3071

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A principal causa de internação é constituída por gravidez, parto puerpério, seguida de doença do aparelho circulatório. Em terceiro podemos notar as internações por doenças do

aparelho digestivo. Um fator preocupante é o grande número de internações por doenças do aparelho respiratório, neoplasias e causas externas. A análise dos dados de morbidade e mortalidade é um dos principais instrumentos de planejamento e gestão de um serviço de saúde.

5.8 – MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	52	133	37	13
II. Neoplasias (tumores)	48	61	58	74
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	1	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	22	23	22	9
V. Transtornos mentais e comportamentais	5	2	5	4
VI. Doenças do sistema nervoso	5	9	14	9
IX. Doenças do aparelho circulatório	91	105	109	91
X. Doenças do aparelho respiratório	41	64	44	45
XI. Doenças do aparelho digestivo	15	24	25	17
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	1	3
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	2	2	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	8	9	16
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	1	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	3	9	3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	2	3	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	41	71	37	51
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	20	27	31	26
Total	353	536	406	367

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET)

A principal causa de mortalidade no município é por doenças do aparelho circulatório, sendo a segunda causa as neoplasias (tumores). Também podemos destacar como terceira causa Sintomas, sinais e achados anormais exames clínicos e de laboratório, que em geral é uma classificação genérica, pois precisam de maior investigação para definição da causa exata.

5.9 – FINANCIAMENTO

Relatório Resumido da Execução Orçamentária em anexo. Fonte: Siops 2024.

6 - DIRETRIZES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6.1 – Eixo: Gestão do SUS

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS de forma regionalizada e hierarquizada, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Por isso, o Decreto 7508/2011 cria as Regiões de Saúde que devem, cada uma delas, oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde. Em relação à hierarquização, o Decreto estabelece que as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e, ainda, especiais de acesso aberto.

6.1.1 - Regulação do Sistema de Saúde (Planejamento, Regulação da Assistência, Avaliação, Controle e Auditoria, Ouvidoria)

A implementação da política de regulação na saúde é essencial para a qualificação do SUS, assumindo papel central nas iniciativas e esforços para o aprimoramento da resposta social em saúde. Norteia a construção dos elementos necessários ao desenvolvimento da estratégia de regulação como prática essencial à qualificação do acesso às tecnologias de modo integral, com equidade, além de proporcionar elementos para a ação regulatória em dimensões mais amplas, como o padrão de respostas aos agravos, mobilização e ordenamentos para assegurar melhores desempenhos sistêmicos. O cenário é de pactuação regional, de organização de referências e contra referências intra e intermunicipais, tornando-se obrigatórias ações de direcionamento e racionalização de fluxos para a garantia do acesso ao serviço mais adequado no menor tempo possível, além de medidas de controle e ajuste paulatino da relação oferta/demanda de serviços.

Torna-se, portanto, imperativo o estabelecimento de instrumentos gerenciais e técnico-científicos, que permitam responder adequadamente às necessidades de saúde da população, gerindo a oferta de serviços e agilizando o acesso da clientela, contribuindo assim, com a organização do sistema e a implantação efetiva de sua regionalização e hierarquização, por meio de protocolos estabelecidos.

O Sistema de Regulação Municipal, deverá atuar com a lógica de um potente instrumento de gestão, de modo a responder às necessidades de saúde nos diferentes níveis da atenção do processo assistencial, enquanto instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde. O processo deve ser organizado de forma a propiciar o gerenciamento

das demandas assistenciais da população e seu atendimento e articular-se com os processos de programação da assistência (PPI), disponibilidade de serviços programados, cadastrados e contratados, a localização dos serviços, sua inserção na rede hierarquizada e resolutiva intra e intermunicipal, garantindo a equidade de acesso da população a melhor alternativa terapêutica do momento, de acordo com as necessidades do usuário.

A utilização de processos avaliativos, entendidos como ação crítico-reflexiva contínua, desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço, contribuirá efetivamente para que gerentes e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolutividade do sistema e satisfação dos usuários, possibilitando a identificação dos aspectos críticos, das potencialidades e pontos consolidados no Sistema Municipal de Saúde e orientará, ainda, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas identificados, de maneira estratégica.

O desafio, portanto, é traduzir os dados produzidos para informações em saúde comprehensíveis, compartilhadas e integradas, a fim de que o planejamento, monitoramento e avaliação sejam factíveis. A auditoria deve ser entendida como uma importante técnica de controle, na busca de melhor alocação de recursos, visando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões. A organização da Ouvidoria no SUS municipal será priorizada para ser realmente um espaço de cidadania e de contribuição à gestão do SUS. Deve ser o espaço para integrar e estimular as práticas que ampliem os canais de acesso dos clientes do SUS aos processos de avaliação das ações e serviços públicos, bem como de disseminação de informações relativas à saúde

6.1.2 – Participação Social na Gestão do SUS

A participação da sociedade é uma das diretrizes fundamentais, fixada na Constituição Brasileira de 1988, para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio da participação social, como instrumento de ação controladora da sociedade sobre as políticas de saúde, por meio de mecanismos próprios e específicos em relação ao SUS está no contexto do que chamamos controle social. O Conselho de Saúde está instituído no município desde 1990, organizando-se sempre de acordo com as diretrizes nacionais e estaduais. Em 2025 foi realizada a 13ª Conferência Municipal de Saúde estabelecendo as prioridades a serem contempladas neste Plano Municipal de Saúde, de acordo com os cinco eixos e também elegendo o novo quadro de conselheiros. O CMS possui um orçamento próprio e pretende-se que seja trabalhada a efetivação de sua independência administrativa com sede e funcionários próprios e, principalmente, no fortalecimento da participação social principalmente por meio da capacitação de conselheiros e formação de conselhos locais.

