



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PARAÍSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

Paraíso do Sul, 02 de Abril de 2025.

Administração

2026-2029

Prefeito Municipal

Claiton Cléo Muller

Vice prefeito

João Ricardo da Rosa

Secretário Municipal de Saúde

Roberto Leopoldo Schorn

Coordenadora Atenção Primária à Saúde

Maiara de Moraes Maier

Assessora em Saúde

Luisa da Rosa

Endereço

Avenida Afonso Pena, 105

Bairro Centro

CEP 96530-000

E-mail: saude@paraisodosul.rs.gov.br

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito social da população e atribui à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a responsabilidade compartilhada de legislar e atuar na proteção e defesa da saúde. A Lei nº 8.080, de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 2011, estabelece diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo seu planejamento, assistência e articulação interfederativa, adotando um modelo regionalizado e hierarquizado.

No âmbito do SUS, o planejamento se configura como um instrumento estratégico e contínuo de gestão, essencial para garantir que os diferentes níveis de governo (federal, estadual, distrital e municipal) cumpram os princípios e diretrizes do sistema. O Plano Municipal de Saúde (PMS) desempenha um papel crucial na definição e execução das políticas e programas de saúde no município, estabelecendo prioridades, metas e indicadores para um período de quatro anos, orientando a organização do SUS local.

Com o fortalecimento da democracia e a consolidação do SUS, o PMS 2026-2029 tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde de forma eficiente e oportuna, promovendo melhorias sanitárias e assegurando o respeito aos princípios do SUS.

Com base na Constituição Federal, que garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a gestão municipal busca concretizar a efetivação do SUS no âmbito local, garantindo serviços pautados na universalidade, integralidade e equidade, por meio de políticas públicas construídas com a participação da comunidade.

A implementação de políticas públicas de saúde enfrenta desafios constantes, especialmente na manutenção dos princípios fundamentais do SUS. Nesse contexto, é fundamental reavaliar o modelo assistencial, priorizando a atenção básica, a prevenção, a qualificação das equipes de saúde, a valorização dos agentes comunitários e da Estratégia Saúde da Família (ESF), além do fortalecimento da vigilância em saúde. Para isso, torna-se indispensável investir nas unidades básicas, estruturar uma rede de assistência eficiente e promover um atendimento humanizado, equitativo e acessível à população.

Pensar em promoção da saúde de forma abrangente implica adotar uma abordagem intersetorial, considerando aspectos fundamentais como saneamento básico, moradia, educação, transporte, lazer, respeito ao meio ambiente, controle da poluição e universalização do acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde pretende ser um instrumento de gestão para a Secretaria Municipal de Saúde, consolidando a administração do SUS no município e incentivando a participação ativa da comunidade nesse processo de construção coletiva, flexível e adaptável às necessidades epidemiológicas locais.

O planejamento do SUS deve ser construído de forma participativa, progressiva e intersetorial, especificamente como uma ferramenta estratégica de gestão. Isso permite o acompanhamento e a avaliação das ações e serviços públicos de saúde, alinhando as demandas da política de saúde à disponibilidade de recursos. Seu sucesso depende da colaboração integrada, acordada e transparente entre gestores, profissionais de saúde, conselheiros e a população, evoluindo para um SUS mais equitativo, resolutivo e com qualidade.

O plano municipal de saúde será realizado de forma ascendente e integrada, desde o nível municipal até o federal, considerando as deliberações dos Conselhos de Saúde e compatibilizando as políticas públicas com os recursos disponíveis. A construção deste plano teve como objetivo apresentar um documento claro e viável, com metas executáveis.

Assim, apresentamos o Plano Municipal de Saúde 2025-2029, que servirá como referência para as ações de saúde no período, detalhando objetivos, iniciativas, metas e estratégias a serem alcançados nos próximos quatro anos. Esse documento se configura como uma ferramenta essencial para a gestão, o controle social e a participação da sociedade civil na formulação da política de saúde municipal, contribuindo para o fortalecimento do SUS e a consolidação de seus princípios na estruturação das diretrizes legais.

Objetivos

Objetivo Geral

- Estabelecer a política municipal de saúde do Município de Paraíso do Sul, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a participação ativa da comunidade e das equipes de saúde na formulação de programas e estratégias. Tais medidas devem visar à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, da infraestrutura disponível e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população local. Para tanto, pretende-se desenvolver um plano exequível, fundamentado em metas e indicadores mensuráveis, que possibilitem sua efetiva implementação em benefício dos munícipes.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar a situação atual da saúde no município por meio da análise criteriosa dos parâmetros e indicadores vigentes.
- Adotar o Plano Municipal de Saúde como instrumento norteador das ações e políticas voltadas ao setor.
- Adequar os serviços de atendimento às demandas da população, por meio de um estudo conjunto realizado pelas equipes de saúde e pelo secretariado.
- Manter e fomentar ações de prevenção e promoção da saúde, com ênfase em atividades educativas nas escolas e comunidades.
- Assegurar atenção integral à saúde da população em todas as fases da vida, com especial atenção a segmentos específicos, incentivando o envelhecimento ativo e saudável.
- Adquirir equipamentos conforme a necessidade identificada, garantindo, ainda, a devida manutenção dos já existentes, de modo a preservar a qualidade dos serviços prestados e aprimorar o atendimento aos pacientes.

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Histórico

O município de Paraíso do Sul teve o início de sua colonização por volta de 1857, com a chegada de imigrantes alemães, vindos da Pomerânia Oriental.

A criação da colônia Santo Ângelo, atuais municípios de Agudo, Paraíso do Sul, parte de Dona Francisca e Cachoeira do Sul, foi organizada pelo governo da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul.

A fundação desta colônia foi decretada pela Lei Provincial de 30 de novembro de 1855, mas o seu povoamento só pôde ser iniciado em 1857.

Os primeiros imigrantes, que aqui se instalaram, vieram num navio a vapor. Até chegarem ao seu destino enfrentaram situações perigosas, desconforto, acidentes e privações; foram obrigados a descer à força do vapor fluvial D. Pedro, depois de terem sido enganados, pois se lhes afirmava que receberiam todo material e equipamentos necessários para começar a vida na nova terra e, no entanto, ao chegarem a Cerro Chato o vapor encostou-se ao passo para os colonos desembarcarem houve resistência por parte dos colonos e então a tripulação obrigou-os a sair à força. Quase loucos de terror, vendo-se naquele deserto, esmagados pela brutalidade impiedosa da mata virgem, os colonos queriam voltar novamente para o vapor. Parece impossível que todos os imigrantes tenham sido enganados pela tripulação do navio; parece pouco provável também que todos tenham conseguido se alojar num galpão inacabado e pequeno.

Com a expansão da colônia de Santo Ângelo, o topógrafo alemão Barão Von Kahlden, responsável pela medição de terrenos devolutos e diretor da Colônia de Santo Ângelo, fixou residência na região em 1860, numa casa situada no alto de um platô, na Linha Patrícia, de onde se tinha uma visão de todo planalto na propriedade do Sr. Oswaldo Guilherme Ruff. E da bela paisagem que vislumbrou, exclamou a frase: "Das istwirklicheinParadies!". Desta forma desde a época da colonização o núcleo da área emancipada é conhecido como Paraíso, conforme o historiador Willian Werlang.

Os colonos que se dirigiam para Paraíso estavam fixados num galpão situado na Picada Morro Pelado e o pioneiro Carl Halberstadt teve que abrir caminho no meio da mata.

Em novembro de 1863, foi construído o terceiro galpão da Colônia Santo Ângelo para abrigar provisoriamente as novas levas de colonos provindos de Cachoeira, onde se localizava o monumento ao imigrante, às margens da estrada que dá acesso à Vila Paraíso. Este monumento é um dos mais importantes marcos históricos da imigração alemã na região.

Além dos alemães, vieram, a partir de 1880, os primeiros colonizadores italianos e se estabeleceram nas regiões campestre e serra. Estas etnias trabalharam juntas e proporcionaram a Paraíso do Sul o seu desenvolvimento econômico.

Em 1º de dezembro de 1923, o Decreto Municipal n.º 160, criou o 8º distrito de Cachoeira do Sul, constituindo os núcleos denominados Cortado e Paraíso.

Em 16 de janeiro de 1924, com o Decreto n.º 165, foram fixadas as divisas do 8º distrito e designou-se como núcleo denominado Paraíso.

De acordo com o Decreto Municipal n.º 4, de 10 de agosto de 1940, durante a ditadura, chamada Estado Novo, o nome de Paraíso foi substituído por Marupiara.

Em 7 de novembro de 1959, a Lei Municipal n.º 785, alterou o nome do distrito de Marupiara por Paraíso do Sul.

De acordo com a Lei Municipal n.º 1017 de 03 de dezembro de 1963, ficou alterada a divisão administrativa do município de Cachoeira do Sul, com a criação do distrito de Rincão da Porta, hoje a cidade de Paraíso do Sul, a partir de 1º de janeiro de 1964, desmembrando-se do distrito de Paraíso do Sul, hoje Vila Paraíso.

EMANCIPAÇÃO DE PARAÍSO DO SUL

A luta emancipacionista em Paraíso do Sul foi unitária. Iniciou-se com a convocação de uma Assembleia Geral para escolha da Comissão de Emancipação, sendo eleito para presidente o Sr. Aldo Rohde. Encaminhou-se, então, um pedido de autorização para a realização de consulta plebiscitária, através do processo n.º 6518/86-9, que foi aprovado através da Lei n.º 8.311, de 26 de junho de 1987. Pressionada por moradores e por ser contrária à emancipação, a administração de Cachoeira do Sul ingressou com um mandado de segurança contra ela e obteve liminar, sustando a realização do plebiscito marcado pelo TRE para o dia 20 de setembro de 1987.

Após uma série de reuniões e entendimentos, com a mudança dos limites, originalmente estabelecidos, houve a desistência do mandado de segurança, homologado pelo Tribunal de Justiça do RS. Por falta de prazo legal, o plebiscito não poderia ser executado na data inicialmente estabelecida pelo Tribunal Regional Eleitoral - TRE (dia 20/09/87), obrigando o TRE a fixar a nova data.

Marcado o plebiscito para o dia 24 de abril de 1988, o resultado revelou uma maciça votação a favor da emancipação.

Logo após o plebiscito, a Comissão Emancipacionista e a população foram surpreendidas com a entrada no Tribunal de Justiça de outro mandado de segurança, com a mesma argumentação daquele já retirado pelo Município de Cachoeira do Sul, anteriormente.

Em sua defesa, o Presidente da Comissão Emancipacionista, Dr. Aldo Rohde, cabalmente assessorado por experientes profissionais, contestou a ação, alegando ilegitimidade dos impetrantes, falta de objeto e intempestividade.

Restava ao Tribunal de Justiça a decisão de homologar a criação do Município de Paraíso do Sul, com sede na atual Vila Rincão da Porta.

Embora tenha havido manifestações a favor da adoção de um nome neutro em relação às duas sedes de distritos existentes e da manutenção do nome de Rincão da Porta, sede do futuro Município, a Comissão, em reunião do dia 18 de abril de 1986, deliberou, por unanimidade dos presentes, que o novo município a ser criado deverá chamar-se PARAÍSO DO SUL, conforme comunicação feita à Assembleia.

