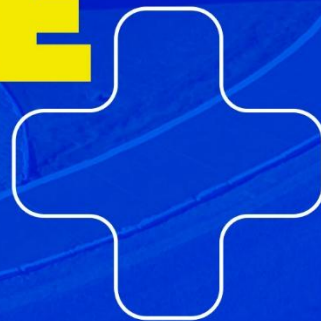




**PLANO**  
**MUNICIPAL**  
**DE SAÚDE**  
2029-2026



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026 – 2029**

(1ª EDIÇÃO)

**SANTA CRUZ – PE  
2025**

ADEGILDO GUIMARÃES SOARES  
**PREFEITO**

RYVALDA RODRIGUES MACÊDO  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

GUSTAVO COÊLHO DE OLIVEIRA  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE ADJUNTO**

SEVERINO CAETANO DOS SANTOS NETO  
**COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

AQUIRA BEATRIZ ALENCAR SOUSA  
**COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

ADELVANIA DE LIMA ALENCAR SOUSA  
**COORDENADORA DO PNI MUNICIPAL**

GILCASSIA SILVA SIQUEIRA  
**COORDENADORA DE REGULAÇÃO**

CAUANE MACEDO SILVA  
**COORDENADORA DO TFD**

ANDERSON SOARES LOPES  
**COORDENADOR DE MONITORAMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES**

FRANCISCO WASHINGTON GOMES DE SOUZA  
**DIRETOR ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO  
RODRIGUES DE SOUZA**

CICERA FERREIRA DA SILVA BARROS  
**DIRETORA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO  
RODRIGUES DE SOUZA**

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Biênio 2023-2025**I - REPRESENTANTES DO GOVERNO:**

Gustavo Coêlho de Oliveira	<b>TITULAR</b>
Cicera Ferreira da Silva Barros	<b>TITULAR</b>
Maria das Graças de Menezes Silva	<b>TITULAR</b>
Laura Aparecida de Souza Andrade	<b>SUPLENTE</b>
Severino Caetano dos Santos Neto	<b>SUPLENTE</b>
Beatriz Rodrigues Siqueira	<b>SUPLENTE</b>

**II - REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE:**

Francisco Washington Gomes de Souza	<b>TITULAR</b>
Gabriela Tavares Rodrigues	<b>TITULAR</b>
Renilson Farias Soares	<b>TITULAR</b>
Geovanna Vitoria De Alencar Vasconcelos	<b>SUPLENTE</b>
Cicera Layanne Candido Guimaraes	<b>SUPLENTE</b>
Thamires Guimarães Marques	<b>SUPLENTE</b>

**III - REPRESENTANTES DAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS USUARIOS DO SUS:****a) Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente**

Eva Tomaz de Souza	<b>TITULAR</b>
Adeilton Nunes Gomes	<b>SUPLENTE</b>

**b) Conselho Municipal de Direito da Pessoa Idosa**

Antônio Joandson de Alencar Amorim	<b>TITULAR</b>
Maria Margaret de Souza	<b>SUPLENTE</b>

**c) Sindicato dos Trabalhadores Rurais De Santa Cruz**

Maria Salomé de Jesus Nunes	<b>TITULAR</b>
Luciano Gomes da Silva	<b>SUPLENTE</b>

**d) Conselho de Desenvolvimento Rurais Sustentável**

Maria Valdiros Alves Santos	<b>TITULAR</b>
Zilzete Maria de Lima	<b>SUPLENTE</b>

**e) Igrejas Evangélicas**

João Bosco Pereira da Silva	<b>TITULAR</b>
Melque Silva Siqueira	<b>SUPLENTE</b>

**f) Igreja Católica**

Maydilane Costa da Silva	<b>TITULAR</b>
Raimundo Gomes Guimarães	<b>SUPLENTE</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2026–2029 do município de Santa Cruz, Estado de Pernambuco, constitui-se no principal instrumento de planejamento estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito local, orientando a organização, execução e avaliação das ações e serviços de saúde no período quadrienal. Sua elaboração atende ao disposto nas Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, bem como às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, consolidando o compromisso da gestão municipal com a garantia do direito constitucional à saúde.

O Plano foi construído a partir da análise situacional das condições de saúde da população, dos determinantes sociais, da estrutura da rede assistencial existente e dos indicadores epidemiológicos e demográficos do município, considerando também as necessidades apontadas pelos profissionais de saúde, gestores e pelo Conselho Municipal de Saúde. Nesse processo, foram observadas as pactuações interfederativas e a organização regional da Rede de Atenção à Saúde, assegurando a integração com o planejamento estadual e nacional.

orientarão a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na promoção, proteção e recuperação da saúde da população, com ênfase na Atenção Primária como ordenadora do cuidado, na ampliação do acesso à atenção especializada, no fortalecimento da vigilância em saúde, da assistência farmacêutica, da gestão do SUS e do controle social, bem como na promoção da saúde do trabalhador e da trabalhadora.

O Plano Municipal de Saúde reafirma os princípios e diretrizes do SUS buscando garantir atenção resolutiva, humanizada e de qualidade para todos os cidadãos. Ao mesmo tempo, representa um compromisso com a eficiência na gestão pública, a transparência na aplicação dos recursos e a melhoria contínua dos indicadores de saúde do município.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde 2026–2029 orientará a Programação Anual de Saúde, o monitoramento dos resultados e a avaliação das políticas públicas de saúde, constituindo-se em instrumento fundamental para o fortalecimento do SUS e para a promoção da qualidade de vida da população de Santa Cruz, Pernambuco.

## 2. ANÁLISE SITUACIONAL

### 2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

#### 2.1.1 Aspectos Históricos

Em 1829 passando por “Santa Cruz” dois frades “capuchinhos” que andavam em peregrinação, pregando a Religião Católica, um deles foi acometido de uma febre e por esse motivo se abrigaram debaixo de um pé de “juazeiro” (árvore, característica da região) que existia defronte ao beco que hoje sai para o Posto Saron – BR. Neste local permaneceram mais ou menos um mês. Durante essa permanência, algumas famílias que ali habitavam em plena “caatinga” iam visita-los. Nessas visitas eram praticados atos religiosos como: missa, confissões, orações e etc.

Ao se despedirem deixaram nesse mesmo local uma grande CRUZ de madeira forte à qual seria a protetora dos moradores daquela localidade (chamada de Gentil). Nesta localidade morava um rico fazendeiro chamado José Correia. Ele era dono de muitas terras e escravos, portanto, um “Senhor de Engenho” que morava em um enorme casarão com seus filhos...

Após algum tempo que os frades deixaram o “Gentil”, alguns vaqueiros que trabalhavam para José Correia, procurando gado pela caatinga deserta, passaram perto do local onde tinham se abrigado os “capuchinhos” e avistaram uma grande Cruz de madeira. Este acontecimento ocorreu no dia 03 de maio de 1829. Um dos vaqueiros (Saturnino) antes de levar a cruz para o patrão contou o que tinha visto, o patrão então deu-lhes ordens para irem pegar a cruz e traze-la para a fazenda. Quando José Correia viu a cruz ficou admirado e mandou colocarem-na capela da fazenda.

Muitas pessoas doentes acreditaram no “milagre” da Cruz e começaram a fazer promessas (para ficar curados de alguma enfermidade, pedidos de benção e etc.). Surgiu assim algumas casas, onde foi se formando uma comunidade.

Surgindo assim a Vila, começaram a festejar com atos religiosos a “VENERADA SANTA CRUZ”. Com muita festa em maio, nos dias 1, 2 e 3 (barraquinhas de comidas típicas e bebidas, bingos, danças etc.). Como também em setembro quando se festeja no dia 13 a Nossa Senhora de Fátima, com essas festas, com o dinheiro arrecadado, se construiu o “Açude da Venerada” que fica próximo à Vila.

No que diz respeito a formação administrativa, o distrito foi criado com a denominação de Santa Cruz, pela lei municipal nº 51, de 23 de janeiro de 1915, subordinado ao município de Ouricuri. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito de Santa Cruz, permanece no município de Ouricuri.

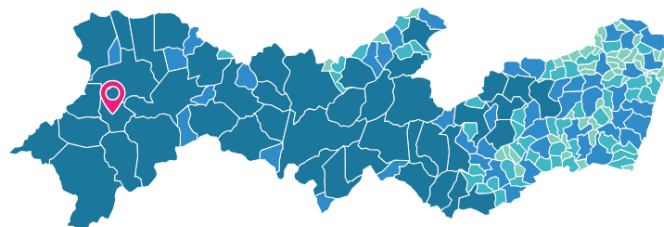
Pelo decreto-lei estadual nº 92, de 31 de março de 1938, o distrito de Santa Cruz passa a denominar-se Vera Cruz. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Vera Cruz, ex-Santa Cruz, permanece no município de Ouricuri.

Pelo decreto-lei estadual nº 952, de 31 de dezembro de 1943, o distrito de Vera Cruz passou a denominar-se Cruz da Malta. Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o distrito de Cruz da Malta, figura no município de Ouricuri. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 17-I-1991.

Foi elevado à categoria de município com a denominação de Santa Cruz, pela estadual nº 10623, 10-01-1991, desmembrado de Ouricuri. Sede no antigo distrito de Santa Cruz. Constituído do distrito sede, instalado em 01-01-1993.

### 2.1.2 Aspectos Geográficos

O município de Santa Cruz, estado do Pernambuco, está situado na 9ª gerência estadual de saúde, 678km dista da capital do estado.



Segundo o IBGE a área do

IBGE - Área territorial brasileira		
<b>ÁREA TERRITORIAL (2024)</b>		
<b>1.245,983 Km<sup>2</sup></b>		
Ranking no país: 1181' de 5570	Ranking no estado: 23' de 185	Ranking na região geográfica imediata: 5' de 10

município é de 1.245,983 km<sup>2</sup>, o que o coloca na posição 24 de 185 entre os municípios do estado e 1.184 de 5.570 entre todos os municípios.