6.1.3 – Gestão do Trabalho e Educação Permanente

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, qualidade de vida do servidor do SUS através de ambientes de trabalho harmoniosos em espaços físicos apropriados, dentre outros.

6.1.4 – Implementação da Política de Modernização Administrativa

A modernização administrativa deve trabalhar na perspectiva de adequar a estrutura organizacional de maneira a garantir resultados positivos para os seus usuários, prestando serviços públicos com qualidade e produtividade, valorizando a imagem e autoestima do servidor público. Deve ser iniciada por um entendimento da situação atual da organização, que gera o conhecimento necessário para o posterior redesenho de sua estrutura organizacional. A informação é essencial à tomada de decisões. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o perfil da morbimortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços. Esse conhecimento se aplica ao planejamento, a organização, a execução e a avaliação das ações e serviços. O aperfeiçoamento do sistema de informação operacional e gerencial, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, e o treinamento adequado aos servidores, qualifica as informações geradas, que são ferramentas de apoio aos técnicos e gerentes, permitindo um planejamento local mais adequado à realidade de cada território de saúde, subsidiando-os nas tomadas de decisões e na administração dos processos de trabalho, auxiliando-os no monitoramento das ações e avaliação dos resultados.

6.2 – Eixo: Atenção Básica

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem o objetivo

de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

O município de Capivari adota as ações da nova metodologia do Piso de Atenção Primária à Saúde - APS, da Portaria GM/MS 3.493, de 10 de abril de 2024; como modelo ordenador das práticas da atenção básica e, nesse sentido, pretende expandir a Atenção Primária em Saúde no município. Essa estratégia está ancorada no paradigma da produção social da saúde e na prática da vigilância em saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Ao seguir essa metodologia, o município assegura a estabilidade financeira dos serviços, incentivando práticas de cuidado baseadas em evidências e fortalece o vínculo entre as equipes de saúde e a população. Além disso, promove a integração da Atenção Primária com as redes regionais de saúde e as políticas públicas federais, contribuindo para a melhoria contínua dos resultados em saúde.

Atualmente, a nova metodologia do financiamento do piso da atenção primária é constituída pelos seguintes componentes: componente fixo para manutenção das equipes (EAP, ESF), componente de vínculo e acompanhamento territorial, componente de qualidade, componente para implantação e manutenção de programas/serviços, componente para atenção à saúde bucal e componente per capita.

Dentre os indicadores do componente de qualidade estão:

Para Equipes de Saúde da Família (eSF) e Atenção Primária (eAP): Mais acesso à APS, Cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus, Cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial, Cuidado da gestante e do puerpério, Cuidado da mulher na prevenção do câncer, Cuidado da pessoa idosa, Cuidado no desenvolvimento infantil, Para Equipes Multiprofissionais (eMulti),

Ações interprofissionais realizadas pela equipe multiprofissional, Média de atendimentos por pessoa assistida pela equipe multiprofissional,

Para Equipes de Saúde Bucal (eSB): Escovação dentária supervisionada em faixa etária escolar, Primeira consulta odontológica programada na APS, Tratamento odontológico concluído, Tratamento restaurador atraumático, Procedimentos odontológicos preventivos, Taxa de exodontias realizadas.

O fortalecimento da Atenção Primária em Saúde estabelece novas estratégias e ações e redefine a rede de serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, avançando na organização e oferta de serviços dos demais níveis de atenção, visando a integralidade do cuidado em saúde.

6.3 - Eixo: Média e Alta Complexidade

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. A média e alta complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. O componente ambulatorial é uma ferramenta fundamental no atendimento à população, devendo ser um complemento ao atendimento em saúde e não a sua porta de entrada.

A escassez de profissionais médicos especialistas é uma das dificuldades que o município de Capivari encontra para atendimento na média complexidade ambulatorial. Tem como referenciamento para os atendimentos hospitalares de média complexidade a Santa Casa de Misericórdia de Capivari, mas que também encontra as mesmas dificuldades na contratação e fixação de profissionais em diversas especialidades. As demandas não contempladas pelo município, bem como, as que se encontram reprimidas são referenciadas para outros municípios pela Central Municipal de Regulação.

6.3.1 – Saúde Bucal

A promoção de saúde bucal é a principal meta da odontologia, pois a prevenção das doenças bucais é definitivamente mais significativa que o tratamento de suas consequências. Esta promoção tem se dado através do processo de educação em saúde que deve começar o mais cedo possível. Orientações sobre procedimentos de higiene bucal e dieta cariogênica são

iniciados com as futuras mães ainda no período gestacional para que possam realizar corretamente os cuidados aos bebês. As medidas preventivas incluem palestras destinadas a grupos específicos da população como gestantes, crianças, adolescentes, idosos, diabéticos, hipertensos, capacitação das profissionais das creches municipais (cuidadoras de bebês) na realização de higiene oral, distribuição de kits de higiene bucal aos escolares para realização semanal de escovação supervisionada por profissionais da odontologia, aplicação de verniz fluoretado em crianças das creches municipais protegendo os dentes recém-erupcionados, realização da técnica do ART (tratamento restaurador atraumático) que compreende máxima preservação de estrutura dentária e restauração com material capaz de liberar flúor e monitoramento do sistema de fluoretação da água de abastecimento pela Vigilância Sanitária.