Legislativa em ofício do dia 23/04/86, com a possibilidade da atual Vila de Paraíso do Sul passar a denominar-se simplesmente Vila Paraíso.

Manteve, assim, o nome tradicional da região, com respeito aos entendimentos prévios havidos no início do movimento emancipacionista.

Pela Lei n.º 8.622, de 12 de maio de 1988 foi criado o município de Paraíso do Sul, constituído por áreas dos distritos de Rincão da Porta e de Paraíso do Sul, pertencentes ao município de Cachoeira do Sul.

CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DO MUNICÍPIO

Código do IBGE: 43.1402-7

Estado: Rio Grande do Sul

Microrregião: Santa Maria

Macrorregional de Saúde: Centro-Oeste

COREDE: Vale do Jacuí Centro

Área total: 341 km²

Altitude média: 66,399m

Longitude oeste: 53º 12

Latitude sul: 29º 44

Clima: Temperado

Ponto culminante: 601m

Densidade Demográfica: 19,25habitantes/ km²

Limites: NORTE: Agudo e Cerro Branco; SUL: Agudo e Restinga Seca;
LESTE: Cachoeira do Sul e Novo Cabrais e OESTE: Agudo.



FIGURA 1-Municípios que fazem limite com Paraíso do Sul

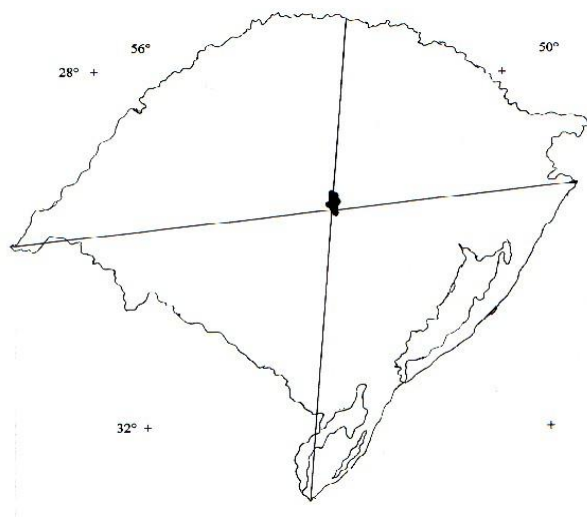


FIGURA 2- Localização do Município de Paraíso do Sul

QUADRO NATURAL DO MUNICÍPIO

Dentro dos 341km² de extensão encontram-se todas as formas de relevo e solo. A planície espalha-se desde a Vila Paraíso até as margens do rio Jacuí com várzeas de solos férteis.

O planalto meridional na região norte do município, que é a região serrana formada por inúmeros cerros e vales, onde uma cadeia de montanhas dá início a Serra Geral forma uma paisagem de rara beleza ainda cobertos com matas virgens.

Os principais cerros que rodeiam nosso município são: a oeste o Cerro da Figueira que descortina o contraste entre a imponência dos cerros e a imensidão das planuras que caracterizam o município, conhecido pelos antigos moradores de “Sonnenpicade”, o Cerro Cogumelo, Faixa Branca, Cerro da Cruz, o Pirâmide, Cerro do Vizinho, o Cerro da Cascata do Patrimônio, o Morro Solitário desgarrado da serra, e o Cerro do Cabrito ou Cortado.

Os dois pontos mais elevados de Paraíso do Sul, situam-se na região serrana, um na localidade de Travessão, com 609m de altitude, o segundo na Linha Patrimônio com 601m de altitude ao nível do mar.

O município é muito bem servido com inúmeras correntes fluviais. Como o rio Jacuí, que em larga extensão corta os municípios de Restinga Seca e Paraíso do Sul. Os arroios da Porta, Barriga, Contenda que nasce na localidade de Travessão e em sua extensão no Rodeio do Herval, forma a Cascata do Poço Verde a 18km de distância da sede do município, onde a natureza é exuberante e pródiga. Destaque tem o arroio Preguiça, que nasce no Cerro da Figueira, atravessa a Linha da Fonte, e é importante, porque nele foi construída a estação de captação e tratamento d a água da Prefeitura, que abastece a cidade com água potável.

O Açude das Garças em Mangueirinha, que ao entardecer acolhe milhares de garças para passar a noite, é um espetáculo que se repete há mais de 40 anos.

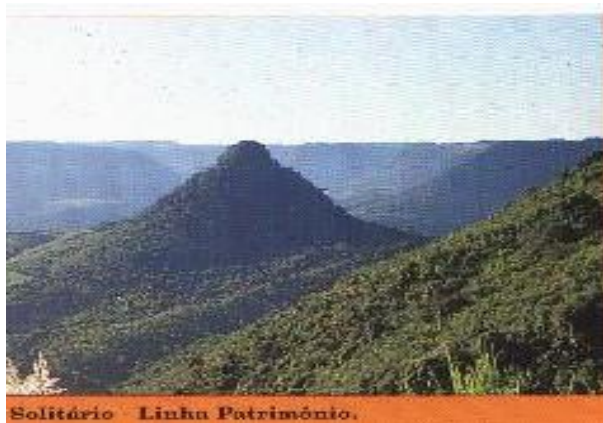


FIGURA 3- Morro Solitário

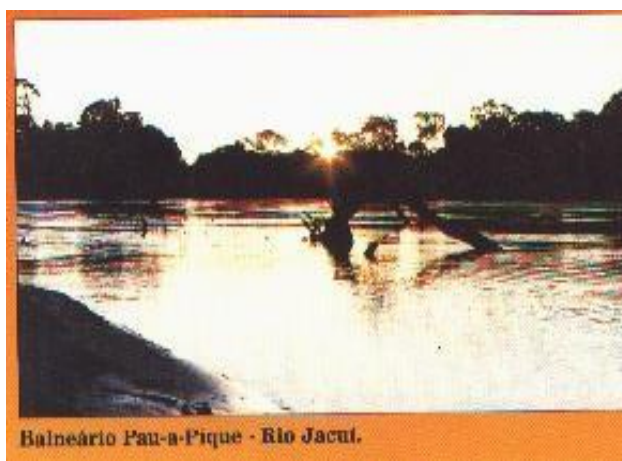


FIGURA 4- Balneário Pau-À-Pique



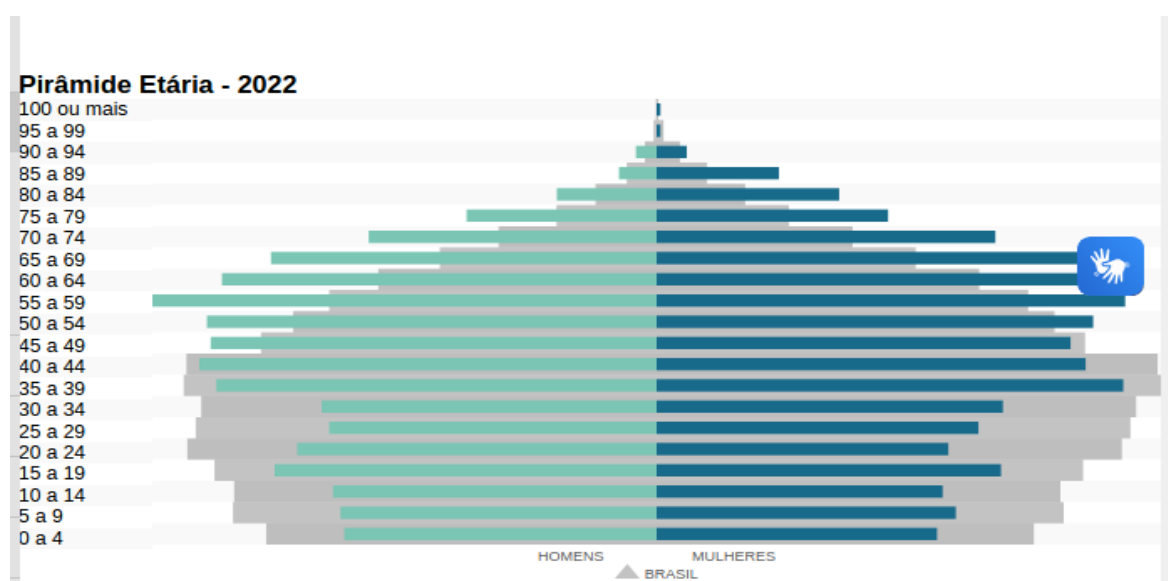
FIGURA 5- Cascata Poço Verde

POPULAÇÃO

O último censo populacional realizado em 2022, constou que a população era de 6.519 habitantes e a densidade demográfica era de 19,31 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 212 e 285 de 497. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 3784 e 3287 de 5570.

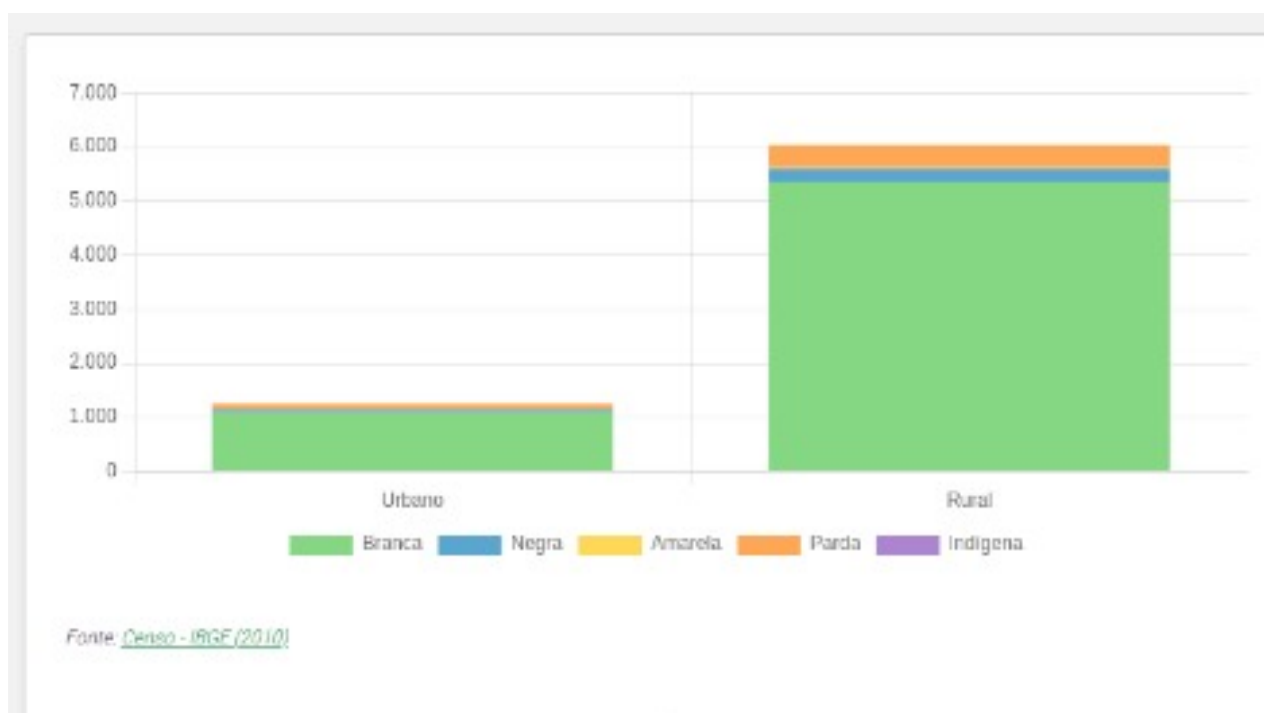
FAIXA ETÁRIA	HOMEM	MULHER	TOTAL
100 OU MAIS	-	2	2
95 A 99	-	2	2
90 A 94	11	16	27
85 A 89	20	65	85
80 A 84	53	97	150
75 A 79	101	123	224
70 A 74	153	180	333
65 A 69	205	224	429
60 A 64	231	233	464
55 A 59	268	249	517