O município localiza-se a uma latitude 08°14'24" sul e a uma longitude 40°20'05" oeste, estando a uma altitude de 515 metros. Situado no Sertão do Araripe pernambucano, limita-se ao norte com Ouricuri, ao sul com Lagoa Grande e Dormentes, a leste com Parnamirim e Santa Maria da Boa Vista, e a oeste com Santa Filomena e Dormentes.



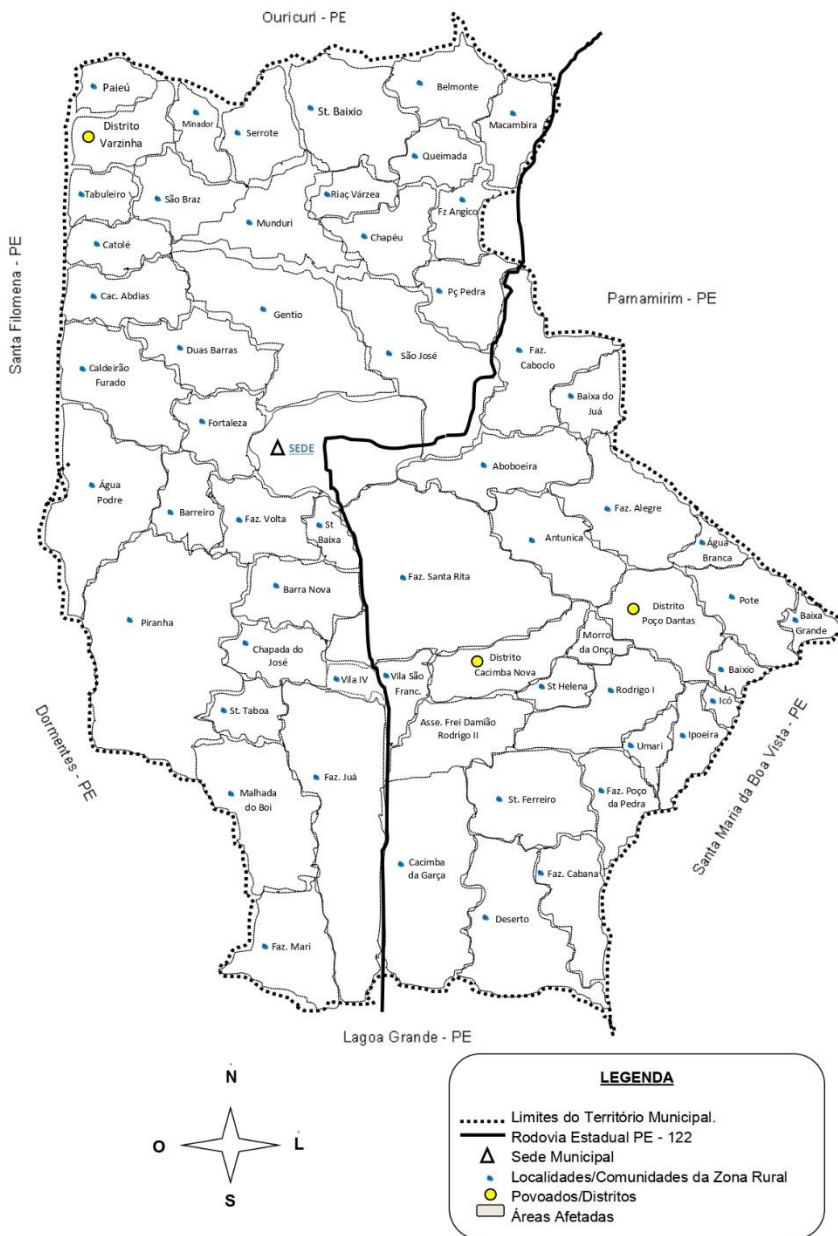


Figura 1- Mapa do Município de Santa Cruz, Estado de Pernambuco

Localiza-se na unidade geoambiental da Depressão Sertaneja, com a paisagem típica do semiárido nordestino. Seu relevo é plano e suave ondulado. A vegetação nativa é composta por caatinga hiperxerófila.

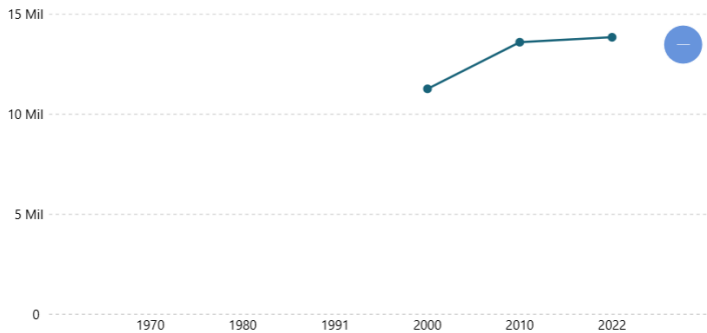
O município de Santa Cruz está nos domínios das bacias hidrográficas dos rios das Garças e Brígida. Os principais tributários são os riachos do Angico, Munduri, do Mocó, São José, das Cacimbas, Caldeirão, do Caboclo, do Juá, das Balanças, Alegre, do Gentio, da Volta, das Piranhas, da Baixa, da Baixa Grande, da onça, da Taboa, São Domingos e das Garças, todos de regime intermitente. Conta também com as lagoas do José e do Camarada.

O município está situada na microrregião do Araripe e na mesorregião do sertão. Localiza-se na unidade geoambiental da Depressão Sertaneja, com a paisagem típica do semiárido nordestino. Seu relevo é plano e suave ondulado. A vegetação nativa é composta por caatinga hiperxerófila.

O município de Santa Cruz está nos domínios das bacias hidrográficas dos rios das Garças e Brígida. Os principais tributários são os riachos do Angico, Munduri, do Mocó, São José, das Cacimbas,

## 2.2 PERFIL DEMOGRÁFICO

IBGE - Censo 2022

**POPULAÇÃO (2022)****13.841 pessoas**Ranking no país:  
2371º de 5570Ranking no estado:  
132º de 185Ranking na região  
geográfica imediata:  
7º de 10

Em 2022, a população era de 13.841 habitantes, porém para o ano de 2025 apresentou uma população estimada de 14.342 pessoas, e a densidade demográfica era de 11,11 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 132 e 180 de 185.

Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 2.371 e 4.201 de 5.570. A pesquisa do IBGE também aponta que a cidade em Santa Cruz tem uma média de 3,17 moradores por residência.

*Tabela 1- População residente por Sexo segundo Faixa Etária*

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<i>De 0 a 4 anos</i>	461	456	917
<i>De 5 a 9 anos</i>	506	473	979
<i>De 10 a 14 anos</i>	554	469	1023
<i>De 15 a 19 anos</i>	623	569	1192
<i>De 20 a 24 anos</i>	665	572	1237
<i>De 25 a 29 anos</i>	612	534	1146
<i>De 30 a 34 anos</i>	533	516	1049
<i>De 35 a 39 anos</i>	494	476	970
<i>De 40 a 44 anos</i>	507	466	973
<i>De 45 a 49 anos</i>	474	466	940
<i>De 50 a 54 anos</i>	416	420	836
<i>De 55 a 59 anos</i>	401	369	770
<i>De 60 a 64 anos</i>	325	304	629
<i>De 65 a 69 anos</i>	231	234	465
<i>De 70 a 74 anos</i>	197	209	406
<i>De 75 a 79 anos</i>	177	194	371
<i>De 80 anos ou mais</i>	197	242	439
<b>TOTAL</b>	<b>7.373</b>	<b>6.969</b>	<b>14.342</b>

A análise da estrutura etária da população do município de Santa Cruz revela um total de 14.342 habitantes, sendo 7.373 do sexo masculino (51,4%) e 6.969 do sexo feminino (48,6%), demonstrando discreta predominância masculina. Observa-se maior concentração populacional nas faixas etárias jovens e adultas jovens, especialmente entre 10 e 34 anos, com destaque para os grupos de 20 a 24 anos (1.237 pessoas), 15 a 19 anos (1.192 pessoas), 25 a 29 anos (1.146 pessoas) e 10 a 14 anos (1.023 pessoas). Esse perfil indica uma população predominantemente jovem, o que demanda o fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção à saúde sexual e reprodutiva, saúde mental de adolescentes e jovens, além de estratégias de prevenção ao uso de álcool e outras drogas e à violência.

A população infantil também se mostra significativa, com 1.896 crianças na faixa de 0 a 9 anos, reforçando a necessidade de manutenção de altas coberturas vacinais, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ações de alimentação e nutrição, prevenção de doenças infecciosas e ampliação da atenção à saúde bucal infantil. Nas faixas etárias de 15 a 49 anos observa-se predominância masculina, possivelmente relacionada ao perfil ocupacional local e a fatores socioeconômicos, o que aponta para a importância de estratégias voltadas à saúde do trabalhador, ampliação do acesso dos homens aos serviços de saúde e prevenção de acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

Destaca-se ainda o contingente crescente de idosos: a população com 60 anos ou mais soma 2.310 pessoas, correspondendo a aproximadamente 16,1% do total, evidenciando um processo gradual de envelhecimento demográfico. Nas idades mais avançadas observa-se maior proporção feminina, especialmente a partir dos 80 anos, o que está associado à maior expectativa de vida das mulheres. Esse cenário implica aumento da demanda por acompanhamento contínuo de doenças crônicas não transmissíveis, cuidados de reabilitação, prevenção de quedas, assistência farmacêutica e serviços especializados.