A prevenção e o tratamento em saúde bucal também contribuem para a manutenção da saúde geral do indivíduo pois já se sabe que as bactérias da flora bucal são responsáveis pelo agravamento de várias doenças sistêmicas, incluindo cardiopatias, problemas gástricos, diabetes, problemas respiratórios entre outros. Por esta razão o diagnóstico precoce e o tratamento imediato é fundamental para deter a progressão da doença, sendo necessário a população estar orientada a procurar os serviços de atendimento mesmo na ausência de sintomas. Restabelecer a função mastigatória proporciona total bem-estar pois reintegra o indivíduo ao seu ambiente social e sua atividade profissional.

O exame bucal com finalidade epidemiológica realizado nas triagens das Unidades de Saúde permite fazer a classificação de risco das principais doenças bucais e desenvolver as ações de atendimento. O acompanhamento dos resultados do levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, principal estudo das condições da saúde bucal da população brasileira fornece subsídio necessário para as ações e programas que visam melhorar os serviços já oferecidos.

6.3.2 – Saúde Mental

Em consonância ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde, o serviço de Saúde Mental do município de Capivari se organizou com modelos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, na intenção de que este sujeito doente seja visto a partir de um outro paradigma, o da reabilitação psicossocial.

Desta forma, sob este novo olhar, a partir de 2006, foi desenhado uma rede de atenção à saúde mental, constituída pelos serviços especializados, incluindo ambulatórios de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS AD) com a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade, fundamentada pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

A partir de 2007, o CAPS II tornou-se referência para microrregião (Capivari, Rafard, Elias Fausto e Mombuca).

Em 2017, a equipe de Saúde Mental, em parceria com a Atenção Básica, iniciou funcionamento do arranjo organizacional Apoio Matricial com o objetivo de aumentar o grau de resolutividade das ações de saúde, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica. A relação terapêutica, passou a ser a linha reguladora do processo de trabalho, no qual as equipes de referência são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde/ doença/ intervenção de cada paciente. Desta forma, o Apoio Matricial está sendo uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades.

6.4 - Eixo: Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão e do direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira e só se materializa em sua plenitude mediante acesso ao medicamento com garantia do uso racional, sendo uma atividade multidisciplinar, onde os farmacêuticos são responsáveis por prestar o conhecimento do uso de medicamentos de forma racional.

A Política Nacional de Medicamentos, implementada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, estabelece critérios para a reorientação da Assistência Farmacêutica, de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais devendo estar fundamentada:

- na descentralização da gestão;
- na promoção do uso racional dos medicamentos;
- na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;
- no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A adoção de Relação de Medicamentos Essenciais que compõe o elenco dos medicamentos prioritários, é fundamental pois servirá de base para a definição de listas de

medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal devendo ser estabelecidas com o apoio das três esferas de governo e segundo a situação epidemiológica respectiva.

Essa adequação deve contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos e prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), para que possamos evitar a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

Outro fator importante é a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, que deverá ser realizada através do processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados.

Para a concretização dessas atividades temos a necessidade do Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos envolvidos nos diferentes planos, programas e atividades devendo configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial, de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos, em qualidade e quantidade.

6.5 – Eixo: Vigilância em Saúde

Cuidado à saúde liga-se ao paradigma de *Vigilância da Saúde* que, entre outras pretensões, tem por meta a interconexão dos campos vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância sanitária, dentro da função do Estado brasileiro, definida na Constituição da República, de *cuidar da saúde* e realizar a proteção e a defesa da saúde individual e coletiva

O desafio está na construção de uma Vigilância à Saúde Integrada, superando a dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar), tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito dos territórios, tais como:

- fortalecer as ações das vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental, a implementação de ações de vigilância dos agravos e doenças crônicas não transmissíveis e nutricional, dirigidas a grupos de risco e a vigilância do ambiente de trabalho, levando em conta os ambientes e os riscos ocupacionais;
- desenvolver ações que visem à implementação e o fortalecimento da saúde ambiental do Município através do aprimoramento e reorganização dos fatores: não biológicos,

através das Vigilâncias, da água – VIGIÁGUA, do ar – VIGIAR e do solo – VIGISOL e dos fatores biológicos/zoonoses.

- promover a cidadania e envolver as organizações comunitárias no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais onde se concentra população exposta a riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais, que extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde, instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, refere-se a um período de governo de 04 anos (2026 a 2029) e constitui um documento formal da política de saúde do município.

A Formulação e o encaminhamento do Plano de Saúde são de competência exclusiva do Gestor, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar necessárias.

Ressaltamos, ainda, que o debate constante deste plano e seus ajustes anuais, possam reduzir vida a este documento e torná-lo um instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado à luz das mudanças da realidade e na implantação do Decreto nº 7508 e na efetivação da Lei Federal Complementar nº 141, que enfatizam o planejamento de âmbito regional.

O presente trabalho é um marco importante do processo de retomada da gestão de políticas públicas no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde na cidade de Capivari, representando um avanço a ser compartilhado. Está em sintonia com o que foi previamente apontado em outros documentos construídos em processo participativo como o “Relatório da Conferência Municipal de Saúde”, o “Programa de Metas do Governo Municipal”, entre outros, e pretende, em última instância, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos que vivem nesta cidade.