50 A 54	239	232	471
45 A 49	237	220	459
40 A 44	243	228	471
35 A 39	234	248	482
30 A 34	178	184	362
25 A 29	174	171	345
20 A 24	191	155	346
15 A 19	203	183	386
10 A 14	172	152	328
05 A 09	168	159	327
0 A 04	166	149	315
TOTAL - 3247		TOTAL - 3272	TOTAL- 6525



O perfil social do município reflete a autodeclaração dos moradores das zonas urbanas e rurais quanto à sua identidade étnico-racial, abrangendo cinco categorias: branca, preta, parda, indígena e amarela (referindo-se a pessoas de ascendência ou origem asiática).

Ao lado, duas barras ilustram a distribuição das populações urbana e rural, utilizando cores para representar a quantidade de pessoas em cada uma das classificações de raça/cor estabelecidas pelo IBGE no último censo em 2010.



SANEAMENTO

Conforme dados do IBGE (2010) e FEEDADOS (2010), a população total residente em 2010 era de 7.336 pessoas. O número de domicílios particulares permanentes naquele ano somava 2.523. Na zona urbana, a população residente em domicílios particulares permanentes era de 1.047 pessoas, enquanto na zona rural esse número chegava a 1.476.

- O sistema de abastecimento de água é concedido pela Prefeitura Municipal e, conforme demonstrado, em 2010, dos 2.523 domicílios existentes, 1.575 residências particulares permanentes contavam com abastecimento de água por meio da rede geral.
- Dos domicílios particulares permanentes, 2.311 possuíam banheiro de uso exclusivo. Desses, 22 contavam com esgotamento sanitário ligado à rede geral de esgoto ou pluvial, 967 utilizavam fossa séptica e 1.203 tinham esgotamento sanitário por meio de fossa rudimentar.
- Quanto à destinação do lixo, 2.060 domicílios particulares permanentes contavam com serviço de coleta.

O Indicador de Saneamento e Meio Ambiente do Índice de Governança Municipal, referente à área urbana, mostra a evolução dos serviços para os domicílios particulares permanentes ao longo dos anos. Em 2017, o índice era de 2,66, reduzindo para 2,63 em 2018. Em 2019, houve um leve progresso, atingindo 2,64. No ano de 2020, o índice subiu para 2,69, mas em 2021 voltou a cair, chegando a 2,61.

-Educação

Paraíso do Sul faz parte da área de atuação da 24ª Coordenadoria Regional da Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul, que está situada no município de Cachoeira do Sul.

A Secretaria Municipal de Educação e Cultura administra oito escolas municipais em funcionamento, sendo seis de Ensino Fundamental (EMEF), uma de Educação Infantil (EMEI) e uma que abrange tanto a Educação Infantil quanto o Ensino Fundamental (EMEIF).

De acordo com os dados do Censo Escolar de 2023, a rede municipal conta com um total de 588 alunos, distribuídos da seguinte forma:

ENSINO FUNDAMENTAL: 367

- anos iniciais (1º ao 5º ano) = 230
- anos finais (6º ao 9º ano) = 137

EDUCAÇÃO INFANTIL: 221

- creche = 92
- pré escola = 129

São atendidos também 33 alunos no AEE – Atendimento Educacional Especializado.

Nº DE ALUNOS DA REDE MUNICIPAL (02/09/2024):

ESCOLAS MUNICIPAIS	TG alunos	Localidade
<i>ESCOLAS RURAIS</i>		
EMEF Carlos Altermann		Mangueirinha, S/N
EMEF Alfredo Schlesner - Centro Pedagógico Educacional Especializado		Contenda, S/N
EMEF Gaspar Barreto		Linha Astral, S/N
EMEF Prof Max Paulo Schlösser		Linha Travessão, S/N
EMEI Alfredo Link		Linha Contenda, S/N
<i>ESCOLAS URBANAS</i>		
EMEF Aldo Rohde		Boa Vista Norte, S/N
EMEF Profª Célia Milda Schlesner Schiefelbein		Boa Vista Sul, S/N
EMEIF Pastora Liane Boeck Schmitt		Avenida 1º de Janeiro, 742
TOTAL GERAL	588	

MEIO AMBIENTE

O Município de Paraíso do Sul conta hoje, dentre outras legislações com a Lei Municipal nº 992/2009 de 21 de julho de 2009 que dispõe sobre a Política do meio Ambiente do Município de Paraíso do Sul e que servirá de parâmetro para toda e qualquer tomada de decisão neste contexto.

Em set/2009 o Município de Paraíso do Sul enviou à Secretaria Estadual de Meio Ambiente, através do Sistema Integrado de Gestão Ambiental – SI-GA/SEMA – a legislação de que dispõe referente ao Meio Ambiente para que seja feita uma análise pelo departamento jurídico desta entidade para que se consiga a Qualificação do Município na Gestão Ambiental.

O Município ainda não dispõe de Plano Municipal de Meio Ambiente.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

-Indicador de Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica

Taxa de morbidade hospitalar 2022,2023,2024

Internações Hospitalares			
Internações por Capítulo CID-10	2022	2023	2024
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18	11	5
Capítulo II Neoplasias [tumores]	2	-	-
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	-	1	-
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	41	28	19
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	-	-	1
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	-	-	-
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	111	114	98
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	122	116	94
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	41	49	56
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	-
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conj.	2	6	-
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	34	53	44
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	-	1	-
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	-	-	-
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	-	-	-
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	12	25	12

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/> Jan a Dez -2022/2023/2024

Indicador de taxa mortalidade por doença /capítulo CID10.

Taxa de mortalidade	2022	2023	2024
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	2	-
Capítulo II Neoplasias [tumores]	13	20	8
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	-	-	-
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12	2	3
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	-	5	3
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	-	-	-
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	42	24	10
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	6	7	5
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	2	2	2
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	-	-
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	-	-	-
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	-	-	-
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	-	-	-
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	19	8	4
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	-	-	-
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	-	-	-

Fonte:- <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento> Jan a Dez -2022-2023-2024

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EXAMES E CONSULTAS

EXAME	ANO/MÊS	QUANTIDADE
Tomografia	setembro	12
	outubro	08
	novembro	09
	Dezembro	10
	Janeiro	17
	Fevereiro	14
Densitometria	Novembro	02
Ressonancia	2022	02
	2023	03
	2024	30
Endoscopia	2021	00
	2022	15
	2023	24
	2024	33
Colono	2023	06
	2024	25
Cateterismo	2018	01
	2019	02
	2020	04
	2021	03
	2022	05
	2023	04
	2024	04
Angioplastia		01
Processamento auditivo		17

Testes vestibulares		02
Vecto		02
Audiometria		04
Polissonografia		05
outros		17
ESPECIALIDADES		QUANTIDADE
CARDIO		26
BARIÁTRICA		01
CABEÇA E PESCOÇO		03
APARELHO DIGESTIVO		01
CIRURGIA GERAL ADULTO		02
CIRURGIA PEDIÁTRICA		06
CIRURGIA PLÁSTICA ADULTO		05
CIRURGIA PLÁSTICA PED		03
CIRURGIA VASCULAR		28
DERMATO		27
ENDOCRINO PED		01
GASTRO		03
GINECO CIRURGIA		07
GINECO INC. URINÁRIA		05
GINECO LAQUEADURA		01
MASTOLOGIA		03
IMUNO		01
INFECTO		01
NEFRO		02
NEUROCIRURGIA		06
NEUROCIRURGIA COLUNA		19

TUNEL DO CARPO		01
NEUROLOGIA		05
NEURO DEMÊNCIA		03
NEURO PARKINSON		01
NEURO PEDIÁTRICO		13
OFTALMO		121
ONCO		01
ORTOPEDIA		01
COLUNA		41
JOELHO		61
MÃO		01
OMBRO		04
PEDIÁTRICA		01
QUADRIL		04
OTORRINO		29
PRÉ NATAL		01
PROCTO		10
REABILITAÇÃO AUDITIVA		34
REABILITAÇÃO INTELECTUAL		03
PSIQUIATRIA ADULTO		11
PSIQUIATRIA PED		07
CLÍNICA DA DOR		07
UROLOGIA		10

Fonte: dados da regulação da SMS.

4.8 INDICADORES DO MUNICÍPIO

		Ano	2021	2022	2023	2024
Indicadores	Tipo	Unidade	Valor	Valor	Valor	Valor

Indicador 1: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U	Taxa/100000h ab.(≥1000 00hab.) / Absoluto(<100 000 hab.)	23	17	20	17
Indicador 2: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	E	%	-	-	-	-
Indicador 3: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	%	94,44 %	82,41 %	90,00 %	90,12 %
Indicador 4: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral - com cobertura vacinal preconizada.	U	%	100%	25%	-	-
Indicador 5: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	U	%	-	-	-	-
Indicador 6: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	%	-	-	-	-
Indicador 7: Número de casos autóctones de malária - NÃO PACTUADO	-	Absoluto	-	-	-	-
Indicador 8: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	U	Absoluto	-	-	-	-
Indicador 9: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	U	Absoluto	-	-	-	-
Indicador 10: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	U	%	46,99 %	95,00 %	-	-
Indicador 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	U	Razão	0,23	0,44	0,19	0,25
Indicador 12: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	U	Razão	0,27	0,32	0,25	0,26
Indicador 13: Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	U	%	42,25 %	38,46 %	43,14	49,12
Indicador 14: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	U	%	9,86%	11,54 %	9,80%	10,53 %
Indicador 15: Taxa de mortalidade infantil	U	Taxa/1000hab.	-	19,23	19,61	17,54
Indicador 16: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	Taxa/100000h ab.	-	-	-	-
Indicador 17: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U	%	-	-	-	-