*Tabela 2- Área, população e densidade dos municípios do Araripe - 2025*

<i>Município</i>	<i>Área (Km<sup>2</sup>)</i>	<i>População (Hab)</i>	<i>Densidade</i>
ARARIPINA	1847.47	90504	48,99
BODOCÓ	1.553.853	36145	23,26
EXU	1.473.958	33486	22,72
GRANITO	521.857	7217	13,83

<i>IPUBI</i>	665.624	30720	46,15
<i>MOREILÂNDIA</i>	637.599	10839	17
<i>OURICURI</i>	2422.86	68489	28,27
<i>PARNAMIRIM</i>	2.608.072	18960	7,27
<i>SANTA CRUZ</i>	1.255.905	14342	11,42
<i>SANTA FILOMENA</i>	1.005.062	12360	12,3
<i>TRINDADE</i>	229.569	32257	140,51

Especificamente em relação ao município de Santa Cruz, observa-se população de 14.342 habitantes distribuída em extensa área territorial (1.255,905 km<sup>2</sup>), resultando em baixa densidade demográfica (11,42 hab/km<sup>2</sup>). Esse cenário caracteriza um município de pequeno porte, com população dispersa e forte presença rural, o que implica maior necessidade de estratégias como Atenção Primária forte, equipes itinerantes, transporte sanitário e regionalização da média e alta complexidade.

A análise da distribuição da população por cor/raça no município de Santa Cruz evidencia características demográficas típicas do Sertão nordestino, com predominância marcante da população autodeclarada parda.

	<i>Branca</i>	<i>Preta</i>	<i>Amarela</i>	<i>Parda</i>	<i>Indígena</i>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>4.120</b>	<b>595</b>	<b>10</b>	<b>9.108</b>	<b>8</b>
<i>HOMEM</i>	2.065	315	6	4.658	4
<i>MULHER</i>	2.055	280	4	4.450	4

Do total de 13.841 habitantes, a maioria se identifica como parda (9.108 pessoas), representando aproximadamente 65,8% da população municipal. Esse dado confirma a forte miscigenação étnica da região e acompanha o padrão observado em Pernambuco e no Nordeste, onde a população parda constitui o maior contingente populacional.

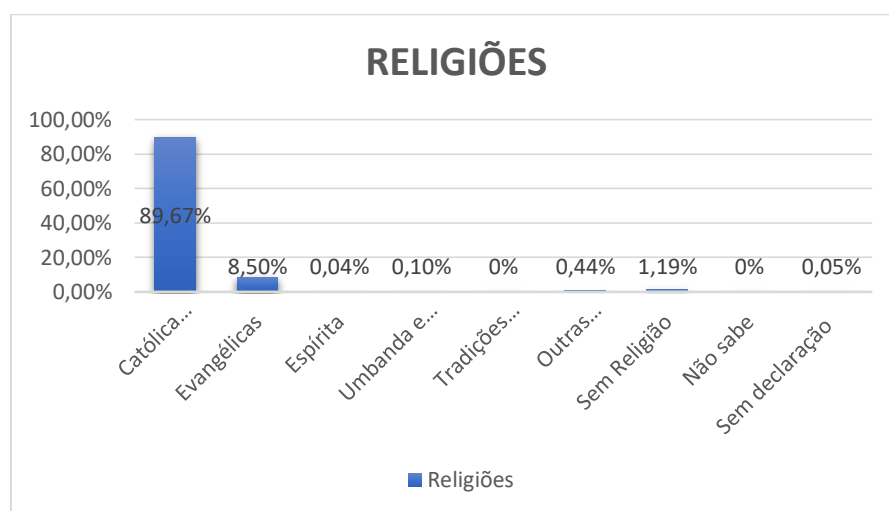
A população branca corresponde a 4.120 habitantes (cerca de 29,8%), configurando o segundo maior grupo racial do município. Já a população preta soma 595 pessoas (aproximadamente 4,3%), enquanto os grupos amarela (10 habitantes) apresentam presença bastante reduzida, juntos representando menos de 0,2% da população.

Quanto à distribuição por sexo, observa-se leve predominância masculina no total populacional (7.048 homens contra 6.793 mulheres). Esse padrão se mantém em praticamente todos os grupos raciais, especialmente entre os pardos (4.658 homens e 4.450 mulheres) e brancos (2.065 homens e 2.055 mulheres), indicando equilíbrio relativo entre os sexos, sem discrepâncias significativas.

Entre a população preta, também há maior número de homens (315) em relação às mulheres (280). Nos grupos amarela e indígena, os números são muito pequenos, não permitindo inferências demográficas mais robustas.

De modo geral, os dados revelam que Santa Cruz apresenta uma composição racial predominantemente parda, com participação secundária da população branca e pequena representatividade dos demais grupos raciais. Esse perfil é relevante para o planejamento das políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere à equidade, ao monitoramento de vulnerabilidades sociais e à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando possíveis desigualdades no acesso e nos indicadores de saúde.

Os resultados do Censo Demográfico 2022 mostram o crescimento da diversidade dos grupos religiosos em Santa Cruz, acompanhando a tendência da população brasileira. Porém, no município de Santa Cruz a grande parte da população é de religião Católica Apostólica Romana, tanto pela herança histórica, quanto pela história de criação da cidade e da sua peculiaridade de ser conhecida como a Terra das Romarias.



A distribuição religiosa da população do município de Santa Cruz revela forte predominância do cristianismo, especialmente da religião Católica Apostólica

Romana, que abrange 89,67% dos habitantes. Esse percentual extremamente elevado indica a forte influência histórica, cultural e social do catolicismo na formação do município, característica comum em cidades do interior nordestino e reforçada por tradições religiosas locais, festas de padroeiro e romarias.

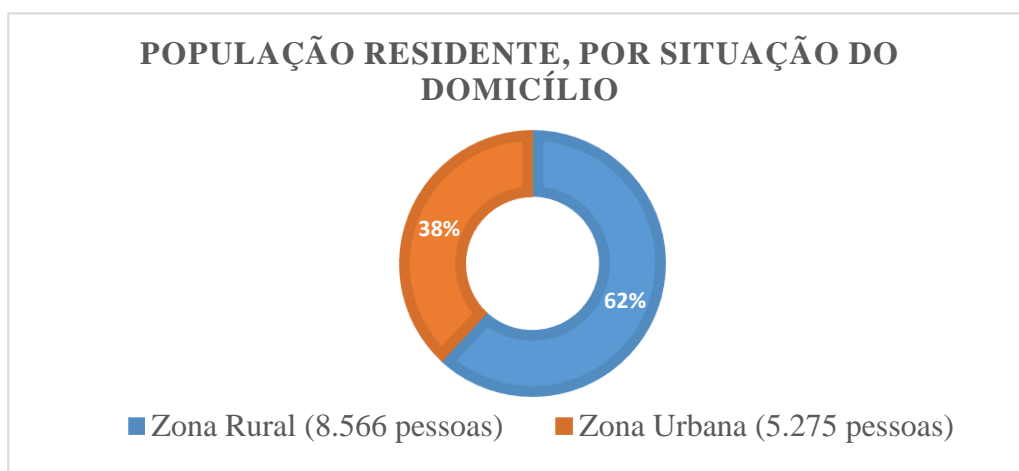
As denominações evangélicas representam o segundo maior grupo religioso, com 8,5% da população. Embora significativamente menor que o contingente católico, esse percentual demonstra a presença e crescimento das igrejas evangélicas, fenômeno observado em todo o país nas últimas décadas.

As demais religiões possuem participação bastante reduzida. A religião espírita corresponde a apenas 0,04%, enquanto as religiões de matriz africana (Umbanda e Candomblé) representam 0,1%, evidenciando baixa expressividade dessas tradições no município. As “outras religiosidades” somam 0,44%, incluindo crenças diversas não especificadas. Não há registro de população adepta a tradições indígenas (0%), o que pode refletir tanto a ausência desses grupos quanto possíveis limitações na autodeclaração censitária.

A população sem religião corresponde a 1,19%, percentual relativamente baixo quando comparado à média nacional, indicando que a grande maioria dos habitantes mantém algum tipo de vínculo religioso. Os percentuais de “não sabe” (0%) e “sem declaração” (0,05%) são praticamente irrelevantes do ponto de vista estatístico.

De modo geral, os dados demonstram que Santa Cruz possui um perfil religioso altamente homogêneo e tradicional, com predominância absoluta do catolicismo e presença secundária do segmento evangélico.

De acordo com os dados do censo 2022, a maior parte da população de Santa Cruz vive na zona rural, o que corresponde a 62% dos residentes na área rural do município, seguindo a tendência no estado de Pernambuco e da região Nordeste.



Esse perfil demográfico confirma a característica essencialmente rural do município, típica de localidades do Sertão do Araripe, marcada por população dispersa, comunidades distantes entre si e forte dependência de atividades agropecuárias. A elevada proporção rural impõe desafios importantes para a gestão do SUS, especialmente quanto ao acesso aos serviços, à logística de transporte sanitário e à necessidade de estratégias descentralizadas de cuidado.

Além disso, a dispersão populacional rural pode impactar indicadores de saúde, como mortalidade materna e infantil, doenças crônicas não transmissíveis e agravos relacionados às condições ambientais e ocupacionais. O deslocamento até serviços de média e alta complexidade tende a ser mais difícil, reforçando a importância da regionalização da assistência e do transporte para Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

De modo geral, os dados demonstram que o planejamento das políticas públicas de saúde em Santa Cruz deve considerar prioritariamente a realidade rural do município, garantindo equidade no acesso e organização dos serviços de forma territorializada, resolutiva e próxima das comunidades.

## 2.3 PERFIL SOCIOECONÔMICO

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município de Santa Cruz, é 0,549, classificando o município com um grau de desenvolvimento baixo com relação ao estado, que é 0,673.

*Tabela 3 - Índice de Desenvolvimento Humano - 2010*

INFORMAÇÃO	ÍNDICE	UNIDADE
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDHM)	0,549	
IDHM – LONGEVIDADE	0,522	
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER	68,31	ANOS
IDHM – EDUCAÇÃO	0,438	
ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO ADULTA	0,263	
FLUXO ESCOLAR DA POPULAÇÃO JOVEM (FREQUÊNCIA ESCOLAR)	0,565	
IDHM – RENDA	0,722	
RENDA PER CAPITA	206,07	R\$ 1,00
CLASSIFICAÇÃO NA UNIDADE DA FEDERAÇÃO	159°	
CLASSIFICAÇÃO NACIONAL	5209°	

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - PNUD, IPEA, FJP

Analisando os três índices utilizados como critérios de avaliação do Índice de Desenvolvimento Humano, IDH-M educação, renda e longevidade, Santa Cruz ocupa, na unidade da federação, a posição 159 dos 185 municípios e a nível nacional 5.209 em relação ao IDH-M; e a renda per capita no município é muito inferior a per capita nacional, de 793,87 reais.