8 – PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAÚDE – PAS

EIXO 1 – Gestão SUS

Responsável: Secretário de Saúde e Diretores Administrativos

Diretriz: Contribuir para que a organização do Sistema Único de Saúde – SUS ocorra de forma regionalizada e hierarquizada, com estabelecimento de instrumentos gerenciais e técnico-científicos, que permitam responder adequadamente às necessidades de saúde da população, gerindo a oferta de serviços, garantindo a equidade e rapidez do acesso da clientela, promovendo atendimento integral e de qualidade.

Área Estratégica: Gestão do trabalho e Educação Permanente

Objetivo I: Ampliar e implementar a política de recursos humanos e dos métodos de gestão e regulação, promovendo a responsabilização, a eficácia e, sobretudo, a garantia da melhoria contínua da qualidade da prestação de serviços de saúde

Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias
Direcionamento de recurso para fortalecer a política de educação permanente.	Direcionar recurso específico de 30 mil reais para capacitação de servidores	Valor investido em capacitações	Reais	30 mil	30 mil	30 mil	30 mil	Recurso próprio/federal/estadual	
Estudo de dimensionamento de equipe.	Adequação do quadro de profissionais nos serviços existentes	Número de profissionais/Número de profissionais necessários	Percentual	100%	100%	100%	100%	Recurso próprio/federal	
Implantar plano de carreira aos profissionais efetivos com evoluções mediante desempenho e capacitações na área que atuam.	Estruturação e criação de plano de carreira	Plano de carreira implantado	Unidade		1			Recurso próprio	
Qualificar o trabalho dos servidores nas suas áreas de atuação.	Aumentar a educação continuada	Número de capacitações, congressos ofertados	Unidade	5	5	6	6	Recurso próprio/federal/estadual	
Remuneração devida aos servidores que fazem jus ao recebimento de adicional de insalubridade.	Implantação da insalubridade	Projeto implantado	Percentual	100%				Recurso próprio	

Objetivo II: Fortalecer as políticas públicas de forma a promover o acesso universal, integral e equânime aos serviços e equipamentos de saúde, de acordo com as necessidades e a partir da avaliação das condições e condicionantes de saúde da nossa população

Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias
Atualizar, implantar e ensinar como utilizar tecnologias/sistemas para melhorias no processo de trabalho.	Implementação da maturidade digital	Implementação e continuidade do projeto	Percentual	100%	100%	100%	100%	Recurso Municipal	
	Implantação da Telessaúde	Unidades de Saúde com o serviço em funcionamento	Unidade		1	1	2	Recurso Federal	
Pactuar Consórcio Intermunicipal de saúde.	Reducir a espera por exames e consultas não ofertadas pela rede municipal ou estadual	Participação no Consórcio	Unidade	1	1	1	1	Recurso Municipal/Federal/Estadual	Consórcio Intermunicipal
Apoio na realização de atendimentos domiciliares.	Aquisição de veículo	Número de veículos adquiridos	Unidade	2	0	0	0	Recurso Vinculado	
Melhorar estrutura de trabalho.	Nova sede administrativa para Secretaria da Saúde	Mudança realizada	Percentual	100%				Recurso Municipal	
Incentivo ao Terceiro Setor.	Manutenção de convênios/termos de colaboração com Terceiro Setor	Número de parcerias com ONGs e Instituições Filantrópicas	Unidade	3	3	3	3	Recurso municipal/Federal/Estadual	

EIXO 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA

Responsável: Diretoria da Atenção Primária

Diretriz: Expandir e consolidar o modelo de atenção em saúde que preconize a Atenção Primária como porta de entrada e orientadora de todo o sistema de saúde

Área Estratégica: Unidades de atenção primária a saúde

Objetivo I: Aumentar cobertura e qualidade dos atendimentos da eAB									
Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias
Ampliar cobertura da atenção primária.	Abertura de nova Unidade Básica de Saúde	Nova unidade inaugurada	Unidade	1	1	0	0	Recurso federal/próprio	
Atender a população fora do horário comercial.	Abertura de Unidade de Saúde em dias estratégicos	Ações realizadas	Unidade	5	5	5	5	Recurso federal/próprio	
Trabalho contínuo para da conscientização da população.	Diminuir o absenteísmo	Taxa de absenteísmo	Percentual	20%	18%	15%	15%	Recurso próprio/federal/estadual	
Realizar ações e campanhas entre as diversas áreas da Saúde.	Fortalecer a prevenção e promoção à saúde	Campanhas realizadas	Unidade	10	10	10	10	Recurso estadual/federal	
Estruturar o setor de odontologia em todas as Unidades de Saúde.	Fortalecer a atenção primária com a saúde bucal	Unidades de saúde com atendimento odontológico	Unidade	6	7	7	7	Recurso federal/próprio	
Estruturação, regulação dos encaminhamentos e padronização dos atendimentos.	Protocolos de atenção primária e especializada	Protocolo implementado	Unidade	1	1	1	1	Recurso próprio	
Ampliar o acesso de servidores da saúde nas escolas, demonstrando a importância da higiene e cuidado.	Integração saúde-educação	Ações do PSE realizadas	Percentual	100%	100%	100%	100%	Recurso federal	Secretaria da Educação

