



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

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

Paraíso do Sul, 14 de Abril de 2022.

Administração

2021-2024

Prefeito Municipal

Artur Arnildo Ludwig

Vice Prefeito

Arnildo Alberto Schunemann

Secretária Municipal da Saúde

Juliane Machado

Endereço

Avenida Afonso Pena, 105

Bairro Centro

CEP 96530-000

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

Coordenação

Juliane Machado - Secretária Municipal de Saúde

Elaboração

Juliane Machado – Secretária Municipal de Saúde

Maiara de Moraes Maier – Enfermeira

Leonardo de Almeida Dressler – Agente Administrativo

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	3
2. JUSTIFICATIVA.....	6
3. OBJETIVOS.....	8
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	9
5. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	20
6. PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS.....	25
7. DIRETRIZES.....	51
REFERÊNCIAS.....	60

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

NOME: PARAÍSO DO SUL

DATA DE EMANCIPAÇÃO: 12/05/1988

DATA DA CRIAÇÃO: 12-05-1988

ÁREA (KM²): 337,534 km²

POPULAÇÃO: População estimada em 2021 de 7.635 pessoas

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: 4ª CRS

DISTÂNCIA DA CAPITAL DO ESTADO: 227 KM

DISTÂNCIA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: 64 KM

LIMITES MUNICIPAIS E ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Código do IBGE: 43.1402-7

Estado: RS

Microrregião: Santa Maria

Macrorregional de Saúde: Centro-Oeste

COREDE: Vale do Jacuí Centro

Área total: 341 km²

Altitude média: 66,399m

Longitude oeste: 53° 12

Latitude sul: 29° 44

Clima: temperado

Ponto culminante: 601m

Densidade demográfica: 19,25 habitantes/ km²

Consórcio: Consórcio Intermunicipal da Região Central -CIRC

Limites:

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



FIGURA 1 - Municípios limites com Paraíso do Sul

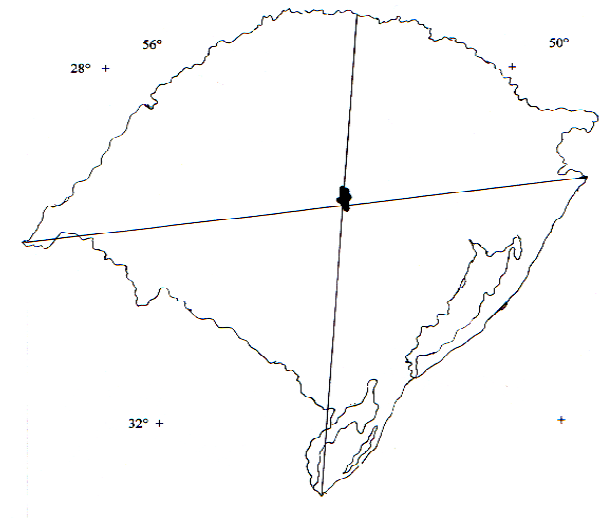


FIGURA 2 - Localização do Município de Paraíso do Sul

QUADRO NATURAL DO MUNICÍPIO:

Dentro dos 341 km² de extensão encontram-se todas as formas de relevo e solo.

A planície espraia-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.

2. JUSTIFICATIVA

CONSIDERANDO:

Os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção.

A necessidade de planejar e organizar as ações administrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso do Sul, visando o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e necessários, para que os objetivos propostos sejam alcançados com o mínimo de custos;

A importância de racionalizar ações para o desenvolvimento de um trabalho harmonioso, organizado e de qualidade, atendendo ao disposto nas normas operacionais de assistência à saúde - NOAS - Ato Portaria nº 373 em 27 de fevereiro de 2002;

A importância de incentivar os Gestores, os profissionais, os responsáveis pela saúde da população a organizarem e desenvolverem campanhas e atividades permanentes em parceria com outras instituições e com os Poderes Públicos possibilitando cada vez mais a melhoria das condições de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Que na organização do SUS também se fazem necessárias e urgentes transformações no sentido de aproveitamento nos avanços da tecnologia, traduzindo-se em mudanças nos comportamentos pessoais e sociais, impondo novas formas de pensar, agir e relacionar-se, elevando princípios morais e éticos no atendimento aos pacientes e usuários.

A necessidade de buscar a consolidação e o desenvolvimento de um atendimento de qualidade em serviços, na erradicação de doenças, na prevenção de doenças, na orientação aos usuários, na melhoria e qualificação dos profissionais da área da saúde, no aumento das condições físicas, de recursos equipamento e pessoal.