## 2.4 TERRITÓRIO E AMBIENTE

Santa Cruz apresenta 25.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 84.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 143 de 185, 45 de 185 e 93 de 185, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3.336 de 5.570, 2.031 de 5.570 e 3.427 de 5.570, respectivamente.

*Tabela 4- Território e Ambiente*

<b>INFORMAÇÃO</b>	
ÁREA DA UNIDADE TERRITORIAL (2010)	1.245,983 km
ESGOTAMENTO SANITÁRIO ADEQUADO (2010)	25,30%
ARBORIZAÇÃO DE VIAS PÚBLICAS (2010)	84,50%
URBANIZAÇÃO DE VIAS PÚBLICAS (2010)	5,30%
BIOMA (2019)	Caatinga
SISTEMA COSTEIRO-MARINHO (2019)	Não pertence
HIERARQUIA URBANA (2018)	Centro Local (5)
REGIÃO DE INFLUÊNCIA (2018)	Ouricuri - Centro Subregional A (3A)
REGIÃO INTERMEDIÁRIA (2021)	Petrolina
REGIÃO IMEDIATA (2021)	Araripina
MESORREGIÃO (2021)	Sertão Pernambucano
MICRORREGIÃO (2021)	Araripina

Fonte: IBGE, 2010; IBGE, 2018; IBGE, 2019; IBGE, 2021.

## 2.5 SANEAMENTO

O Saneamento básico é um conjunto de serviços fundamentais para o desenvolvimento socioeconômicas do município tais como abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais.

### 2.5.1 Abastecimento de água

Segundo o IBGE (2010), no município de Santa Cruz há 3.607 domicílios com abastecimento de água potável, cobrindo 13.580 pessoas assistidos com o sistema de abastecimento de água, o que representa 99,92% da população.

*Tabela 5- Forma de Abastecimento de água – 2010*

<b>FORMA DE ABASTECIMENTO</b>	
REDE GERAL – SEM INFORMAÇÃO DE CANALIZAÇÃO	36.34%
POÇO OU NASCENTE – SEM INFORMAÇÃO DE CANALIZAÇÃO	1.46%
POÇO OU NASCENTE FORA DA PROPRIEDADE	0.95%
CARRO-PIPA	45.07%
ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA EM CISTERNA	3.16%
ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA OUTRA FORMA	0.19%
RIO, AÇUDE, LAGO OU IGARAPÉ	11.94%
OUTRA FORMA	0.88%

Fonte: IBGE, 2010.

Vale destacar que na sede do município a Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA), é a responsável pelo abastecimento de água nas residências. E na zona rural do município, o fornecimento de água vem de outras formas como carro-pipa, poços, cacimbas etc.

No tocante ao acompanhamento e monitoramento da qualidade da água, a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz, por meio do Departamento de Vigilância Sanitária, realiza as ações de apoio e análise da qualidade da água para consumo humano por forma de abastecimento, conforme preconizado na norma de potabilidade do Ministério da Saúde.

### 2.5.2 Instalações Sanitárias

Tabela 6- Instalações Sanitárias – 2010

<b>INSTALAÇÕES SANITÁRIAS</b>	
REDE GERAL DE ESGOTO OU PLUVIAL	18,92%
FOSSA SÉPTICA	6,34%
FOSSA RUDIMENTAR	23,78%
VALA	12,3%
RIO, LAGO OU MAR	1,67%
OUTRO ESCOADOURO	0,52%
NÃO TEM INSTALAÇÃO SANITÁRIA	36,47%

Fonte: IBGE, 2010.

### 2.5.3 Coleta de Lixo

No que diz respeito a coleta de lixo, o município de Santa Cruz dispõe de um sistema de coleta diária na sede e esporadicamente, a cada quinze dias no povoado de Varzinha e Vila São Francisco. Ao ser coletado, os resíduos sólidos são destinados ao aterro sanitário contratado pela gestão municipal.

Tabela 7- Proporção de domicílios por tipo de coleta de lixo – 2010

<b>COLETA DE LIXO</b>	<b>2000 (DOMICÍLIOS)</b>	<b>2010 (DOMICÍLIOS)</b>
<b>COLETADO</b>	20,19%	32,29%
... POR SERVIÇO DE LIMPEZA	6,94%	5,84%
... POR CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA	13,25%	26,44%
<b>QUEIMADO (NA PROPRIEDADE)</b>	11,94%	34,82%
<b>ENTERRADO (NA PROPRIEDADE)</b>	1,46%	0,52%
<b>JOGADO</b>	65,23%	32,07%
... EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO	64,80%	31,93%
... EM RIO, LAGO OU MAR	0,43%	0,13%
<b>OUTRO DESTINO</b>	1,15%	0,27%
<b>TOTAL DE DOMICÍLIOS****</b>	<b>2.520</b>	<b>3.607</b>

Fonte: Tabnet. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/lixpe>>. Acesso em 02 set. 2025.

Destacamos que a gestão municipal, investiu na construção e implantação do Centro de Transbordo e Triagem de Resíduos Sólidos, no município, para melhorar o manejo dos resíduos antes de ser destinado ao aterro sanitário que está em funcionamento.

### **3. NATALIDADE E MORBIMORTALIDADE**

A análise dos indicadores de natalidade e morbimortalidade constitui elemento fundamental para o diagnóstico da situação de saúde da população e para o planejamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde. Esses indicadores permitem compreender a dinâmica demográfica, as condições de vida, os principais agravos à saúde e os fatores de risco que influenciam o adoecimento e a mortalidade, subsidiando a formulação de políticas públicas mais efetivas e equitativas.

No município de Santa Cruz, o acompanhamento sistemático dos nascimentos, óbitos e causas de adoecimento possibilita identificar tendências epidemiológicas, grupos populacionais mais vulneráveis e demandas prioritárias para a rede de atenção à saúde. A natalidade reflete aspectos sociais, econômicos e culturais, além do acesso aos serviços de saúde reprodutiva e ao acompanhamento pré-natal. Já os indicadores de morbimortalidade evidenciam o perfil epidemiológico local, incluindo a transição demográfica e nutricional, o envelhecimento populacional e a coexistência de doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis.

Nesse contexto, a avaliação desses dados até o ano de 2024 permite orientar a organização da Rede de Atenção à Saúde, fortalecer a Atenção Primária como ordenadora do cuidado e direcionar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e assistência integral. Além disso, contribui para o monitoramento das metas pactuadas e para a redução das desigualdades em saúde, especialmente entre populações em situação de maior vulnerabilidade social e territorial.

Assim, o estudo da natalidade e da morbimortalidade no âmbito municipal constitui ferramenta estratégica para a tomada de decisão, permitindo que o planejamento em saúde seja baseado em evidências e voltado às reais necessidades da população.

#### **3.1 NATALIDADE**

As condições de Natalidade serão analisadas de acordo com o número de nascimentos e taxa bruta de Natalidade, com o desdobramento da faixa etária das mães, conforme descrito abaixo.

*Tabela 8- Número de nascidos vivos por residência da mãe*

<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
250	213	211	203	215	183

Nota: Dados preliminares sujeitos à alteração.

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Data da consulta: 15 set. 2025.

Até o ano de 2024, o município de Santa Cruz apresentou tendência de redução gradual no número de nascidos vivos, acompanhando o padrão observado no estado de Pernambuco e no Brasil, caracterizado pela diminuição das taxas de fecundidade. Observa-se predominância de partos hospitalares e elevada cobertura de pré-natal, com a maioria das gestantes realizando seis ou mais consultas.

A taxa de natalidade municipal mantém-se moderada, influenciada por fatores como urbanização, acesso a métodos contraceptivos, escolaridade feminina e mudanças no perfil reprodutivo. Destaca-se também a necessidade de atenção contínua à gravidez na adolescência e ao acompanhamento das gestantes de alto risco, visando reduzir complicações maternas e neonatais.

*Tabela 9- Condições de nascimentos no Período de 2019 a 2024*

<i>Condição</i>		<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
<b>NASCIDOS VIVOS</b>		<b>250</b>	<b>213</b>	<b>211</b>	<b>203</b>	<b>215</b>	<b>183</b>
<b>Parto Vaginal</b>		48,0%	40,8%	49,3%	39,4%	40,5%	41,5%
<b>Parto Cesário</b>		52,0%	59,2%	50,7%	60,6%	59,5%	58,5%
<b>QUANT. CONSULTAS PRÉ-NATAL</b>	Nenhuma	0,4%	-	0,5%	0,5%	1,4%	0,5%
	De 1 a 3 consultas	3,2%	3,3%	2,8%	3,4%	2,8%	3,3%
	De 4 a 6 consultas	13,2%	8,5%	10,4%	8,4%	5,1%	7,7%
	7 ou mais consultas	82,4%	88,3%	85,8%	87,7%	90,7%	88,5%
	Ignorado	2	-	1	-	-	-
<b>GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA</b>		<b>18,4%</b>	<b>16,4%</b>	<b>25,1%</b>	<b>18,7%</b>	<b>19,5%</b>	<b>26,8%</b>
<b>de 10 a 14 anos</b>		3	2	3	2	6	4
<b>de 15 a 19 anos</b>		43	33	50	36	36	45
<b>BAIXO PESO (ATÉ 2.499g)</b>		<b>8,8%</b>	<b>8,5%</b>	<b>8,5%</b>	<b>9,9%</b>	<b>7,9%</b>	<b>9,3%</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Data da consulta: 20 set. 2025.