Objetivo II: Implantar novos serviços										
Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias	
Implantação e manutenção do atendimento domiciliar.	Implantação do SAD	Serviço em funcionamento	Percentual	100%	100%	100%	100%	Recurso federal		
Desenvolver projeto com educador físico.	Implantação do serviço de hidroginástica	Serviço implantado	Percentual		100%			Recurso próprio/federal		
	Implementar programa de incentivo a prática de atividades físicas	Serviço implantado	Percentual	25%	50%	100%	100%	Recurso próprio/federal		
Criar programa que visa recompensar gestantes que cumprirem todos os requisitos do protocolo, para garantir um pré natal de qualidade.	Incentivar aderência ao pré natal	Programa criado	Percentual	100%	100%	100%	100%	Recurso próprio		
Projeto de prevenção junto a Saúde Bucal.	Formação de núcleo de prevenção e educação continuada em saúde	Núcleo constituído	Unidade	1	1	1	1	Recurso próprio/federal/ estadual		

EIXO 3 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**Responsável: Diretoria da atenção especializada****Área Estratégica:** Unidades de Atenção Especializada à saúde

Diretriz: Ampliar a oferta e o acesso às ações e serviços da Atenção Especializada, conforme as necessidades de saúde da população.
--

Objetivo I: Garantir o atendimento integral a saúde da comunidade									
Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias
Reestruturar o laboratório para melhor condição de trabalho.	Ampliar oferta de exames	Laboratório reestruturado	Percentual	50%	50%			Recurso próprio/federal/estadual	
Ampliar a estrutura para melhor acomodação dos profissionais e pacientes.	Novo centro de especialidades médicas	CEM ampliado	Percentual	50%	50%			Recurso próprio/federal	
Ampliar a cobertura da atenção à saúde da mulher.	Abertura do ambulatório da saúde da mulher	Ambulatório aberto	Unidade	1				Recurso próprio/federal	
Ampliar o quadro de médicos e profissionais especialistas.	Ampliar a oferta de consultas de especialistas no município	Profissionais necessários contratados	Percentual	25%	25%	25%	25%	Recurso próprio	
Ampliar o espaço, e adquirir novos equipamentos para melhorar o atendimento.	Novo prédio para fisioterapia	Novo espaço e equipamentos instalados	Percentual	100%				Recurso próprio/federal/estadual	
Abertura do ambulatório para avaliação e acompanhamento dos pacientes.	Ambulatório de feridas	Ambulatório aberto				50%	50%	Recurso próprio/federal/estadual	
	Ambulatório de ostomia	Ambulatório aberto				50%	50%	Recurso próprio/federal/estadual	
Abertura de complexo de saúde amplo para englobar vários serviços.	Complexo de Saúde	Complexo de saúde aberto	Unidade				1	Recurso próprio/federal/estadual	
Contra-referência da atenção especializada para atenção primária.	Criação de protocolo de contra-referência	Protocolo criado e implantado	Percentual	25%	25%	25%	25%	Recurso próprio	

Objetivo II: Reorganizar a Rede de Atenção Psicossocial									
Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias
Abertura do ambulatório para atendimento diferenciado as crianças e adolescentes.	Ambulatório infanto-juvenil	Ambulatório aberto	Unidade		1			Recurso próprio/federal	

EIXO 4: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Responsável: Coordenação da Assistência Farmacêutica

Diretriz: Ampliar o acesso da população aos medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, qualificando a assistência farmacêutica.
--

Objetivo: Garantir infraestrutura adequada ao pleno desenvolvimento do serviço									
Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias
Atendimento das 07h às 16h com farmacêutico e atendente.	Ampliar horário de atendimento da farmácia nas Unidades Básicas de Saúde	Número de unidades com atendimento integral	Unidade	6	6	6	6	Recurso próprio	
Implantar serviço farmacêutico para atendimento aos municípios.	Farmácia clínica nas Unidades Básicas de Saúde	Número de unidades com atendimento clínico	Unidade	6	6	6	6	Recurso próprio/federal	
Aproximar Farmácia Central, almoxarifado de medicamentos e Farmácia especializada (Alto Custo).	Criar complexo farmacêutico ou CAF	Complexo criado	Unidade				1	Recurso próprio	
Disponibilizar farmacêutico e auxiliar para atividades.	Realizar atividades nos CAPS	Número de CAPS com atividades implantadas	Unidade	2	2	2	2	Recurso próprio	
Criação de protocolo para fornecimento administrativo do Freestaly Libre.	Projeto linha de cuidados diabéticos	Projeto criado	Unidade			1		Recurso próprio	

EIXO 5: VIGILÂNCIA EM SAÚDE**Responsável:** Diretoria de Vigilância em Saúde

Diretriz: Desenvolver as ações de vigilância em saúde, oferecendo programas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Área Estratégica: Vigilância em Saúde
--

Ação	Meta	Indicador	Un. de medida	2026	2027	2028	2029	Orçamento	Parcerias
Trabalho com foco na prevenção.	Desenvolver ações educativas para população sobre saneamento básico, contaminação do solo, meio ambiente e exposição a doenças	Ações planejadas e desenvolvidas	Percentual	25%	25%	25%	25%	Recurso próprio/federal	
	Eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis	Percentual de eliminação	Percentual	80%	80%	80%	80%	Recurso próprio/ federal	
	Execução da programação anual de ações e metas em IST/HIV/Aids/Hepatites Virais (PAM)	Programação executada	Percentual	100%	100%	100%	100%	Recurso próprio/ federal	
Qualificar o atendimento aos animais.	Criação do Centro de Bem Estar Animal	Centro criado	Unidade				1	Recurso próprio	

9 - ANEXO

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Município: Capivari - SP - 351040

RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	Receitas Realizadas	
			Até o bimestre (b)	% (b/a) x 100
RECEITA DE IMPOSTOS (I)	53.954.000,00	72.117.652,41	61.877.867,46	85,80
Receita Resultante do Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU	19.738.000,00	21.378.252,41	19.436.881,25	90,92
Receita Resultante do Imposto sobre Transmissão Inter Vivos - ITBI	2.300.000,00	3.423.400,00	3.076.574,14	89,87
Receita Resultante do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS	20.916.000,00	30.866.000,00	25.053.494,14	81,17
Receita Resultante do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza Retido na Fonte – IRRF	11.000.000,00	16.450.000,00	14.310.917,93	87,00
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	144.900.000,00	171.182.000,00	149.567.192,55	87,37
Cota-Parte FPM	54.000.000,00	70.800.000,00	57.441.654,25	81,13
Cota-Parte ITR	1.000.000,00	1.000.000,00	960.833,43	96,08
Cota-Parte do IPVA	15.500.000,00	16.200.000,00	15.635.137,97	96,51
Cota-Parte do ICMS	74.000.000,00	82.600.000,00	74.952.504,00	90,74
Cota-Parte do IPI - Exportação	400.000,00	582.000,00	577.062,90	99,15
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - (III) = (I) + (II)	198.854.000,00	243.299.652,41	211.445.060,01	86,91

DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS) – POR SUBFUNÇÃO E CATEGORIA ECONÔMICA	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		DESPESAS PAGAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g)
			Até o bimestre (d)	% (d/c) x 100	Até o bimestre (e)	% (e/c) x 100	Até o bimestre (f)	% (f/c) x 100	
ATENÇÃO BÁSICA (IV)	25.047.900,00	29.385.400,00	29.080.471,21	98,96	29.078.907,61	98,96	26.079.862,07	88,75	1.563,60
Despesas Correntes	22.917.700,00	29.335.200,00	29.059.000,21	99,06	29.057.436,61	99,05	26.058.391,07	88,83	1.563,60
Despesas de Capital	2.130.200,00	50.200,00	21.471,00	42,77	21.471,00	42,77	21.471,00	42,77	0,00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (V)	7.775.100,00	20.416.100,00	20.416.000,00	100,00	20.416.000,00	100,00	18.662.605,74	91,41	0,00
Despesas Correntes	7.075.100,00	19.716.100,00	19.716.000,00	100,00	19.716.000,00	100,00	18.171.043,22	92,16	0,00
Despesas de Capital	700.000,00	700.000,00	700.000,00	100,00	700.000,00	100,00	491.562,52	70,22	0,00
SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPEUTICO (VI)	900.000,00	1.262.000,00	1.215.778,01	96,34	1.176.788,42	93,25	808.355,44	64,05	38.989,59
Despesas Correntes	900.000,00	1.262.000,00	1.215.778,01	96,34	1.176.788,42	93,25	808.355,44	64,05	38.989,59
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VII)	733.700,00	830.200,00	822.508,00	99,07	822.508,00	99,07	737.886,89	88,88	0,00
Despesas Correntes	733.500,00	830.000,00	822.508,00	99,10	822.508,00	99,10	737.886,89	88,90	0,00
Despesas de Capital	200,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VIII)	356.700,00	316.700,00	312.205,59	98,58	312.205,59	98,58	287.528,63	90,79	0,00
Despesas Correntes	356.500,00	316.500,00	312.205,59	98,64	312.205,59	98,64	287.528,63	90,85	0,00
Despesas de Capital	200,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (IX)	110.000,00	210.000,00	209.617,47	99,82	209.617,47	99,82	111.162,70	52,93	0,00
Despesas Correntes	110.000,00	210.000,00	209.617,47	99,82	209.617,47	99,82	111.162,70	52,93	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (X)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL (XI) = (IV + V + VI + VII + VIII + IX + X)	34.923.400,00	52.420.400,00	52.056.580,28	99,31	52.016.027,09	99,23	46.687.401,47	89,06	40.553,19

APURAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO LIMITE MÍNIMO PARA APLICAÇÃO EM ASPS	DESPESAS EMPENHADAS (d)	DESPESAS LIQUIDADAS (e)	DESPESAS PAGAS (f)
Total das Despesas com ASPS (XII) = (XI)	52.056.580,28	52.016.027,09	46.687.401,47
(-) Restos a Pagar Inscritos Indevidamente no Exercício sem Disponibilidade Financeira (XIII)	40.553,19	N/A	N/A
(-) Despesas Custeadas com Recursos Vinculados à Parcela do Percentual Mínimo que não foi Aplicada em ASPS em Exercícios Anteriores (XIV)	0,00	0,00	0,00
(-) Despesas Custeadas com Disponibilidade de Caixa Vinculada aos Restos a Pagar Cancelados (XV)	0,00	0,00	0,00
(=) VALOR APLICADO EM ASPS (XVI) = (XII - XIII - XIV - XV)	52.016.027,09	52.016.027,09	46.687.401,47
Despesa Mínima a ser Aplicada em ASPS (XVII) = (III) x 15% (LC 141/2012)			31.716.759,00
Despesa Mínima a ser Aplicada em ASPS (XVII) = (III) x % (Lei Orgânica Municipal)			N/A
Diferença entre o Valor Aplicado e a Despesa Mínima a ser Aplicada (XVIII) = (XVI (d ou e) - XVII)*	20.299.268,09	20.299.268,09	14.970.642,47
Limite não Cumprido (XIX) = (XVIII) (Quando valor for inferior a zero)	0,00	0,00	0,00
PERCENTUAL DA RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS APLICADO EM ASPS (XVI / III)	24,60	24,60	22,08
*100 (mínimo de 15% conforme LC nº 141/2012 ou % da Lei Orgânica Municipal)			