Indicador 18: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	U	%	60,45 %	73,98 %	66,81 %	77,28 %
Indicador 19: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	U	%	22,63 %	-	-	-
Indicador 20: Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	U	%	100%	66,67 %	50,00 %	50,00 %
Indicador 21: Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	E	%	-	-	-	-
Indicador 22: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial de dengue	U	Absoluto	0	0	0	0
Indicador 23: Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	U	%	0,00%	100,00 %	93,10 %	97,62 %
Indicador RS 1: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	U	%	0,00%	-	-	-
Indicador RS 2: Proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas	U	%	47,06 %	-	-	-
Indicador RS 3: Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho Investigados	U	%	-	-	-	-
Indicador RS 4: Taxa de Notificação de Agravos (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho	U	Taxa/10.000hab	7,31	58,29	55,31	67,82
Indicador 51: Número absoluto de óbitos por dengue	-	-	-	-	--	-

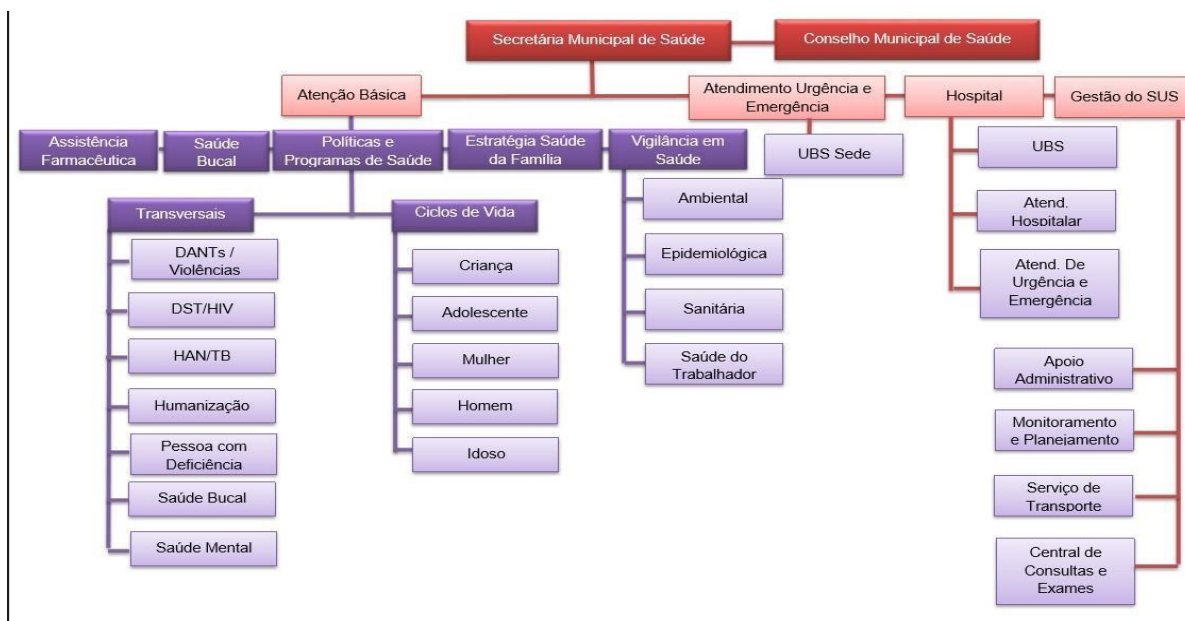
Fonte:<http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde foi criada pela Lei Municipal nº 002/89 de 20 de janeiro de 1989, que dispunha sobre a estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Paraíso do Sul e dava outras providências. Ao longo dos anos sua denominação foi sofrendo alterações e em 26 de novembro de 1991, através da Lei Municipal nº 093/1991 ela passou a chamar-se Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social. Já em 17 de dezembro de 2002, através da Lei Municipal nº 625/2002 sua denominação passou para Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social. Em 14 de janeiro de 2008 sofre nova alteração, e com a Lei Municipal nº 873/2008 passa à Secretaria Municipal de Assistência Social. E finalmente em 30 de janeiro de 2009 a Lei Municipal nº 934/2009 transforma o Departamento de Assistência Social em Secretaria Municipal, e a Secretaria de Saúde passa a denominar-se somente Secretaria Municipal de Saúde.

Abaixo, está o organograma da Secretária Municipal de Saúde.



A Secretaria Municipal de Saúde tem seu funcionamento junto à sede do Município, com o prédio localizado na Avenida Afonso Pena, nº 105. Tem seu quadro funcional assim distribuído:

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	REGIME JURÍDICO
AGENTE ADMINISTRATIVO	03	ESTATUTÁRIO
AGENTE ADMINISTRATIVO AUXILIAR	02	ESTATUTÁRIO
MOTORISTAS	10	ESTATUTÁRIO
SECRETÁRIO	01	CONTRATO
SERVENTE	02	ESTATUTÁRIO
ASSESSOR DE SECRETÁRIO	03	CONTRATO
AGENTE DE ENDEMIAS	01	ESTATUTÁRIO
FISCAL SANITÁRIO	01	ESTATUTÁRIO
FISIOTERAPEUTA	02	1 ESTATUTÁRIO E 1 CONVÊNIO
NUTRICIONISTA	02	1 ESTATUTÁRIO E 1 CONVÊNIO
PSICOLOGO	02	1 ESTATUTÁRIO E 1 CONVÊNIO
FARMACÊUTICO	02	CONVÊNIO
ESTAGIÁRIO DE FARMÁCIA	01	CIEE
DENTISTA	02	ESTATUTÁRIO
AUX SAÚDE BUCAL	01	ESTATUTÁRIO

Já os serviços de saúde seu funcionamento junto à Secretaria Municipal de Saúde, na UBS Sede, na sede do Município, e na UBS Vila Paraíso, localizada juntamente com o Hospital Paraíso, com o seguinte quadro de funcionários:

Categoria Profissional	Quantidade	Regime Jurídico
Agentes Comunitários de Saúde	05	Estatutário
Auxiliar de Enfermagem (cargo em extinção)	01	Estatutário
Auxiliar de Serviços Gerais	01	Celetista
Dentista	02	Estatutário
Enfermeira	03	Estatutário
Enfermeira ESF	01	Estatutário
Farmacêutica	02	Estatutário
Fisioterapeuta	01	Estatutário
Fonoaudiólogo	01	Estatutário
Médico	04	Contrato
Médico	01	Programa Mais Médicos
Psicólogo	01	Estatutário
Técnica de Enfermagem	05	Estatutário
Técnica de Enfermagem	01	Contrato

SOCIEDADE ASSISTENCIAL E BENEFICENTE – HOSPITAL PARAÍSO

O Hospital é filantrópico, conta com 30 leitos, possui atendimento de Urgência e Emergência, internação hospitalar de baixa e média complexidade (particular e SUS), realiza pequenas cirurgias, cauterizações. O hospital é referência em atendimento de Urgência e Emergência para o município nos horários que compreendem de segunda a sextas feiras das 19 horas às 07:00 horas da manhã, e finais de semana e feriados. A referência para alto complexidade é o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) .

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Esta é uma conquista do povo brasileiro (Art. 196 da Constituição Federal). Toda a conquista é, entretanto, resultado de um processo iniciado pelos movimentos populares da sociedade civil, na luta pela participação no poder público e exercício pleno da cidadania. Assim, o Sistema Único de Saúde – SUS -, estabelecido na Constituição Federal de 1998, é a forma de organização dos serviços e ações de saúde. Com ele, também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz a ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Desta forma, o SUS, regulamentado em todo o território nacional através da Lei 8080/90, contemplou três diretrizes fundamentais: descentralização política e administrativa, atendimento integral e participação da comunidade, esta disciplinada na Lei 8142/90, que instituiu os Conselhos e Conferências de Saúde, como instâncias do sistema.

Como objetivo principal, a atuação do Conselho Municipal de Saúde visa a melhoria das condições de saúde da população, nos aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso o conselho deve: planejar, gerir e fiscalizar a alocação dos recursos aplicados no setor de saúde e a nível municipal; organizar os serviços de saúde locais, capacitando-os a responder a demanda assistencial local, com eficiência e efetividade, garantindo a universalização da assistência à saúde; fiscalizar os órgãos públicos de prestação de serviços de saúde no sentido de que proporcionem uma atenção integral á sua saúde e um desempenho com resolutividade satisfatória; integrar os esforços de entidades afins com o intuito de evitar a diluição de recursos e trabalho na área de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e de usuários, que atuam na formação e proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Paraíso do Sul foi criado pela Lei Municipal nº 231/94 de 22/03/1994 e atualizados pelas Leis Municipais 964/2009. É composto hoje por doze membros e seus respectivos suplentes, distribuídos entre a representação de entidades de usuários (50%), entidades de trabalhadores da saúde (25%) e representantes do governo (25%), conforme estabelecido pelo seu Regimento Interno.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 436/98 de 27 de outubro de 1998 (em anexo) onde institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) funciona como uma unidade orçamentária dentro do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); possui conta própria onde mensalmente é repassado o percentual destinado, ou seja, 15% dos recursos próprios.

Os gastos são empenhados em rubricas específicas do Fundo Municipal de Saúde onde todos os gastos são analisados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde. O Fundo Municipal de Saúde possui CNPJ próprio 12.991.728/0001-01.

PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS

NOVO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

As **Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS)** são a base do cuidado em saúde no Brasil, sendo responsáveis por garantir o acesso da população aos serviços do SUS de forma resolutiva, contínua e humanizada. Essas equipes atuam nos territórios, promovendo ações de prevenção, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com foco na integralidade e na coordenação do cuidado.

Tradicionalmente organizadas por meio da **Estratégia Saúde da Família (ESF)**, essas equipes são compostas por profissionais como médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser ampliadas com o apoio de equipes multiprofissionais e outros programas estratégicos.

Novo Modelo de Financiamento da APS (2024)

A partir de abril de 2024, o **Ministério da Saúde instituiu um novo modelo de cofinanciamento federal da Atenção Primária**, por meio da **Portaria GM/MS nº 3.493/2024**, substituindo o antigo programa Previne Brasil. Essa mudança visa corrigir distorções, fortalecer a Estratégia Saúde da Família e garantir maior equidade no repasse de recursos aos municípios.

O novo modelo tem como princípios a **universalidade, equidade, resolutividade** e a **valorização da qualidade do cuidado**, com repasses estruturados em diferentes componentes:

Principais Eixos do Novo Cofinanciamento

1. Componente Fixo

Garante recursos para a **manutenção das equipes de APS**, considerando a tipologia do município (urbano, rural, remoto) e o número de equipes implantadas. Valoriza especialmente as **Equipes de Saúde da Família**, com repasses maiores para municípios que investem nesse modelo.

2. Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial

Reflete o compromisso das equipes com a população do território. O financiamento considera a **população cadastrada e efetivamente acompanhada**, estimulando o vínculo longitudinal, visitas domiciliares, monitoramento de condições crônicas e atuação intersetorial. Este componente reforça o papel dos Agentes Comunitários de Saúde e da territorialização do cuidado.

3. Componente de Qualidade

Introduz a lógica da **melhoria contínua dos serviços**, com base em **indicadores de desempenho**, como:

- Acompanhamento do pré-natal;
- Cobertura vacinal infantil;
- Controle da hipertensão e diabetes;

- Realização de exames preventivos;
- Organização dos processos de trabalho nas unidades;
- Uso de prontuário eletrônico e práticas de telessaúde.