No município de Santa Cruz, no período de 2019 a 2024, observa-se tendência de redução do número de nascidos vivos, passando de 250 para 183 registros anuais, o que acompanha o declínio da fecundidade observado no país e na região Nordeste. Essa diminuição impacta diretamente a dinâmica demográfica municipal e a organização dos serviços de saúde materno-infantil.

Quanto ao tipo de parto, verifica-se predominância de cesarianas em todos os anos analisados, com percentuais frequentemente superiores aos partos vaginais. Esse padrão sugere necessidade de fortalecimento das estratégias de promoção do parto adequado e humanizado, bem como da qualificação da assistência obstétrica, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais.

A cobertura de pré-natal apresenta desempenho satisfatório, com ampla maioria das gestantes realizando sete ou mais consultas ao longo da gestação. Esse resultado evidencia boa capilaridade da Atenção Primária à Saúde e acesso aos serviços de acompanhamento gestacional. Os casos sem acompanhamento pré-natal são residuais, indicando efetividade das ações de busca ativa e vinculação precoce das gestantes às equipes de saúde.

Entretanto, a gravidez na adolescência permanece como importante desafio de saúde pública, mantendo percentuais elevados ao longo da série histórica, com oscilações anuais e predominância na faixa etária de 15 a 19 anos, além da ocorrência de casos em menores de 15 anos. Tal situação demanda intensificação das ações de educação sexual, planejamento reprodutivo, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e fortalecimento do cuidado intersectorial com educação e assistência social.

O percentual de recém-nascidos com baixo peso ao nascer manteve-se relativamente estável durante o período, situando-se em patamar moderado, o que indica a necessidade de manutenção das ações de acompanhamento nutricional e clínico das gestantes, especialmente daquelas em situação de maior vulnerabilidade.

De modo geral, os indicadores analisados demonstram avanços importantes na assistência pré-natal, mas evidenciam desafios relacionados ao perfil obstétrico e reprodutivo, especialmente no que se refere à elevada proporção de cesarianas e à persistência da gravidez na adolescência. Esses aspectos reforçam a importância de fortalecer a Rede de Atenção Materno-Infantil, ampliar as ações de promoção da saúde e

prevenção de agravos e qualificar continuamente a atenção à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, contribuindo para melhores desfechos maternos e infantis no município.

### 3.2 MORBIMORTALIDADE

Atualmente, o perfil das ocorrências de doenças está relacionado às transformações sociais e econômicas que levaram ao predomínio das doenças e agravos não transmissíveis. Entre os fatores que contribuíram com essa transição epidemiológica está o aumento da população idosa que favoreceu a ascensão das doenças crônico-degenerativas e mudança no perfil nutricional que impactou no aumento gradativo de sobrepeso e obesidade na população.

*Tabela 10-Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10*

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<i>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</i>	183	62	58	99	66
<i>II. Neoplasias (tumores)</i>	52	56	86	93	67
<i>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</i>	5	2	6	6	10
<i>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</i>	66	55	19	24	25
<i>V. Transtornos mentais e comportamentais</i>	8	6	3	9	5
<i>VI. Doenças do sistema nervoso</i>	5	28	23	7	9
<i>VII. Doenças do olho e anexos</i>	1	6	6	7	1
<i>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</i>	3	-	-	4	2
<i>IX. Doenças do aparelho circulatório</i>	28	52	45	67	69
<i>X. Doenças do aparelho respiratório</i>	89	129	206	157	168
<i>XI. Doenças do aparelho digestivo</i>	43	83	59	82	77
<i>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</i>	78	117	116	106	97
<i>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</i>	12	9	9	8	28
<i>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</i>	48	86	83	76	102
<i>XV. Gravidez parto e puerpério</i>	211	217	187	181	172
<i>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</i>	42	44	22	23	20
<i>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</i>	9	14	9	7	9
<i>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</i>	17	11	7	6	12
<i>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</i>	77	99	99	143	159
<i>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</i>	-	-	-	-	-
<i>XXI. Contatos com serviços de saúde</i>	14	20	19	61	60
<i>CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido</i>	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>991</b>	<b>1.096</b>	<b>1.062</b>	<b>1.166</b>	<b>1.158</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os dados de internações hospitalares de residentes entre 2021 e 2025 evidenciam um perfil assistencial diversificado, com predomínio de causas relacionadas à saúde materno-infantil, doenças respiratórias, agravos externos e doenças crônicas. O

total de internações apresentou tendência de crescimento no período, passando de 991 em 2021 para 1.158 em 2025, com pico em 2024 (1.166), indicando aumento da demanda por serviços hospitalares.

Destaca-se como principal causa de internação o capítulo Gravidez, parto e puerpério, que manteve os maiores valores em todos os anos, embora com tendência de redução gradual (211 em 2021 para 172 em 2025). Esse comportamento reflete o volume de nascimentos e a necessidade contínua de assistência obstétrica, ao mesmo tempo em que pode indicar diminuição da fecundidade ou mudanças no acesso aos serviços.

As doenças do aparelho respiratório configuram a segunda grande causa de hospitalização, com aumento expressivo em 2023 (206 internações) e manutenção de números elevados nos anos seguintes (157 em 2024 e 168 em 2025). Esse padrão está associado a infecções respiratórias agudas, exacerbações de doenças crônicas e sazonalidade climática, exigindo fortalecimento da atenção básica, vacinação e manejo precoce.

Observa-se crescimento importante das internações por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, que praticamente dobraram no período (77 em 2021 para 159 em 2025). Esse dado aponta para aumento de acidentes e violências, constituindo importante problema de saúde pública e demandando ações intersetoriais de prevenção.

As doenças do aparelho geniturinário também apresentam tendência crescente, alcançando 102 internações em 2025, o que pode estar relacionado a infecções urinárias, doenças renais e complicações crônicas, especialmente em populações mais envelhecidas.

As doenças do aparelho digestivo e as doenças da pele e do tecido subcutâneo mantêm números elevados ao longo do período, indicando demanda significativa por atendimento hospitalar por condições potencialmente preveníveis ou manejáveis na Atenção Primária, como infecções, doenças inflamatórias e complicações clínicas.

As doenças do aparelho circulatório mostram tendência de aumento, passando de 28 internações em 2021 para 69 em 2025, refletindo a crescente carga das

doenças crônicas não transmissíveis, especialmente hipertensão, insuficiência cardíaca e eventos cardiovasculares.

As neoplasias (tumores) apresentam crescimento até 2024 (93 internações), com redução em 2025 (67), podendo refletir variações no diagnóstico, acesso ao tratamento especializado ou encaminhamento para serviços de referência.

Por outro lado, observa-se redução acentuada das internações por doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo após 2021, possivelmente associada ao arrefecimento da pandemia de COVID-19 e melhoria das condições de controle epidemiológico.

As afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas mantêm números relativamente estáveis e baixos, mas relevantes por sua relação direta com a qualidade da assistência pré-natal, parto e cuidado neonatal.

Outros capítulos apresentam menor impacto quantitativo, como transtornos mentais, doenças do sistema nervoso e doenças hematológicas, embora mereçam atenção pela complexidade do cuidado.

O perfil de morbidade hospitalar indica que a demanda por internações está fortemente relacionada a assistência obstétrica e neonatal; doenças respiratórias agudas e crônicas; agravos decorrentes de causas externas (acidentes e violências); doenças crônicas não transmissíveis, especialmente cardiovasculares e geniturinárias; condições clínicas potencialmente evitáveis ou manejáveis na Atenção Primária.

O monitoramento contínuo desses indicadores é essencial para orientar o planejamento, a alocação de recursos e a organização da rede de atenção à saúde no município.

*Tabela 11 - Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10*

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<i>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</i>	15	7	2	4
<i>II. Neoplasias (tumores)</i>	18	16	13	15
<i>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</i>	1	-	-	-
<i>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</i>	6	7	7	4
<i>V. Transtornos mentais e comportamentais</i>	2	-	-	-
<i>VI. Doenças do sistema nervoso</i>	1	4	5	1
<i>VII. Doenças do olho e anexos</i>	-	-	-	-
<i>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</i>	-	-	-	-
<i>IX. Doenças do aparelho circulatório</i>	23	20	32	29

<i>X. Doenças do aparelho respiratório</i>	3	9	18	9
<i>XI. Doenças do aparelho digestivo</i>	4	4	4	8
<i>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</i>	2	-	-	-
<i>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</i>	-	2	-	1
<i>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</i>	3	1	3	6
<i>XV. Gravidez parto e puerpério</i>	-	-	-	-
<i>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</i>	3	2	2	5
<i>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</i>	1	-	-	3
<i>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</i>	6	4	10	6
<i>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</i>	-	-	-	-
<i>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</i>	8	4	13	18
<i>XXI. Contatos com serviços de saúde</i>	-	-	-	-
<i>XXII. Códigos para propósitos especiais</i>	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>80</b>	<b>109</b>	<b>109</b>

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

Data da consulta: 05 set. 2025.

Os dados de mortalidade por capítulos da CID-10 no período de 2021 a 2024 evidenciam um perfil epidemiológico típico de municípios em transição demográfica e epidemiológica, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias.

Observa-se que as doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de óbito ao longo de todo o período analisado, com destaque para 2023 (32 óbitos) e manutenção de números elevados em 2024 (29). Esse padrão reflete a alta prevalência de fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes, sedentarismo, obesidade e envelhecimento populacional, indicando a necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento contínuo na Atenção Primária.

As neoplasias (tumores) aparecem como a segunda principal causa de morte, mantendo-se relativamente estáveis (entre 13 e 18 óbitos anuais). Tal cenário reforça a importância das estratégias de rastreamento, diagnóstico precoce e acesso oportuno ao tratamento oncológico, bem como da continuidade das campanhas de prevenção.

Destaca-se também o crescimento das mortes por doenças do aparelho respiratório, que apresentaram aumento expressivo em 2023 (18 óbitos), com redução em 2024 (9), possivelmente relacionado aos efeitos tardios da pandemia de COVID-19 e às síndromes respiratórias sazonais. Esse comportamento aponta para a necessidade de

vigilância permanente e fortalecimento das ações de imunização e manejo clínico das doenças respiratórias.