CONTROLE DO VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 E 26 DA LC 141/2012	LIMITE NÃO CUMPRIDO				Saldo Final (não aplicado) (l) = (h - (i ou j))
	Saldo Inicial (no exercício atual) (h)	Despesas Custeadas no Exercício de Referência	Empenhadas (i)	Liquidadas (j)	
Diferença de limite não cumprido em 2023	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2022	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em exercícios anteriores	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DA DIFERENÇA DE LIMITE NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES (XX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR										
EXERCÍCIO DO EMPENHO ²	Valor Mínimo para aplicação em ASPS (m)	Valor aplicado em ASPS no exercício (n)	Valor aplicado além do limite mínimo (o) = (n - m), se < 0, então (o) = 0	Total inscrito em RP no exercício (p)	RPNP Inscritos Indevidamente no Exercício s/ disponibilidade financeira q = (XIIId)	Valor inscrito em RP considerado no Limite (r) = (p - (o + q)) se < 0, então (r) = (0)	Total de RP pagos (s)	Total de RP a pagar (t)	Total de RP cancelados ou prescritos (u)	Diferença entre valor aplicado além do limite e total RP cancelados (v) = ((o + q) - u))
Empenhos de 2024	31.716.759,00	52.016.027,09	20.299.268,09	5.369.178,81	40.553,19	0,00	0,00	5.369.178,81	0,00	20.339.821,28
Empenhos de 2023	27.847.839,02	42.516.034,65	14.668.195,63	2.233.823,34	133.117,46	0,00	2.165.372,19	0,00	68.451,15	14.732.861,94
Empenhos de 2022	26.066.216,50	37.696.689,36	11.630.472,86	1.020.926,80	116.728,20	0,00	986.424,90	0,00	34.501,90	11.712.699,16
Empenhos de 2021	22.300.719,19	35.773.278,16	13.472.558,97	1.999.783,64	49.850,44	0,00	1.998.883,64	0,00	900,00	13.521.509,41
Empenhos de 2020	17.711.428,73	28.057.625,64	10.346.196,91	4.501.624,39	4.501.624,39	0,00	2.617.326,08	0,00	1.884.298,31	12.963.522,99
Empenhos de 2019	17.542.777,86	25.438.491,63	7.895.713,77	1.891.961,81	168.795,92	0,00	1.847.329,71	33.005,58	11.626,52	8.052.883,17
Empenhos de 2018	15.311.280,72	28.885.790,58	13.574.509,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13.574.509,86
Empenhos de 2017	14.143.994,44	26.858.664,13	12.714.669,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12.714.669,69
Empenhos de 2016	13.873.781,61	25.470.765,86	11.596.984,25	30.100,79	30.100,79	0,00	0,00	30.100,79	0,00	11.627.085,04
Empenhos de 2015	12.840.776,32	23.195.051,33	10.354.275,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.354.275,01
Empenhos de 2014	12.381.453,91	22.442.367,99	10.060.914,08	177.760,97	177.760,97	0,00	155.101,51	723,00	21.936,46	10.216.738,59
Empenhos de 2013	11.868.303,45	18.076.784,38	6.208.480,93	314.546,14	314.546,14	0,00	96.553,95	217.992,19	0,00	6.523.027,07

TOTAL DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS ATÉ O FINAL DO EXERCÍCIO ATUAL QUE AFETARAM O CUMPRIMENTO DO LIMITE (XXI) (soma dos saldos negativos da coluna 'r')

0,00

TOTAL DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS ATÉ O FINAL DO EXERCÍCIO ANTERIOR QUE AFETARAM O CUMPRIMENTO DO LIMITE (XXII) (valor informado no demonstrativo do exercício anterior)

0,00

TOTAL DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS NO EXERCÍCIO ATUAL QUE AFETARAM O CUMPRIMENTO DO LIMITE (XXIII) = (XXI - XVII) (Artigo 24 § 1º e 2º da LC 141/2012)

0,00

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS CONSIDERADOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24§ 1º e 2º DA LC 141/2012	RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS				
	Saldo Inicial (w)	Despesas Custeadas no Exercício de Referência			Saldo Final (não aplicado) ¹ (aa) = (w - (x ou y))
		Despesas Custeadas no Exercício de Referência	Empenhadas (x)	Liquidadas (y)	
Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2024 a ser compensados (XXIV)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2023 a ser compensados (XXV)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Restos a pagar cancelados ou prescritos em 2022 a ser compensados (XXVI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Restos a pagar cancelados ou prescritos em exercícios anteriores a serem compensados (XXVII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS A COMPENSAR (XXVIII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RECEITAS ADICIONAIS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	Receitas Realizadas	
			Até o bimestre (b)	% (b/a) x 100
RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS PARA A SAÚDE (XXIX)	12.350.000,00	29.329.349,17	28.934.235,44	98,65
Provenientes da União	12.028.000,00	23.841.411,89	24.180.363,03	101,42
Provenientes dos Estados	322.000,00	5.487.937,28	4.753.872,41	86,62
Provenientes de Outros Municípios	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO INTERNAS E EXTERNAS VINCULADAS A SAÚDE (XXX)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS (XXXI)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE (XXXII) = (XXIX + XXX + XXXI)	12.350.000,00	29.329.349,17	28.934.235,44	98,65