A avaliação não se limita apenas à produção, mas também considera aspectos como infraestrutura, gestão, acolhimento e continuidade do cuidado.

4. **Componente Variável por Programas Estratégicos**

Mantém incentivos específicos para ações como saúde bucal, consultórios na rua, saúde indígena, equipes ribeirinhas, saúde prisional, unidades fluviais, informatização da APS, entre outros. Esses programas seguem critérios próprios, mas estão integrados à lógica geral do novo financiamento.

Importância do Cadastro e da Qualidade

O **cadastro nominal da população** volta a ser um critério essencial, mas agora **combinado com o acompanhamento real das pessoas**. Isso evita distorções e garante que os recursos federais cheguem onde há cuidado de fato, e não apenas registro formal.

Além disso, o **monitoramento por indicadores de qualidade** permite ao Ministério da Saúde identificar boas práticas, apoiar municípios em dificuldades e estimular a adoção de estratégias mais eficientes, promovendo justiça social e melhor uso dos recursos públicos.

ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica é considerada a porta de entrada da saúde da população, é através dela que ocorre o primeiro contato do paciente com a rede de saúde. Conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a definição de atenção básica se dá da seguinte maneira:

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, redução de danos e a manutenção da saúde com 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.

A Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica em Saúde, perfazem o mesmo significado e tem como eixos estruturantes a Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e a Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A Atenção Primária à Saúde e a Atenção Básica em Saúde são estratégias de organização dos serviços de saúde, aos quais realiza serviços preventivos, curativos,

reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema, lidando com o contexto de vida, influenciando as respostas das pessoas com seus problemas de saúde, ou seja, tem sido reconhecida como um dos componentes-chaves de um sistema de saúde eficaz. (CONASS, 2007)

Existem diversas razões para adotar a Atenção Primária a Saúde, incluindo o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução das equipes para enfrentá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da Atenção Primária a Saúde; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que se pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; e um crescente reconhecimento da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde. (PAN AMER-CAN HEALTH ORGANIZATION, 2005)

Cabe ao Departamento de Ações Básicas e Assistência a Saúde os seguintes atributos essenciais e derivados:

- A Unidade de Saúde como primeiro contato;
- Acessibilidade na atenção básica em saúde;
- Conhecimento do paciente e seu meio;
- Extensão e força da relação com os pacientes;
- Atividades preventivas;
- Espectro dos problemas;
- Reconhecimento e manejo dos problemas;
- Referência com corresponsabilidade;
- Dar mecanismos da continuidade (fonte habitual de atendimento);
- Disponibilidade das informações dos problemas e ações realizadas;
- Reconhecimento das informações disponíveis;
- Reconhecimento de consultas para encaminhamento e consultoria (ocorrência e resultados);
- Adequada troca de informações nos casos de referência e contra referência;
- Conhecimento dos membros da família;
- Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família;
- Atenção a necessidades especiais associadas às características culturais;
- Serviços especiais para atender necessidades culturais;
- Diagnóstico das necessidades de saúde da comunidade;
- Participação nas atividades comunitárias

A atenção primária do Município de Paraíso do Sul- RS está organizada em duas Unidades Básicas de Saúde, uma na Sede e outra na Vila Paraíso, sendo que a unidade de saúde da Sede conta com duas Equipes de Atenção Primárias (EAPs) 30h e uma Equipe de Estratégia da Saúde da Família. Já a unidade da Vila Paraíso conta com uma EAP 30h.

Além das equipes supracitadas, o Município possui uma Equipe de Saúde Bucal, além de uma equipe Multidisciplinar, que conta com Psicólogo, uma Fisioterapeuta e Nutricionista.

Estratégia da Saúde da família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica (AB) no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), ao ampliar o processo de resolutividade e de impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. O que caracteriza e diferencia a Estratégia Saúde da Família (ESF) do modelo tradicional anteriormente usado é que nesta as equipes estabelecem vínculo com a população da área adstrita, estreitando as relações entre profissionais, usuários e comunidade, permitindo assim uma atenção de melhor qualidade.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco ao qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Equipes de Atenção Primária

As Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) representam a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Compostas por profissionais de diversas áreas, essas equipes atuam de forma contínua, próxima da comunidade, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde das pessoas ao longo de suas vidas.

A Atenção Primária é organizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que conta com equipes multiprofissionais formadas, em geral, por médico generalista ou da família, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Essas equipes são responsáveis por um território definido e por uma população específica, o que permite o acompanhamento longitudinal e personalizado dos usuários.

Além das equipes da ESF, existem também as Equipes de Atenção Primária (EAP) em modalidades mais flexíveis, que podem atender realidades diversas, como áreas urbanas densas, regiões de difícil acesso, populações indígenas, ribeirinhas ou em situação de rua. Em alguns casos, essas equipes são complementadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contam com profissionais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, fortalecendo o cuidado integral.

As principais atribuições das equipes de APS incluem:

- Acolhimento e escuta qualificada dos usuários;
- Realização de visitas domiciliares;
- Educação em saúde e ações de prevenção;

- Coordenação do cuidado e encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário;
- Monitoramento de condições crônicas, como diabetes e hipertensão;
- Atenção à saúde da criança, da mulher, do idoso, da população em situação de vulnerabilidade, entre outros.

O trabalho das equipes de APS é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e resolutivo. Ao fortalecer o vínculo com a comunidade e promover um cuidado contínuo e humanizado, elas contribuem significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira.

As Equipes de Atenção Primárias (EAPs) são diferentes dos ESFs, sendo que sua composição mínima é de um médico e um enfermeiro, com CH de 20 ou 30 horas semanais.

Atualmente, o Município possui três EAPs 30 horas, sendo a EAP SEDE, a EAP Mangueirinha e a EAP Vila Paraíso.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Na concepção abrangente da Vigilância em Saúde, o objeto das ações são os agravos, os riscos e os fatores determinantes e condicionantes da saúde. A forma de organização deste modelo privilegia a construção de políticas públicas, a atuação intersetorial, assim como as intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base para o planejamento das ações as análises de situações de saúde nas áreas geográficas municipais. Estrategicamente, a Vigilância em Saúde é um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade da atenção, e possui coordenação municipal pela Enfermeira Maiara de Moraes Maier .

A Vigilância em Saúde é dividida em quatro eixos principais:

- Vigilância Ambiental em Saúde
- Vigilância Epidemiológica
- Vigilância Sanitária
- Vigilância em Saúde do Trabalhador

Vigilância Ambiental em Saúde

Vigilância Ambiental em Saúde constitui-se no conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana com finalidade de recomendar e dotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos, em especial as relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais.

São Ações em Vigilância Ambiental:

- Ações em combate da dengue, chagas e raiva;
- Ações em vigilância da água;
- Sensibilização nas escolas e no interior do município sobre cuidados com o meio ambiente e água;

- Elaboração de um plano de ação para controle e inspeção da água.
- Captura de vetores que possam transmitir doenças;
- Registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem riscos à saúde humana;
- Ações de controle químico e biológico de vetores e eliminação de criadouros.

A agente de endemias atua em todo território municipal buscando a prevenção da doença através de trabalho informativo, educativo e também curativo quando presença de larvas e casos positivos de arboviroses . A fiscal sanitaria auxilia juntamente com o profissional quimico com a questão da vigilância e controle de qualidade da água no que tange a vigilância ambiental em saúde . Além disso o municipio conta com um profissional veterinario que possui 10 horas para atuação em casos de arboviroses e outras doenças contagiosas entre animais e humanos , desta forma os profissionais trabalham com apoio mutuo entre os setores compartilhando saberes e atribuições de maneira a buscar uma vigilância constante e fetiva .

Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica visa a adoção de medidas que impactem as doenças no sentido da redução da morbimortalidade. Dessa forma, após a análise dos dados, deverão ser definidas imediatamente as medidas de prevenção e controle mais pertinentes à situação. Isso deve ocorrer no nível mais próximo da ocorrência do problema para que a intervenção seja mais oportuna e, conseqüentemente, mais eficaz.

São atribuições de vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação de dados coletados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de ações pertinentes;
- Divulgar e reforçar junto às unidades notificadoras os fluxos de ação.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica, compreendendo o conjunto das ações mencionadas. Quanto mais eficiente as funções forem realizadas no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas.

O fortalecimento dos serviços e sistemas municipais de saúde, tendo a vigilância epidemiológica como um de seus instrumentos, deve constituir-se na estratégia principal da gestão por resultados.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é a condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Tais informações são registradas através de sistemas de informação do ministério da saúde como o SINAN que é o sistema de informação de notificação e agravos de notificação e funciona por meio de notificações individuais e coletivas, onde os profissionais de saúde informam sobre os casos suspeitos ou confirmados de doenças e

agravos de notificação compulsória. Os dados são então consolidados e analisados para auxiliar na vigilância e no controle das doenças. Além destes sistemas são utilizados no município também outros sistemas de controle e notificação tais como sinan web , e-sus notifica , entre outros que o ministério da saúde disponibiliza , estes sistemas são alimentados semanalmente .

Além disso dentro das vigilância epidemiológicas municipais possuímos também as ações voltadas para a imunização da população . Tais dados são registrados através dos sistemas de informação do prontuário eletrônico e-sus e sistema nacional de imunização o si-pni . Os serviços de imunização foram instituídos pelo ministério da saúde e formulado em 1973 define parâmetros técnicos para as estratégias de utilização de imunobiológicos, com base na vigilância epidemiológica de doenças imunopreveníveis e no conhecimento técnico e científico da área, além da aquisição, conservação e distribuição dos imunobiológicos que integram o PNI.

As atribuições do PNI a nível municipal são a coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação . Dentro da equipe de imunizações do município possui duas profissionais técnicas de enfermagem vacinadoras e uma enfermeira responsável técnica pelo serviço . A sala de vacinas conta com câmara fria para manutenção da conservação dos imunobiológicos , além de toda estrutura física necessária a um ambiente acolhedor e humanizado .

As ações de imunizações acontecem nos ambientes internos das unidades de saúde e também extra muros nas campanhas de vacinação, e além de aplicação dos imunobiológicos é realizado trabalho de educação em saúde através de diversas ações na comunidade, escola , e meios de divulgação . Fazemos parte também com ações de educação nos projetos do programa imuniza-escola, Qualifica Vigilâncias e Programa Saúde na Escola entre outros .

Vigilância em saúde do trabalhador

A vigilância em saúde do trabalhador visa a prevenção, promoção e recuperação da saúde do trabalhador. Além disto, a vigilância em saúde do trabalhador orienta os profissionais sobre como melhorar seu ambiente de trabalho promovendo assim uma melhoria na sua qualidade de vida minimizando possíveis problemas de saúde futuros.