As causas externas de morbidade e mortalidade apresentam tendência crescente, passando de 8 óbitos em 2021 para 18 em 2024, indicando aumento de eventos como acidentes e violências. Esse dado exige atuação intersetorial, envolvendo saúde, segurança pública, educação e assistência social.

As doenças infecciosas e parasitárias mostram redução importante ao longo dos anos, enquanto as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas mantêm números baixos, porém relevantes por sua relação direta com a qualidade da assistência pré-natal, parto e cuidado neonatal.

Outros capítulos apresentam ocorrência esporádica ou baixa representatividade, como doenças hematológicas, transtornos mentais e doenças osteomusculares, não configurando impacto significativo na mortalidade geral do município.

O total anual de óbitos variou de 80 (2022) a 109 (2023 e 2024), indicando relativa estabilidade recente após aumento observado em 2023. O perfil de mortalidade municipal é predominantemente marcado por doenças crônicas não transmissíveis, especialmente cardiovasculares e neoplásicas, associadas ao envelhecimento populacional e aos fatores de risco modificáveis. Paralelamente, observa-se crescimento das causas externas e oscilações nas doenças respiratórias. Esses achados reforçam a necessidade de priorizar O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e do cuidado contínuo às condições crônicas; ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco; ampliação do rastreamento e diagnóstico precoce do câncer; intensificação das políticas de prevenção de acidentes e violências; manutenção da vigilância epidemiológica e da cobertura vacinal; qualificação da atenção materno-infantil e neonatal.

#### 4. AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

##### 5.1 SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA

*Tabela 13 - Casos confirmados de Sífilis por Ano de Diagnóstico*

	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Sífilis Adquirida</b>	-	3	2	1	1
<b>Sífilis em Gestante</b>	2	1	2	8	1
<b>Sífilis Congênita</b>	1	-	-	2	1

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN  
Data da Consulta: 04 set. 2025.

Destacamos que a série histórica de Sífilis no município, de 2020 a 2024, apresentando uma estabilidade no número de casos. Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce da Sífilis Congênita assim possibilitando um tratamento adequado. Estas ações estão associadas a assistência e qualidade do Pré-natal.

##### 5.2 TUBERCULOSE E HANSENÍASE

*Tabela 14 - Série Histórica de Tuberculose e Hanseníase – 2016-2020*

	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Tuberculose</b>	2	-	3	3	-
<b>Hanseníase</b>	4	-	3	3	4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN  
Data da Consulta: 04 set. 2025.

O município de Santa Cruz, vem apresentando um número baixo de pacientes diagnosticados com Tuberculose e Hanseníase. É importante manter a busca ativa e de sintomáticos respiratórios na população em geral (coleta de escarro em pessoas com tosse produtiva), examinar comunicantes e realizar o tratamento através de dose supervisionada, para que assim tenhamos diagnósticos precoces, ausência de subnotificação e redução da incidência das doenças e reações.

## 5. REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

### 5.1 POR TIPO DE ESTABELECIMENTO E GESTÃO

Tabela 15 - Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos

Período: 08/2025

<i>Tipo de Estabelecimento</i>	<b>Dupla</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Total</b>
<i>HOSPITAL GERAL</i>	0	0	1	1
<i>POLO ACADEMIA DA SAUDE</i>	0	0	2	2
<i>LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA</i>	0	0	1	1
<i>CENTRAL DE ABASTECIMENTO</i>	0	0	1	1
<i>POLICLINICA</i>	0	0	1	1
<i>CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE</i>	0	0	1	1
<i>CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA</i>	0	0	6	6
<i>CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE</i>	0	0	1	1
<i>FARMACIA</i>	0	0	1	1
<i>UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)</i>	0	0	1	1
<i>UNIDADE MOVEL TERRESTRE</i>	0	0	1	1
<i>CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA</i>	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>18</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES  
Data da Consulta: 15 set. 2025.

O município de Santa Cruz dispõe de 16 estabelecimentos de saúde públicos e 02 prestadores de serviço ao SUS, todos com natureza jurídica municipal ou pessoa física (ou seja, não há estabelecimentos estaduais ou de dupla gestão).

Existe alguns estabelecimentos sob gestão do município que não constam no SCNES, porém atendem e prestam assistência aos usuários do SUS, sendo:

- Casa de Apoio: TFD Recife
- Casa de Apoio: TFD Petrolina
- USF Itinerante do Sítio Deserto
- USF Itinerante do Sítio Queimada
- Centro de Telemedicina e Saúde Digital
- Polo de Endemias

### 5.2 CONSÓRCIOS EM SAÚDE

O município está vinculado a 2 consórcios públicos, o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano (CISAPE) e o Consórcio dos

Municípios Pernambucanos (COMUPE), estes importantes instrumentos para a gestão de estratégias para fortalecer a cooperação regional e otimizar recursos.

### 6.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde - APS é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde de uma população (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é colocada em prática por meio do formato de Estratégias de Saúde da Família (eSF), atuando como método prioritário para sua expansão, consolidação e qualificação, sendo considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica a Unidade Básica de Saúde, a Unidade Básica de Saúde Fluvial e a Unidade Odontológica Móvel. Pode ser adotado também o formato de Equipe da Atenção Básica (eAB), de acordo com características e necessidades do município, como modelo de transição para a eSF (BRASIL, 2017).

Além delas, a AB também é constituída pelas Equipes de Saúde Bucal (eSB) e pelas equipes multiprofissionais, Equipes de Saúde da Família para atendimento a Populações Específicas - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), além do Programa Saúde na Escola e dos polos da Academia da Saúde (BRASIL, 2017; BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços obtidos os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como o permanente ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões.

## 6.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### 6.4.1 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) é uma Divisão do Departamento de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, que tem o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população, com a missão de proteger e promover a saúde, garantindo segurança sanitária de produtos e serviços. É uma atividade multidisciplinar que controla as práticas de fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de saúde e de interesse da Saúde Pública, usando instrumentos legais de orientação e de aplicação de penalidades, tais como: advertência, multa, apreensão e inutilização de produtos, interdição parcial e total do estabelecimento e cancelamento da licença para funcionamento de estabelecimentos, com o objetivo de coibir práticas que coloquem em risco a saúde da população.

A VISA dispõe de três esferas administrativas: federal, estadual e municipal, com competências distintas, e suas ações apresentam duas grandes vertentes:

- A técnica normativa, que compreende o planejamento e edição de normas técnicas, com maior atuação das esferas federal e estadual;
- A técnica operacional, que compreende a execução da fiscalização, isto é, o efetivo exercício do poder de polícia sanitária, realizada principalmente pelo município.

No município de Santa Cruz, a organização e estrutura do serviço tem possibilitado uma atuação progressivamente mais eficaz e eficiente atuando em vistorias para alvarás e licenças sanitárias, em conjunto com a IX GERES; atendimento às reclamações nas áreas de saneamento básico; alimentos; água e bebidas para o consumo humano; medicamentos; cosméticos; produtos de limpeza e higiene; serviços de assistência à saúde; farmácias; produtores, distribuidores e comerciantes de medicamentos, cosméticos, perfumes, produtos de higiene e limpeza, produtos químicos, alimentos e embalagens; salões de beleza/manicure; casas funerária, cemitérios; escolas e creche; serviços de abastecimento de água e esgoto; criação de animais.

Além destas atividades rotineiras que demandam bastante tempo dos profissionais, são realidades ações de educação em saúde para profissionais de salões de

beleza, profissionais de saúde sobre cuidados higiênicos e procedimentos no trabalho; Creche; escolas; empresas e grupos específicos sobre prevenção de acidentes com animais peçonhentos, prevenção de doenças transmissíveis por animais(dengue, leptospirose e outras); e também orientação à população em geral sobre leis, normas e cuidados higiênicos nas diversas áreas.

#### 6.4.2 Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada.

São funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações.

#### 6.4.3 Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

Em Santa Cruz, o Polo de Endemias é o setor responsável pelo controle de agravos e doenças transmitidas por animais (zoonoses), por meio do controle de pragas urbanas e pelo controle das populações de animais domésticos como cães e gatos, controle profilático de Moléstias Infecto-Contagiosas de cães e gatos espécie, através de vacinação

antirrábica, realização de atendimento ambulatorial de cães e gatos para população de baixa renda, recolhimento seletivo de animais

Esse setor tem suas ações voltadas para o controle do vetor da Dengue, através da atividade de visita casa a casa, vigilância em pontos estratégicos, avaliação de densidade larvária, vigilância e controle de depósitos de água, bem como, controle de animais sinantrópicos e peçonhentos, assim como, atividades de mobilização, informação e comunicação

## **6. GESTÃO EM SAÚDE**

As boas práticas e planejamento em saúde são essenciais através dos 03 instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, bem como as prestações quadrimestrais de Saúde, todos instrumentos mantendo compatibilidade com os instrumentos de planejamento do Governo Municipal, sendo Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Um Sistema de Saúde precisa atender as necessidades da população e condizendo com suas diretrizes. Todo o processo tem de ser planejado, monitorado e avaliado, tendo em vista novas situações. Assim, o principal objetivo é proporcionar qualidade de vida, através da promoção e prevenção da saúde em São Mateus do Sul, ressalta-se as dificuldades e desafios encontrados, mas a gestão municipal busca que a Atenção Básica seja a norteadora e reguladora dos seus serviços, o planejamento é ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal, assim alcançando índices satisfatórios em todos os fatores analisados em todas as esferas de governo.

Destaca-se, que a Estrutura organizacional da Saúde está dividida entre a Atenção Primária e Secundária, assim aumentando a responsabilidade do município, pois o Estado não oferece serviços de maneira suficiente na questão ambulatorial e Hospitalar.

### **7.1 REGIONALIZAÇÃO**

Santa Cruz faz parte da 9ª Gerência Regional de Saúde (9ª GERES), sendo composta por onze municípios sendo eles: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi,

Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade. Também o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano (CISAPE), buscando através da desses espaços, de maneira coletiva, os interesses e fortalecimento regional.