DESPESAS COM SAÚDE POR SUBFUNÇÕES E CATEGORIA ECONÔMICA NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO	DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO								
	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		DESPESAS PAGAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g)
			Até o bimestre (d)	% (d/c) x 100	Até o bimestre (e)	% (e/c) x 100	Até o bimestre (f)	% (f/c) x 100	
ATENÇÃO BÁSICA (XXXIII))	3.804.100,00	15.426.433,41	8.870.830,01	57,50	8.568.052,90	55,54	7.672.799,43	49,74	302.777,11
Despesas Correntes	3.804.000,00	10.234.654,10	6.969.406,97	68,10	6.881.210,94	67,23	6.332.596,03	61,87	88.196,03
Despesas de Capital	100,00	5.191.779,31	1.901.423,04	36,62	1.686.841,96	32,49	1.340.203,40	25,81	214.581,08
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XXXIV)	7.600.000,00	36.899.056,17	35.091.021,06	95,10	34.642.346,56	93,88	33.632.064,49	91,15	448.674,50
Despesas Correntes	7.600.000,00	27.681.627,36	26.523.103,62	95,81	26.502.818,12	95,74	25.604.625,05	92,50	20.285,50
Despesas de Capital	0,00	9.217.428,81	8.567.917,44	92,95	8.139.528,44	88,31	8.027.439,44	87,09	428.389,00
SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÉUTICO (XXXV)	315.000,00	386.843,14	364.000,49	94,10	362.660,21	93,75	312.091,41	80,68	1.340,28
Despesas Correntes	315.000,00	386.843,14	364.000,49	94,10	362.660,21	93,75	312.091,41	80,68	1.340,28
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XXXVI)	141.000,00	141.000,00	130.787,68	92,76	130.206,49	92,35	121.778,97	86,37	581,19
Despesas Correntes	140.900,00	140.900,00	130.787,68	92,82	130.206,49	92,41	121.778,97	86,43	581,19
Despesas de Capital	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XXXVII)	491.000,00	621.971,00	507.302,23	81,56	495.640,81	79,69	389.500,30	62,62	11.661,42
Despesas Correntes	490.900,00	621.871,00	507.302,23	81,58	495.640,81	79,70	389.500,30	62,63	11.661,42
Despesas de Capital	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XXXVIII)	0,00	32.129,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	32.129,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (XXXIX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO (XL) = (XXXIII + XXXIV + XXXV + XXXVI + XXXVII + XXXVIII+ XXXIX)	12.351.100,00	53.507.433,69	44.963.941,47	84,03	44.198.906,97	82,60	42.128.234,60	78,73	765.034,50

DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE EXECUTADAS COM RECURSOS PRÓPRIOS E COM RECURSOS TRANSFERIDOS DE OUTROS ENTES	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		DESPESAS PAGAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados
			Até o bimestre (d)	% (d/c) x 100	Até o bimestre (e)	% (e/c) x 100	Até o bimestre (f)	% (f/c) x 100	
ATENÇÃO BÁSICA (XLI) = (IV + XXXIII)	28.852.000,00	44.811.833,41	37.951.301,22	84,69	37.646.960,51	84,01	33.752.661,50	75,32	304.340,71
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XLII) = (V + XXXIV)	15.375.100,00	57.315.156,17	55.507.021,06	96,85	55.058.346,56	96,06	52.294.670,23	91,24	448.674,50
SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (XLIII) = (VI + XXXV)	1.215.000,00	1.648.843,14	1.579.778,50	95,81	1.539.448,63	93,37	1.120.446,85	67,95	40.329,87
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XLIV) = (VII + XXXVI)	874.700,00	971.200,00	953.295,68	98,16	952.714,49	98,10	859.665,86	88,52	581,19
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XLV) = (VIII + XXXVII)	847.700,00	938.671,00	819.507,82	87,31	807.846,40	86,06	677.028,93	72,13	11.661,42
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XLVI) = (IX + XXXVIII)	110.000,00	242.129,97	209.617,47	86,57	209.617,47	86,57	111.162,70	45,91	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (XLVII) = (X + XXXIX)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (XLVIII) = (XI + XL)	47.274.500,00	105.927.833,69	97.020.521,75	91,59	96.214.934,06	90,83	88.815.636,07	83,85	805.587,69
(-) Despesas executadas com recursos provenientes das transferências de recursos de outros entes ³	12.351.100,00	53.507.433,69	44.963.941,47	84,03	44.198.906,97	82,60	42.128.234,60	78,73	765.034,50
TOTAL DAS DESPESAS EXECUTADAS COM RECURSOS PRÓPRIOS (XLIX)	34.923.400,00	52.420.400,00	52.056.580,28	99,31	52.016.027,09	99,23	46.687.401,47	89,06	40.553,19

Notas

1 Nos cinco primeiros bimestres do exercício, o acompanhamento será feito com base na despesa liquidada. No último bimestre do exercício, o valor deverá corresponder ao total da despesa empenhada.

2 Até o exercício de 2018, o controle da execução dos restos a pagar considerava apenas os valores dos restos a pagar não processados (regra antiga). A partir do exercício de 2019, o controle da execução dos restos a pagar considera os restos a pagar processados e não processados (regra nova).

3 Essas despesas são consideradas executadas pelo ente transferidor.

Relatório para simples conferência; o relatório oficial estará disponível em <https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops> após a transmissão e homologação dos dados.