Para que ocorra esta efetivação, é necessário delinear alguns objetivos:

- Sensibilizar as equipes de saúde da rede municipal para notificar todos os acidentes e doenças do trabalho ocorridas no município. É fundamental evidenciar a obrigatoriedade da notificação de acidentes de trabalho, sejam típicos ou de trajeto, ocorridos com qualquer indivíduo, seja na condição de condutor, passageiro ou pedestre, seja por exposição acidental a agentes químicos, físicos e biológicos ou acidentes com animais peçonhentos, quando ocorrerem por ocasião da atividade profissional;
- Levantamento dos dados epidemiológicos do município para subsidiar o planejamento de ações preventivas, educativas e assistenciais, visando à prevenção destes agravos e a melhoria do ambiente de trabalho. Para este fim, a rede de serviços do município, público e privado, deverão informar à vigilância os dados de acidentes, doenças e óbitos relacionados ao trabalho;
- Fortalecer o vínculo em serviços com o Centro de referência em Saúde do Trabalhador – CEREST região Centro/Santa Maria;
- Ampliação da equipe de profissionais que compõem o serviço de referência em Saúde do Trabalhador do município;

- Parceria com outros órgãos, instituições e entidades locais para o desenvolvimento de atividades preventivas, educativas e assistenciais aos trabalhadores urbanos e rurais;
- A vigilância em saúde do trabalhador deverá proceder ao processamento das notificações no banco de dados criado para o Sistema de Informações.

São ações em vigilância em saúde do trabalhador:

- Alimentação da base de dados do SIST;
- Avaliação dos preenchimentos de RINAS;
- Levantamento de agravos mais frequentes à saúde do trabalhador;
- Elaboração de um plano de ação frente aos agravos mais frequentes;
- Sensibilização nas indústrias e locais onde tem grande número de trabalhadores sobre como prevenir os problemas de saúde decorrentes do ambiente de trabalho.

Vigilância Sanitária

A Lei 8080/90 ao organizar o SUS, no art.6º, §1º consagra a seguinte definição: “Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. Esta definição denota a abrangência das ações de Vigilância Sanitária (VISA) e sua natureza essencialmente preventiva contendo especificidades que a diferenciam de outras ações e serviços de saúde devido ao vínculo estreito com os setores econômico, jurídico, público e privado e com a organização econômica da sociedade e seu desenvolvimento tecnológico e científico que abrangem um amplo espectro dos elementos determinantes do processo saúde-doença-qualidade de vida e que podem ser entendidos como riscos ou problemas/necessidades de saúde relacionadas à produção, circulação e consumo de bens e serviços.

São ações de Vigilância sanitária:

- Inspecionar;
- Cadastrar;
- Emitir alvará sanitário;
- Cobrar taxas;
- Abrir e acompanhar o processo administrativo sanitário em seus ritos desde a lavratura do auto de infração até a aplicação de suas penalidades previstas em legislação própria (advertência, multa, interdição,...);
- Analisar projetos arquitetônicos;
- Definir normas.

POLÍTICA DO IDOSO

O processo do envelhecimento é marcado por várias alterações, a perda ou modificação de papéis significativos transformam esse período num momento de reconhecimento do eu. A proximidade da morte exige um redimensionamento da existência e o idoso utilizará a sua espontaneidade para reconstruir seu projeto de vida. O envelhecer vem associado a varias alterações na vida das pessoas.

A Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa desenvolve programas e ações voltadas para a população idosa (60 anos e mais) da rede de atenção do SUS, definindo suas diretrizes em conformidade com a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria- MS Nº1395/99), contemplando a assistência ao idoso em suas necessidades de saúde, através do acolhimento, humanização e integralidade. As ações do Município voltadas ao idoso, além do atendimento de suas doenças, visam ao desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a qualidade vida. Nesse contexto, o mais importante não é a doença, mas a repercussão dela na vida do idoso. Frente a isso as ações em saúde do idoso realizadas englobam inúmeras atividades voltadas para este publico, dentre elas orientações quanto ao uso correto de medicamentos, orientações sobre como evitar acidentes domésticos, bem como demais cuidados .

Atualmente, a Secretaria de Saúde dispõe de um espaço dedicado exclusivamente à fisioterapia, contando com uma estrutura própria e duas profissionais, que oferecem atendimentos clínicos e domiciliares (pacientes acamados ou com mobilidade reduzida) de segunda a sexta-feira, totalizando uma média mensal de 200 atendimentos. Em função da alta demanda, há uma fila de espera de cerca de 100 pacientes. Além disso, o município desenvolve o projeto "Academia da Saúde", no qual uma fisioterapeuta realiza atendimentos semanais a aproximadamente 30 pacientes, proporcionando atividades físicas adaptadas às necessidades específicas do público atendido.

PROGRAMA DE DST/AIDS

As Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST acompanham a humanidade desde seus primórdios e estão, no mundo atual, entre os agravos de saúde pública mais comuns. É importante entender que as DST, e a AIDS em especial, provocam grande impacto na vida das pessoas. As DST possuem facilidade na prevenção e controle. Para isso só é necessário o uso de preservativos em todas as relações sexuais, inclusive durante a gravidez, pois muitas das DST podem ser transmitidas para o bebê durante a gestação, o parto e a amamentação.

Frente a isto são várias as ações do programa DST/AIDS realizadas na Unidade Sanitária I entre elas:

- Ações de prevenção através da distribuição de material informativo e preservativos, além da disponibilidade dos mesmos na unidade, em um local discreto e de fácil acesso;
- Vigilância epidemiológica através do monitoramento e notificação dos casos suspeitos e confirmados;
- Orientações a adolescentes sobre a importância do uso do preservativo;
- Acompanhamento e orientação aos casos confirmados;
- Orientações aos profissionais de saúde sobre manejo correto dos materiais perfurocortantes;
- Avaliação dos casos suspeitos e encaminhamentos para o HUSM.

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado na rede de serviços de saúde, e é desenvolvido por meio de um programa unificado, subordinado a uma política de ações programadas com padrões técnicos e assistenciais bem definidos. Além disso, seu principal objetivo é reduzir a morbidade, mortalidade e a transmissão da tuberculose.

Todo o indivíduo que tem suspeita clínica é investigado por meio da solicitação dos exames (exame de escarro; raio-x de tórax; biópsias), há um laboratório contratado pelo município para a confecção das lâminas, e se o diagnóstico é confirmado o indivíduo realiza todo o tratamento, sendo acompanhado até a cura pelos profissionais da AB.

Sendo assim, para o fortalecimento do programa contemplam-se alguns objetivos:

- Realizar busca ativa dos sintomáticos respiratórios (tosse com ou sem expectoração por três ou mais semanas);
- Manter a detecção de pelo menos 70% dos casos estimados;
- Tratar corretamente 100% dos casos confirmados;
- Garantir investigação de 100% dos contatos dos casos confirmados;
- Notificar e fazer o encerramento em tempo oportuno de 100% dos casos confirmados;
- Garantir 100% de acompanhamento ao tratamento dos casos confirmados;
- Disponibilizar teste anti-HIV para 100% dos adultos com tuberculose.
- Garantir que todas as crianças recebam a vacina BCG.

PROGRAMA DE COMBATE À HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente as pessoas em faixa etária economicamente ativa comprometendo seu desenvolvimento profissional e/ou social. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade do bacilo penetrar a célula nervosa e também ao seu poder imunogênico. A hanseníase pode ser classificada em dois tipos: paucibacilar (até 5 lesões de pele) e multibacilar (mais de cinco lesões de pele). Uma pessoa doente sem tratamento transmite a hanseníase para outra pelas vias respiratórias. O tratamento para hanseníase consiste na poliquimioterapia porque utiliza a combinação de três medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina.

Os casos de hanseníase podem ser diagnosticados nas unidades sanitárias do município através de exames confirmatórios e são tratados no próprio município com medicações e orientações provenientes do Estado ou podem ser encaminhados para diagnóstico e/ou tratamento em hospitais de referência.

POLÍTICA DE APOIO À ATENÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Em conformidade com a Constituição Federal de 1988 estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiência em todos os campos e aspectos. Além disso, de acordo com as diretrizes da Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência para o alcance de uma assistência integral e de qualidade, é necessário:

- Promoção da qualidade de vida;
- Assistência integral à saúde;
- Prevenção de deficiência;
- Organização e funcionamento dos serviços;
- Capacitação dos recursos humanos.

No âmbito do SUS buscar-se-á assegurar a representação das pessoas portadoras de deficiência nos conselhos de saúde, no intuito de garantir e fortalecer seus direitos.

O Município de Paraíso do Sul conta com um Conselho da Pessoa Portadora de Deficiência e atualmente possui dois programas ativos destinados à pessoa com deficiência, quais sejam: Programa de Assistência ao Estomizado e Materiais Especiais.

A assistência ao estomizado visa garantir uma assistência de qualidade, a fim de garantir o direito destes usuários conforme o Decreto nº 5.296/2004, por meio da distribuição dos materiais necessários (bolsas, detergentes, películas, pós, plugs anais, etc) e pela realização das orientações de autocuidado e de cuidado para capacitar os familiares responsáveis.

Em relação ao Programa de Materiais Especiais, o mesmo tem por objetivo a distribuição de fraldas descartáveis para as pessoas com incontinência urinária ou fecal conforme patologia específica. O município de Paraíso do Sul, atualmente possui doze pacientes cadastrados e que recebem mensalmente estes materiais conforme repasse do estado do Rio Grande do Sul.

IMUNIZAÇÕES

A sala de vacinas de Paraíso do Sul está instituída na US1 –sede, sendo realizadas ações de vacinação da população conforme normativa do calendário de vacinação do Ministério da Saúde. Todas as vacinas são registradas em um sistema informatizado, o SI-PNI, e os dados desses registros são repassados mensalmente para o Ministério da Saúde.

Em 1994, o Brasil recebeu a certificação do bloqueio da transmissão autóctone do poliovírus selvagem. O último caso brasileiro ocorreu em 1989, na Paraíba. Os méritos da vitória sobre a poliomielite são de todos e vêm de antes, graças a um processo continuado de qualificação das ações de imunizações e de vigilância epidemiológica.

A vacinação, ao lado das demais ações de vigilância epidemiológica, vem ao longo do tempo perdendo o caráter verticalizado e se incorporando ao conjunto de ações da atenção primária em saúde. As campanhas, as intensificações, as operações de bloqueio e as atividades extramuros são operacionalizadas pela equipe da atenção primária, com apoio dos níveis distrital, regional, estadual e federal, sendo fundamental o fortalecimento da esfera municipal. Constituem competências da esfera municipal:

- a coordenação e a execução das ações de vacinação integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanhas e vacinações de bloqueio) e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- a gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;
- o descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes; e
- a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes, bem como a transferência dos dados em conformidade com os

prazos e fluxos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual e a retroalimentação das informações às unidades notificadoras.

TABAGISMO

O Programa Nacional de Controle do tabagismo foi aderido a dois anos pela equipe da UBS –sede. É composta por um médico e uma enfermeira capacitados no levantamento de dados, avaliações clínicas, orientações, consultas de acompanhamento e grupos de discussões. O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco. Neste encontro é realizada a entrega dos manuais conforme nível de tratamento do usuário e reavaliação clínica, além da entrega de medicamentos e insumos conforme necessidade e avaliação médica.