O CISAPE é mantido por treze municípios, sendo os mesmo onzes da 9ª GERES, com mais dois, Afrânio e Dormentes, da 8ª Gerência Regional.

A equipe da Secretaria de Saúde participa regularmente de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), está promovida pela 9ª GERES e também do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (CRESEMS), promovida pelos secretários municipais, estes dois espaços importantíssimos para debates e articulação para o fortalecimento da saúde em nível regional.

## 7.2 FINANCIAMENTO

O financiamento da Saúde é tripartite como determina a Constituição Federal, ou seja, as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, devem participar da receita para custear as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, conforme a Emenda Complementar nº 29/2020 e Lei Complementar 141/2012, os Municípios devem investir no mínimo 15 % de recursos próprios em Saúde.

Total 2020: R\$ 7.303.717,17	
■ ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 3.747.796,94
■ VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 163.695,31
■ APOIO FINANCEIRO EXTRAORDINÁRIO	R\$ 0,00
■ ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 1.355.132,20
■ GESTÃO DO SUS	R\$ 0,00
■ ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 97.150,00
■ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 116.388,00
■ CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 1.823.554,72

<b>Total 2021: R\$ 6.437.056,98</b>	
■ ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 4.550.242,69
■ VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 143.069,25
■ APOIO FINANCEIRO EXTRAORDINÁRIO	R\$ 0,00
■ ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 1.572.125,20
■ GESTÃO DO SUS	R\$ 0,00
■ ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 0,00
■ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 111.619,84
■ CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 60.000,00
<b>Total 2022: R\$ 6.921.072,94</b>	
■ GESTÃO DO SUS	R\$ 3.375,89
■ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 107.170,08
■ VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 189.119,55
■ ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 5.454.775,22
■ ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 1.166.632,20
■ ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 0,00
<b>Total 2023: R\$ 8.966.859,47</b>	
■ GESTÃO DO SUS	R\$ 506.004,77
■ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 104.388,00
■ VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 215.998,31
■ ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 6.704.473,19
■ ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 1.435.995,20
■ ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 0,00
<b>Total 2024: R\$ 10.600.022,57</b>	
■ GESTÃO DO SUS	R\$ 746.347,95
■ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 153.675,80
■ VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 223.571,46
■ ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 7.071.795,16
■ ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 2.154.632,20
■ ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 250.000,00

Fonte: Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde – FNS

Data da Consulta: 21 jan. 2022.

A análise dos recursos financeiros transferidos ao município para a saúde no período de 2020 a 2024 evidencia crescimento progressivo do financiamento, com variações na composição dos blocos de custeio. O montante total passou de aproximadamente R\$ 7,3 milhões em 2020 para cerca de R\$ 10,6 milhões em 2024,

representando aumento significativo da capacidade de financiamento das ações e serviços de saúde no período.

Observa-se que a Atenção Primária à Saúde concentra a maior parcela dos recursos em todos os anos analisados, com crescimento contínuo e expressivo, passando de cerca de R\$ 3,7 milhões em 2020 para mais de R\$ 7 milhões em 2024. Esse comportamento reforça o papel estruturante da Atenção Primária como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada do SUS, além de refletir a ampliação das equipes, serviços e programas estratégicos no território.

Os recursos destinados à Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) também apresentam aumento relevante ao longo do período, especialmente em 2024, porém 50% dos recursos do MAC são provenientes de emendas parlamentares, sendo então recursos temporários.

A Vigilância em Saúde manteve financiamento relativamente estável, com leve tendência de crescimento, evidenciando a continuidade das ações de prevenção, controle de agravos, imunização e monitoramento epidemiológico. Já a Assistência Farmacêutica apresentou incremento gradual, compatível o ajuste do valor per capita repassado ao município.

Destaca-se ainda a presença de recursos específicos para enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos anos iniciais da série, especialmente em 2020, com redução significativa nos anos subsequentes, refletindo o arrefecimento da emergência sanitária.

Nos anos mais recentes, observa-se incremento nos recursos destinados à Gestão do SUS e à Atenção Especializada, indicando os repasses para assistência financeira para cumprimento do piso da enfermagem.

De modo geral, a evolução do financiamento demonstra ampliação do investimento federal nas ações de saúde do município, porém também revela maior pressão assistencial e necessidade crescente de organização da rede, qualificação da gestão e uso eficiente dos recursos. Para o período do Plano Municipal de Saúde 2026–2029, torna-se fundamental manter o fortalecimento da Atenção Primária, ampliar o acesso à média e alta complexidade, qualificar a vigilância e assegurar sustentabilidade financeira para responder às demandas atuais e futuras da população.

Vale salientar ainda que nos últimos anos o percentual investido pelo município ainda fica muito acima do mínimo constitucional obrigatório, devido principalmente a baixa participação do Estado na contrapartida.

O Município nos últimos anos tem uma elevada despesa, com a manutenção do Hospital Municipal e serviços de média e alta complexidade, tendo em vista que o Estado deveria investir e que acaba ficando sobre a responsabilidade do município, principalmente em relação a alta despesa com o Hospital João Rodrigues de Souza.

## **7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

O Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo construído há mais de trinta anos com o propósito de garantir a todo cidadão brasileiro o direito a uma saúde de qualidade, com acesso universal e integral, ofertando ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

O papel do medicamento no contexto de tais ações é indiscutível. Para garantir seu acesso o SUS operacionaliza a Assistência Farmacêutica (AF) *como “um conjunto de ações [...] tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional [...] na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”*.

Ao considerar que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos, o que pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a AF seja vista sob ótica integral.

Em Santa Cruz, a Farmácia Básica, funciona de segunda a sexta-feira, onde é possível retirar medicamentos mediante receita do SUS que constam em Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

## **8. CONTROLE SOCIAL**

Os conselhos de saúde são ferramentas de Controle Social garantidos em nossa Constituição Federal e definida mais detalhadamente pela Lei Federal nº 8142, de 28/12/1990. Os conselhos são deliberativos e permanentes, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços (para o SUS), profissionais de saúde e usuários (dos serviços de saúde).

Os conselhos atuam na formulação de estratégias, definição de diretrizes e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Em cada esfera de governo.

O Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz, foi criado por meio da Lei nº 030/94-GM, de 12 de março de 1994, e tem como Presidente o representante titular dos trabalhadores de saúde do município, eleito em reunião do referido órgão de controle social. É composto por 24 membros, sendo 12 titulares e 12 suplentes, de forma paritária com 50% de representantes de usuários do SUS, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde, atuando na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde do município de Santa Cruz/PE, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

## **9. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

A Secretaria Municipal da Saúde, com interveniência dos seus Departamentos, Divisões, Coordenadorias e Setores, apresenta, no quadro a seguir, as diretrizes, objetivos e metas pactuadas para o município no período de 2026 a 2029.

As Diretrizes, Objetivos e Metas estabelecem as prioridades e os compromissos da gestão municipal de saúde para o período de 2026 a 2029, orientando o planejamento, a execução e o monitoramento das ações e serviços ofertados à população. Sua definição baseia-se na análise da situação de saúde do município, considerando aspectos demográficos, epidemiológicos, assistenciais e financeiros, bem como as necessidades identificadas no território.

Esses elementos estratégicos estão alinhados aos princípios do SUS, buscando garantir acesso universal, atenção integral, equidade, qualidade da assistência e participação social. Dessa forma, orientam o fortalecimento da Atenção Primária, a ampliação do acesso à atenção especializada, a qualificação da vigilância em saúde, a promoção da saúde e a melhoria da gestão e do financiamento, visando à melhoria contínua das condições de vida e saúde da população ao longo do quadriênio.

# Relação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde 2026-2029

---

**DIRETRIZ Nº 1 - Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado**

**OBJETIVO Nº 1.1** - Fortalecer a Atenção Primária como porta de entrada preferencial do SUS, garantindo acesso, vínculo, longitudinalidade e coordenação do cuidado

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
1.1.1	Manter a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00	2025	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.2	Garantir o funcionamento das equipes de saúde bucal com Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB).	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100,00	2025	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.3	Manter em funcionamento os Polos de Academia da Saúde	Equipes das academias da saúde em atividade	2	2025	Número	2	Número	2	2	2	2
1.1.4	Manter em funcionamento a Equipe Multiprofissional da APS	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	1	2025	Número	1	Número	1	1	1	1
1.1.5	Inaugurar a Unidade de Saúde da Família do Bairro Antonio Tavares (Portelinha)	Obra 100% Finalizada	60,00	2025	Percentual	1	Número	1	-	-	-
1.1.6	Promover cuidado integral em todos os ciclos de vida	Acompanhar 100% dos usuários, priorizando a estratificação de risco	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.7	Ampliar o acesso à Linha de Cuidado em Saúde Mental, de forma articulada com demais pontos	Produção dos Profissionais da APS	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.8	Manter em Funcionamento o Laboratórios de Próteses Dentária - LRPD	Número de Próteses Dentárias realizadas	81	2024	Número	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**OBJETIVO Nº 1.2 - Qualificar os processos de trabalho das equipes de APS**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
1.2.1	Capacitar as equipes de atenção primária à saúde	Percentual de equipes capacitadas	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.2.2	Garantir que as equipes de APS utilizem prontuário eletrônico (e-SUS APS/PEC)	Percentual de equipes com acesso ao e-SUS APS/PEC	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.2.3	Garantir a realização de reuniões de equipe e planejamento local mensais em 100% das UBS	Percentual de equipes que realizam reuniões mensais	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.2.4	Adquirir equipamentos permanentes para os serviços de média e alta complexidade	Garantir a aquisição dos equipamentos necessários	100,00	2024	Percentual	6	Número	6	6	6	6

**OBJETIVO Nº 1.3 - Promover ações de prevenção, imunização e promoção da saúde**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
1.3.1	Alcançar e manter cobertura vacinal mínima de 95% para todas as vacinas do calendário básico infantil (BCG; Hepatite B; Febre Amarela; VIP; Pneumo 10; Meningo C; Rotavirus; Penta; Hepatite A Infantil; DTP - 1º Reforço; Tríplice Viral – 1ª Dose; Tríplice Viral – 2ª Dose; Pneumo 10 – 1º Reforço; VIP – Reforço; Varicela; Meningocócica Conjugada – 1º Reforço)	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	95,00	2024	Percentual	16	Número	16	16	16	16
1.3.2	Garantir vacinação anual contra influenza para pelo menos 90% dos grupos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde	Percentual de pessoas vacinadas dos grupos prioritários	67,78	2024	Percentual	90,00	Percentual	70,00	80,00	90,00	90,00
1.3.3	Realizar campanhas de vacinação extramuros em todas as áreas do município, no mínimo duas vezes por ano	Campanhas extramuros realizadas	2	2024	Número	2	Número	2	2	2	2
1.3.4	Realizar campanha de vacinação nas escolas e creches municipais, estaduais e privadas	Número de escolas com campanhas realizadas	-	-	-	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.5	Regulamentar o Programa Municipal de Vacinação em Escolas Públicas	Criação de Lei e/ou Decreto Municipal, conforme Lei 14.886/2024	0	2024	Número	1	Número	1	-	-	-
1.3.6	80% das salas de vacinas ativas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES informando mensalmente dados de vacinação	Proporção de salas de vacinas ativas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES informando mensalmente dados de vacinação	100,00	2024	Proporção	80,00	Proporção	80,00	80,00	80,00	80,00

1.3.7	Desenvolver ações contínuas de promoção da saúde nas escolas, alcançando 100% das escolas públicas do município por meio do Programa Saúde na Escola	Percentual de escolas com ações realizadas	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.8	Realizar atividades coletivas de educação em saúde nas comunidades (alimentação saudável, atividade física, saúde mental, prevenção de doenças crônicas), com no mínimo 4 ações por UBS por ano	Ações realizadas por Unidade de Saúde da Família	24	2024	Número	24	Número	24	24	24	24

**DIRETRIZ Nº 2 - Atenção Especializada: cuidado de Média e Alta Complexidade**

**OBJETIVO Nº 2.1 - Garantir acesso oportuno e resolutivo aos serviços de média e alta complexidade**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
2.1.1	Garantir e ampliar o número de médicos especialistas no Centro de Especialidades Médicas Aurélia Alves.	Número de especialidades que atendem no CEM	18	2024	Número	20	Número	18	18	19	20
2.1.2	Contratar empresa para realização de exames de média e alta complexidade (laboratoriais e de imagem)	Contratação de Empresa Terceirizada	3	2024	Número	3	Número	3	3	3	3
2.1.3	Garantir o Funcionamento do Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	Funcionamento do Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	1	2024	Número	1	Número	1	1	1	1
2.1.4	Garantir o funcionamento do Centro Municipal de Telemedicina e Saúde Digital	Funcionamento do Centro de Telemedicina e Saúde Digital	1	2025	Número	1	Número	1	1	1	1
2.1.5	Realizar Reforma da Estrutura Física do Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	Reforma da Estrutura Física	1	2024	Número	1	Número	-	1	-	-
2.1.6	Assegurar transporte sanitário eletivo para os pacientes encaminhados para tratamento fora do domicílio (TFD) conforme critérios estabelecidos	Percentual de pacientes assistidos pelo Programa TFD	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.7	Manter a locação de imóveis em Recife e Petrolina para Casa de Apoio para pacientes em TFD	Contratação de Imóvel	2	-	Número	2	Número	2	2	2	2
2.1.8	Fortalecer o Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), assegurando acesso dos usuários aos serviços de referência	Percentual de pacientes encaminhados e cadastrados	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

2.1.9	Adquirir equipamentos permanentes para os serviços de média e alta complexidade	Garantia da compra dos equipamentos necessários	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
-------	---	---	--------	------	------------	--------	------------	--------	--------	--------	--------

**DIRETRIZ Nº 3 - Vigilância em Saúde e Ambiente: ações estratégicas para um cuidado intersetorial**

**OBJETIVO Nº 3.1 - Qualificar as Ações de Vigilância em Saúde**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
3.1.1	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência	100,00	2024	Proporção	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
3.1.2	90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência	100,00	2024	Proporção	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
3.1.3	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante	Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro)	100,00	2024	Percentual	75,00	Percentual	75,00	75,00	75,00	75,00
3.1.4	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 dias, a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	100,00	2024	Proporção	80,00	Percentual	80,00	80,00	80,00	80,00
3.1.5	75% dos óbitos suspeitos de dengue e chikungunya encerrados em até 60 dias	Proporção de óbitos suspeitos de dengue e chikungunya encerrados em até 60 dias após a data de notificação	-	-	-	75,00	Percentual	75,00	75,00	75,00	75,00
3.1.6	82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100,00	2024	Proporção	82,00	Proporção	82,00	82,00	82,00	82,00

3.1.7	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	-	-	-	70,00	Proporção	70,00	70,00	70,00	70,00
3.1.8	Reduzir o percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.9	Reduzir o número de óbitos precoces pela AIDS na população residente	Número de óbitos precoces pela AIDS	0	2024	Número	0	Número	0	0	0	0
3.1.10	Alcançar 90% das notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena com o campo Ocupação e Atividade Econômica preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), respectivamente	Proporção de preenchimento dos campos Ocupação e Atividade Econômica (CNAE) nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena segundo município de notificação	88,00	2024	Proporção	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
3.1.11	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	97,00	2024	Proporção	95,00	Proporção	95,00	95,00	95,00	95,00
3.1.12	Implantar e/ou fortalecer sala de situação em saúde com monitoramento periódico de indicadores epidemiológicos e ambientais, com pelo menos 01 boletim informativo divulgado por semestre	Número de boletim informativo divulgado por semestre	-	-	-	2	Número	2	2	2	2

3.1.13	Realizar ações intersetoriais anuais de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais em 100% das escolas públicas municipais	Ações realizadas nas escolas	-	-	-	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.14	Inspeccionar anualmente 90% dos estabelecimentos cadastrados na Vigilância Sanitária do município	Percentual de estabelecimentos classificados como de alto risco sanitário cadastrados inspecionados	-	-	-	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
3.1.15	Realizar a Inspeção Sanitária da Operação Carro-Pipa	Percentual de inspeções realizadas	-	-	-	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 4 - Assistência Farmacêutica: ações para garantia do acesso a medicamentos de qualidade e promoção do seu uso racional**

**OBJETIVO Nº 4.1** - Garantir o acesso oportuno, contínuo e equitativo a medicamentos seguros e eficazes, promovendo seu uso racional e qualificando a gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS municipal

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
4.1.1	Garantir a disponibilidade contínua dos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	Percentual de itens da REMUME disponíveis nas farmácias das unidades de saúde	-	-	-	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
4.1.2	Realizar, no mínimo, 02 ações educativas anuais sobre uso racional de medicamentos para profissionais de saúde e população	Número de ações educativas realizadas por ano	-	-	-	2	Número	2	2	2	2
4.1.3	Garantir o sistema informatizado de controle de estoque e dispensação em 100% das unidades de saúde	Percentual de unidades com sistema informatizado implantado e em funcionamento	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
4.1.4	Garantir abastecimento ≥ 95% dos medicamentos dos programas prioritários	Percentual de disponibilidade dos medicamentos estratégicos	-	-	-	95,00	Percentual	95,00	95,00	95,00	95,00
4.1.5	Adquirir e distribuir material penso e médico hospitalar para os serviços de saúde	Aquisição e Distribuição de Material Penso e Médico Hospitalar	100,00	2024	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 5 - Gestão, Financiamento e Controle Social na Saúde: uma garantia para manutenção e ampliação da política pública de saúde**

**OBJETIVO Nº 5.1 - Qualificar ações do Planejamento em Gestão e Financiamento do SUS**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
5.1.1	Realizar Concurso Público para provimento de cargos efetivos	Realização de Concurso Público	1	2019	Número	1	Número	-	-	1	-
5.1.2	Captar e executar recursos de emendas parlamentares aos serviços da APS, conforme teto regulamentado pelo Ministério da Saúde	Limite do Teto PAP	-	-	-	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.3	Captar e executar recursos de emendas parlamentares aos serviços da MAC, conforme teto regulamentado pelo Ministério da Saúde	Valor do Teto MAC	-	-	-	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.4	Melhorar a eficiência do gasto público em saúde, com monitoramento anual dos custos e resultados assistenciais	Monitoramento Quadrimestral	-	-	-	1	Número	1	1	1	1
5.1.5	Garantir regularidade nos repasses financeiros às unidades e serviços de saúde municipais	Regularidade nos repasses financeiros às unidades e serviços de saúde municipais	-	-	-	1	Número	1	1	1	1

**OBJETIVO Nº 5.2 - Fortalecer o controle social e a participação popular na gestão do SUS**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
5.2.1	Garantir o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde, com no mínimo 12 reuniões ordinárias por ano	Número de reuniões ordinárias realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde	6	2024	Número	12	Número	12	12	12	12
5.2.2	Assegurar suporte técnico, administrativo e financeiro ao Conselho Municipal de Saúde durante todo o período do plano	Relatórios do Conselho Municipal de Saúde	1	2024	Número	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.2.3	Realizar Conferência Municipal de Saúde conforme calendário nacional	Número de Conferência Municipal realizada	100,00	2025	Percentual	2	Número	-	1	-	1
5.2.4	Ampliar os mecanismos de transparência e participação social, divulgando relatórios e ações da saúde à população	Ampliar os mecanismos de transparência e participação social, divulgando relatórios e ações da saúde à população	1	2024	Número	1	Número	1	1	1	1



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**SANTA CRUZ**  
PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE  
**SAÚDE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RUA PRAÇA JAIR GALINDO, S/N, CENTRO, SANTA CRUZ - PE  
E-MAIL: SAUDE@SANTACRUZ.PE.GOV.BR