SAÚDE DA CRIANÇA

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. O teste do pezinho, feito na criança logo após o seu nascimento, conforme estabelece o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2004b), permite a detecção da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito (fase 1 do programa) e de hemoglobinopatias (fase 2), doenças que podem ser tratadas, prevenindo o retardo mental (que as duas primeiras enfermidades podem ocasionar) e as infecções e outras complicações que frequentemente podem ocasionar a morte de crianças com hemoglobinopatias. A pesquisa de hemoglobinopatias inclui a detecção de anemia falciforme e do traço falciforme, que, mesmo assintomático, traz implicação genética para a família.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.

O município implementou, em 2024, o Programa Primeira Infância Melhor, uma política pública voltada para a promoção do desenvolvimento integral das crianças. Desde sua adoção, o programa atende 19 crianças e uma gestante. Trata-se de uma iniciativa realizada em parceria com os setores de educação, saúde e assistência social, contando atualmente com uma visitadora em atividade.

O programa é desenvolvido por meio de visitas domiciliares semanais a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social. Seu principal objetivo é fortalecer as competências dessas famílias para educar, proteger e cuidar de suas crianças, além de orientá-las e capacitá-las para estimular o desenvolvimento infantil desde a gestação. As atividades são estruturadas com base nas necessidades de evolução da criança, abrangendo aspectos como fala, coordenação motora, cognição e comunicação.

SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência é um período de vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

Logo, esse grupo populacional devido a sua importância demográfica, bem como sua vulnerabilidade aos agravos de saúde e questões econômicas e sociais (educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer) necessita de atenção mais específica e abrangente.

Os adolescentes brasileiros têm como cidadãos direito à saúde e é dever do estado possibilitar esse acesso de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, adolescentes e jovens, por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. No entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violência e a crescente incidência de mortalidade evidenciada especialmente pelas causas externas, tais como: violência intrafamiliar e sexual, agressões, acidentes de transporte terrestre, suicídios, mortalidade materna, DST-AIDS, dentre outras.

Sendo assim, devido à mudança de perfil epidemiológico desta população e de acordo com a Política para Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes, o município de Paraíso do Sul, no intuito de qualificar a assistência a este grupo de usuários participa do Programa Saúde na Escola, e utiliza-o como estratégia para realizar busca ativa e identificar as vulnerabilidades desta população, bem como desenvolver educação em saúde.

Além disso, em parceria com a Assistência Social há no município grupos de jovens e adolescentes para promover educação e saúde, além de realizarem-se palestras juntamente com a secretaria da Educação, abordando temas como: álcool e outras drogas, educação sexual, DST-AIDS, saúde bucal, entre outras.

SAÚDE DA MULHER

As ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, dirigidas a saúde da mulher, são diversas, sendo que entre as mais abordadas estão o rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer.

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno

de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual.

A priorização desta faixa etária como a população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dado a sua lenta evolução.

Para o controle do câncer de mama, destaca-se a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. A redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura adequada da população-alvo no rastreamento é também componente estratégico que requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde. A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama.

A orientação é que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados da autopalpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a esta demanda estimulada. Prioridade na marcação de exames deve ser dada às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama. Neste sentido realiza-se as ações do município são voltadas para um cuidado integral para as mulheres.

SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria nº 1944/ GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009, é desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes.

Nesse sentido, a política busca ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, para que os mesmos se sintam acolhidos e vinculados à equipe de saúde. Além disso, salienta-se a importância de ações educativas e organizacionais para atender as especificidades desta demanda.

DANTS-VIOLÊNCIA

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde – OMS, as violências são caracterizadas pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”. A violência pode ser classificada, também segundo a OMS, em três categorias: violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida); violência interpessoal (classificadas em 2 âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos) e violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do estado). Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela portaria GM/MS nº. 737 em janeiro de 2001 já incluía a monitorização e a melhoria das informações sobre a ocorrência de acidentes e violências como uma prioridade à qual deveria ser concedida atenção especial, considerando fundamental a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de forma a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção. Considerava também que a retro alimentação das informações relacionadas aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, contribuiria para “melhorar o atendimento prestado a estes segmentos”. Esta abordagem é feita com profissionais de diversos seguimentos, intersetorialmente em Paraíso do Sul, entre eles profissionais da Assistência Social, Conselho Tutelar, Polícia Militar, e Ministério Público. As ações desta política são realizadas rotineiramente nos diversos âmbitos e ambientes , com a notificação da violência e posteriormente alimentação no SINAN(sistema de informação de agravos de notificação).

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização visa oferecer um atendimento assistencial aos usuários de qualidade ao articular os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

A humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, e não pode ser entendida apenas como um “programa a mais”, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do SUS.

Logo, a humanização deve ser entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, ou seja, a humanização deve ser uma vertente do SUS.

Diante do exposto, devemos compreender que a humanização é um conjunto de ideias planejadas, que envolve mecanismos de decisão, estratégias de implementação e de avaliação, no intuito de construir trocas solidárias e comprometidas.

O município de Paraíso do Sul contempla e apoia a Política Nacional de Humanização, e para que a mesma se fortifique na atenção básica e atenda aos seus pressupostos, entre as ações e serviços ofertados citam-se:

- Implementação e fortalecimento da triagem de enfermagem de modo individual com classificação de riscos;
- Capacitação dos profissionais de saúde por meio de educação permanente (treinamentos);
- Escuta qualificada;
- Fortalecimento da rede, garantindo como porta de entrada a Atenção Básica.

SAÚDE MENTAL

Com a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o Brasil atua de modo coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. A lei redireciona a assistência psiquiátrica e estabelece um leque de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem.

Sendo assim, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (IV CNSM-I) foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010, em Brasília, entre os dias 27 de junho a 1º de julho de 2010, com a seguinte temática – “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O evento permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental.

Nesse contexto, a atenção básica procura desenvolver práticas pautadas na responsabilização, na territorialidade e na inserção nas redes sociais. Portanto, mais que substituir os hospitais psiquiátricos, é preciso substituir a lógica manicomial.

O município de Paraíso do Sul atualmente conta com uma enfermeira coordenadora da Política de Atenção à Saúde Mental e, além disso, a Secretaria de Assistência Social disponibiliza de uma psicóloga e uma assistente social para dar apoio às atividades desenvolvidas.

O Município possui grupos específicos como grupos de mulheres, jovens e adolescentes vinculados à Secretaria de Assistência Social e um grupo autônomo para ex-etilistas no intuito de promover e desenvolver a atenção psicossocial.

Em relação aos serviços de referências, Paraíso do Sul, conta com o CAPS-AD, do município de Nova Palma, para os usuários que precisam de tratamento para a dependência química (álcool e outras drogas), e o Hospital Universitário de Santa Maria para emergências e urgências psiquiátricas.

Para tanto, por acreditar que a Reforma Psiquiátrica é um processo recente e em continuo andamento e expansão contemplam-se algumas metas:

- Capacitar os profissionais para o atendimento das urgências e emergências psiquiátricas;
- Qualificar a escuta e o acolhimento;
- Implementar o plano terapêutico singular para pessoas portadoras de sofrimento mental;

- Fortalecer a comunicação entre a rede de referência e contra referência.

CENTRAL DE INTERNAÇÃO

O Município de Paraíso do Sul possui uma cota de 44 Autorizações para Internação Hospitalar (AIH's) por mês, sendo que os pacientes são internados no Hospital Paraíso e em Hospitais da Rede. Atualmente, as AIHS são suficientes para atender as necessidades de internação, aos quais no faz reforçar que a Atenção Básica está sendo resolutive. Quando o número de internações superam o quantitativo disponibilizado, são solicitadas cotas extras à 4ª CRS.

SERVIÇO DE TRANSPORTE

Para realização das atividades da Secretaria em todos os setores contamos com ambulâncias, 4 veículos de cinco lugares, 01 micro-ônibus e 01 veículo de sete lugares.

Realiza-se programa de manutenção da frota visando melhorar a situação de conservação dos veículos, garantindo maior durabilidade e segurança aos profissionais e usuários que os utilizam.

Contudo, os veículos que existem são insuficientes para atender à demanda do Município, sendo que a Secretaria de Saúde tem como meta a aquisição de uma Van de quinze lugares e de um Micro-ônibus.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DA SAÚDE – PICS

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (Ministério da Saúde, 2021)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PCPIC) do Ministério da Saúde tem a intenção de “garantir a integralidade na atenção à Saúde e justifica-se no âmbito técnico, econômico, social e cultural”, trata-se de uma necessidade de conhecer, apoiar e implementar experiências que já vem sendo realizadas na rede pública em muitos Municípios e Estados. As práticas atuam diretamente nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, em vários eixos, inclusive na base mental dos indivíduos e segue norteada de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. (BRASIL, 2006).

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

A Assistência Farmacêutica é composta por uma Unidade de Farmácia Básica, situada na Unidade Básica de Saúde (UBS) na sede do Município de Paraíso do Sul, e outra no Hospital da Vila Paraíso. O quadro de funcionários da farmácia é composto por duas farmacêuticas concursadas por 20 horas/semanais. A farmácia apresenta uma lista de medicamentos básicos, conforme Portaria GM Nº3.237 de 24 de Dezembro de 2007, e estes são custeados com recurso próprio, estadual e federal.

Na farmácia são realizados serviços de dispensação de medicamentos, cadastro de pacientes diabéticos usuários de insulina e usuários de aparelho para teste de HGT para posterior retirada das fitas para o controle da glicemia. Também é entregue aos usuários de medicamentos de uso contínuo, mediante apresentação de receita médica, cartões do Programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) para posterior controle da retirada mensal da medicação evitando dessa forma seu consumo abusivo e inadequado. Além disso, são dispensados também os medicamentos fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (AME), via processo administrativo ou judicial, cujo controle, cadastro, armazenamento, guarda e entrega de toda documentação de acordo com as diretrizes e protocolos dos medicamentos dos componentes especial e especializado, é feita exclusivamente pelo farmacêutico. Hoje também é feito o cadastro e entrega dos protetores solares de acordo com a Portaria Nº 304/2014 de 22 de abril de 2014.

A farmacêutica detém a responsabilidade técnica pelo estabelecimento, incentivando sempre o uso racional e adequado dos medicamentos um dos princípios da Assistência Farmacêutica do Município. Além disso, é responsável pelo controle e guarda dos medicamentos controlados de acordo com a Portaria 344/89, realizando o controle da saída e registrando as receitas em um livro de controle especial. Também realiza o registro no sistema interno criado pelo Município para controle do estoque da medicação básica dispensada. Esta é anotada em um caderno pela atendente, diariamente.

DIRETRIZES

Diretriz nº 1 Gestão geral e administrativa											
Objetivo nº 1.1 Adequar a estrutura física das unidades de atendimento, manter o conselho de saúde e controle.											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação de meta	Indicador (linha base)			Meta plano (2026 –2029)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade medida			2026	2027	2028	2029
1.1.1.	Aquisição de materiais e equipamentos permanentes	Estrutura administrativa	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
1. 1.2.	Construção, reforma e ampliação de obras e instalações	Setores de Fisioter., Farmácia e Odontologia UBS Sede UBS mangueirinha	1	2026	un.	6	unidade	2	1	1	2
1.1.3	Aquisição de ambulancia	veiculo	2	-	un	3	unidade	1	1	0	1
1.1.4	Aquisição de micro onibus	veiculo	1	-	un	1	unidade	1	1	1	1
1.1.5	Aquisição unidade móvel para atendimento projeto Saúde em todo lugar	veiculo	1	-	un	1	unidade	1	1	1	1
1.1.6	Aquisição de unidade móvel odontológica	veiculo	1	-	un	1	unidade	1	1	1	1
1.1.7.	Aquisição e manutenção de veículos	Manutenção geral das atividades da SMS	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.8	Contratação serviços especializados para apoio nas ações de sistemas de informações em saúde	Contratação	1	-un		1	unidade	1	1	1	1
1.1.9	Manutenção do conselho municipal de saúde	Participação no controle social	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100

1.1.10	Manutenção e apoio ao setor de planejamento e monitoramento em saúde	Manutenção	100	-	%	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.11	Aquisição de veículo para transporte sanitário	Veículo	8	-	un.	8	unidade	2	2	2	2

Diretriz nº 2 Atenção básica

Objetivo 2.1 Qualificar as ações das equipes que compõem a atenção básica, em busca da melhoria na prestação de serviço

Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação de meta	Indicador (linha base)			Meta plano (2026-2029)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade e medida			2026	2027	2028	2029
2.1.1	Garantia de pleno Funcionamento do Programa de ESF e das EAPS	Equipes esf	100	2027	%	1	unidade	1	1	1	1
2.2.2	Manutenção equipes do projeto saúde em todo lugar	Manutenção	100	-	%	100	unidade	100	100	100	100
2.1.3	Garantia do programa de insumos- fraldas	População atendida conforme critério de vulnerabilidade	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.5	Garantia do programa dos agentes comunitários de saúde	Aumentar numero quantos	100	2027	un	3	unidade		3	0	0
2.1.6	Manutenção e ampliação do Programa Primeira Infancia Mlehor	Manutenção	100	-	%	100	unidade	100	100	100	100
2.1.7	Garantia do programa de saúde bucal	Esb aumentar	60,0	2026	%	60,0	Percentual	60,0	60,0	60,0	60,0
2.1.8	Manutenção e implantação das atividades do projeto mes a mes com saude	Manutenção	100	-	% 100	unidade	100	100	100	100	100
2.1.9	Contratação de auxiliar de consultório dentário	Contratar	1	2027	Carga horária	60	horas	60	60	60	60
2.1.10	Garantia da qualificação das equipes de saúde através da educação permanentel	Qualificação dos funcionários	10	2026	%	%	100	Perce ntual	50	70	100
2.1.11	Início das atividades da academia de saúde	Manter o Serviço Implantado	1	2026	%	%	100	Perce ntual	100	100	100
2.1.12	Manutenção do programa saúde escola	Cobertura escolas	100	2026	%	%	100	Perce ntual	100	100	100

2.1.13	Garantir manutenção do acompanhamento gestantes programa de pré-natal	Gestantes acompanhadas	80	2026	%	%	80	Percentual	80	80	80
2.1.14	Garantir atendimentos e acompanhamento das populações vulneráveis tais como negros, quilombolas e indígenas	Cobertura atenção básica	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.15	Reduzir as internações por causas sensíveis a Atenção Básica	Porcentagem de internações	24,92	2026	%	20	Percentual	25	25	20	20
2.1.16	Cobertura de acompanhamento das condicionantes do Progr Bolsa Família	Percentual de acompanhamento	43,09	2026	%	70	percentual	70	70	70	70
2.1.17	Capacitação dos funcionários para manutenção do programa federais e estaduais conforme indicadores e notas técnicas	Número capacitações	12	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.18	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Óbitos investigados	100	2026	%	100	percentual	%	%	%	%
2.1.19	Proporção de mulheres em idade fértil investigados	Óbitos investigados	100	2026	%	100	percentual	%	%	%	%
2.1.20	Alcance das metas dos indicadores de desempenho	Pontuação alcançada	10	2026	%	100	Pontuação	7	7	8	8
2.1.21	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Percentual de cura mantido	100	2026	%	100	percentual	100	100	100	100
2.1.22	Proporção de cura de casos novos de Hanseníase	Percentual de cura mantido	100	2026	%	100	percentual	100	100	100	100
2.1.23	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Percentual de análises	38,02	2026	%	95	percentual	95	95	95	95
2.1.24	Manutenção das ações em educação permanente ofertada aos profissionais da saúde	Percentual de profissionais da área assistencial da saúde com no mínimo um curso por mês.	100	2026	%	100%	percentual	100	100	100	100
2.1.25	Implantação do Projeto Saúde em todo lugar	Atividade implantada	100	-	%	100%	percentual	100	100	100	100

2.1.26	Manutenção e apoio aos grupos terapêuticos da saúde mental no âmbito da saúde e assistência social,	Atividade mantida	100%	2026	%	100	percentual	100	100	100	100
--------	---	-------------------	------	------	---	-----	------------	-----	-----	-----	-----

Diretriz nº 3 Serviços de média e alta complexidade											
Objetivo 3.1 Desenvolver ações que impactem positivamente na situação de saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo devendo sempre orientar-se pelos princípios do sus (universalidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social)											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação de meta	Indicador (linha base)			Meta plano (2022-2025)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
3.1.1	Implantação do sus digital e ampliação do acesso a especialistas através do mais especialistas	População atendida	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.2	Manutenção e garantia de acesso a consultas especializadas	População atendida	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.3	Manutenção do sistema gercon	Registros de solicitações de consultas e agendamento conforme a complexidade e regionalização	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100

Diretriz nº 4 – Assistência farmacêutica a população

Objetivo nº 4.1 – Garantir o acesso à medicação da farmácia básica, pronto atendimento e medicações ambulatoriais gratuitamente para a população, por meio da aquisição dispensação e distribuição de medicamentos, bem como produtos preventivos e terapêuticos com a perspectiva de proteção e recuperação da saúde resultando em melhores condições de vida individual e coletiva, além de estimular os processos de gestão de qualidade e uso eficiente dos recursos públicos destinado à assistência farmacêutica, com acompanhamento sistemático das políticas e dos processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento do SUS.

Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação de meta	Indicador (linha base)			Meta plano (2022-2025)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
4.1.1	Manutenção dos itens da remune na farmácia do município	Atualização anual, programação, aquisição e distribuição de itens de medicamentos básicos (RE-MUME)	100	2026	%	100%	Percentual	100	100	100	100
4.1.2	Criar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	Equipe criada	0	2026	Un.	1	Unidade	1	1	1	1
4.1.3	Ampliar a equipe de atendimento da Farmácia Municipal	CH profissional	40	-	Horas	80	Horas	40	60	80	80
4.1.4	Ampliar o programa cuidar + no município de Paraíso do sul, com o objetivo de ampliar, qualificar e promover os serviços farmacêuticos nas Farmácias de Medicamentos especiais (FME).	Implantar atendimentos por farmaceuticos	100	2026	%	100%	Percentual	100	100	100	100

Diretriz nº 5 Vigilância em saúde											
Objetivo nº 5.1 Garantir a manutenção da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e proteção a saúde do trabalhador através de planos e ações que visam melhorar, as estruturas existentes, adquirir produtos necessários para manter o atendimento da população prevenindo doenças e agravos											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação de 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	Manter os cadastros dos estabelecimentos sujeitos a VISA	Percentual de estabelecimentos ver com equipe quais indicadores vão querer manter ou tirar	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
5.1.2	Realizar a inspeção nos estabelecimentos sujeitos a VISA	Percentual de estabelecimentos visitados	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
5.1.3	Implantar o código Sanitário Municipal	Realização da implantação do código	0 1	2026	un	1	unidade	1	1	1	1
5.1.4	Manutenção de atividades de combate ao mosquito aedes aegypti	Pontos estratégicos	100	2026	%	100	Percentual	100	100	100	100
5.1.5	Combate ao mosquito Borrachudo - Simuliidae	Realização de aplicações de BTI	3	2026	Unidade	3	unidades	3	3	3	3
5.1.6	Acompanhamento da saúde do trabalhador	Percentual de casos de acidentes ou doenças encaminhados ao CEREST ou resolvidos na unidade	100	2026	percentual	100	percentual	100	100	100	100

Diretriz nº 6 Aprimorar a rede de reabilitação física municipal.											
Objetivo n 6.1 Qualificar o acesso aos serviços de saúde, permitindo a oferta de um serviço de qualidade, com eficácia e eficiência, atendendo às necessidades da população de forma inclusiva e acessível.											
Nº	Descrição da meta	Indicador para monitoramento e avaliação de meta	Indicador (linha base)			Meta plano (2022-2025)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
6.1.1	Contratação de profissionais fisioterapeutas, afim de atender a demanda reprimida, uma vez que o deficit de tal especialidade não está dando conta da longa fila de espera.	Número de novos fisioterapeutas contratados.	1	2026	horas	60	%	100%	100%	100%	100%
6.1.2	Ampliar o espaço físico destinado ao atendimento de fisioterapia para atender a uma maior demanda de pacientes, garantindo mais conforto, acessibilidade e a implementação de um fluxo de trabalho eficiente	Taxa de expansão do espaço físico.	1	1	1	1	%	100%	100%	100%	100%
6.1.3	Garantir que o setor de fisioterapia adquira equipamentos adequados para ampliar a capacidade de atendimento e melhorar a qualidade dos serviços prestados.	Aquisição de equipamentos	1	1	1	1	%	100%	100%	100%	100%
6.1.4	Telefisioterapia: Expandir o uso de plataformas digitais para consultas e monitoramento remoto, principalmente para pacientes com dificuldades de deslocamento ou em áreas de difícil acesso.	Percentual de atendimentos realizados por meio de telemedicina ou fisioterapia à distância.	1	1	1	1	%	100%	100%	100%	100%
6.1.5	Desenvolver programas de fisioterapia preventi-	Percentual de pacientes atendi-	1	1	1	1	%	100%	100%	100%	100%

	va, com foco em grupos de risco (idosos, trabalhadores, hipertensos, gestantes, etc.), para prevenir lesões e doenças relacionadas ao sedentarismo e atividades repetitivas	dos em programas de fisioterapia preventiva.									
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde fará monitoramento, acompanhamento e avaliação do Plano Municipal de Saúde com periodicidade quadrimestral, juntamente com as equipes de saúde e demais setores envolvidos na Gestão do SUS. Serão utilizadas ferramentas de gestão elaboradas para possibilitar o acompanhamento e evolução dos indicadores e metas pactuadas.

Também serão utilizados os relatórios de gestão elaborados pelo município através do Monitoramento da Gestão em Saúde, do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS, o Relatório Anual de Gestão e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, para auxiliar na avaliação dos indicadores físicos e financeiros.

REFERÊNCIAS

Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics>. Acesso: 14 abril 2022.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007

Brasil. Informatiza APS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps/monitoramento>. Acesso: 14 abril 2022.

Estado do Rio Grande do Sul. Conheça a Rede Bem Cuidar RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/rbcrs>. Acesso: 14 abril 2022.