Que é imprescindível projetar o futuro através de um planejamento que defina metas e estratégias para atingi-las, principalmente ampliando as responsabilidades do município na atenção básica no estabelecimento de um processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e da busca de maior equidade, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do

sistema único de saúde e procedendo para a atualização dos critérios de habilitação do Município.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Estruturar e organizar o Sistema Municipal de Saúde, proporcionando a melhoria no acesso universal e igualitário aos meios de promoção da saúde e prevenção de doenças, através de Ações Programadas que atendam as necessidades dos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Organizar as ações administrativas da Secretaria Municipal de Saúde a fim de atingir os objetivos propostos com economia de energia, tempo e recursos;

Racionalizar ações para o desenvolvimento de um trabalho harmonioso e de qualidade;

Incentivar os profissionais, funcionários, gestores da área da saúde, a organizarem e desenvolverem campanhas, projetos-atividades e ações permanentes e transformadoras de acordo com a realidade local;

Adequar a organização do sistema único de saúde - SUS, às mudanças sociais decorrentes dos avanços tecnológicos e científicos que impõem novas formas de pensar, agir e de relacionar;

Buscar a consolidação e o desenvolvimento do atendimento às ações básicas de saúde, através de serviços qualificados, visando a satisfação do usuário do SUS e a solução dos problemas de saúde existentes no Município de Paraíso do Sul;

Contemplar a agenda de saúde municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o quadro de metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

Efetivar o Plano Municipal de Saúde, que precisa ser o eixo norteador de todas as ações no âmbito municipal e contemplar todo o contexto de ação da Secretaria na esfera global do SUS.

4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

4.1 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 Pomerânea 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 ist wirklich ein Paradies!". 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.

4.2. 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 Ca-

choeira do Sul ingressou com um mandado de segurança contra ela e obteve liminar, suspendendo 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.

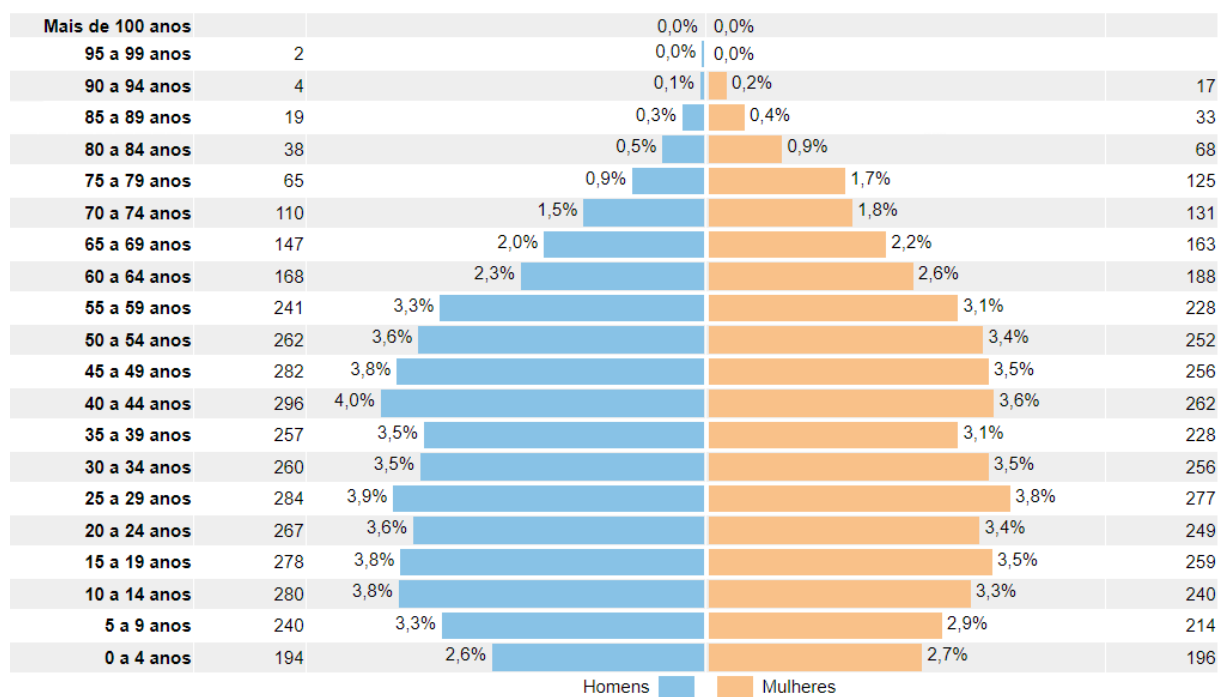
Manteve, assim, o nome tradicional da região, com respeito aos entendimentos prévios havidos no início do movimento emancipacionista.

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.

4.3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

4.3.1. População

Pirâmide por faixa etária e sexo:



Fonte: Censo 2010, IBGE.

4.3.2. Média de moradores em domicílios particulares ocupados, por situação do domicílio e localização das áreas

DADO/ANO	2010
População Urbana	2.852
População Rural	4484
População Total	7.336
Fonte: IBGE/Censo 2010	

4.4. 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.

4.5. SANEAMENTO

Número de domicílios por Tipo de Abastecimento de Água	
Abastecimento Água	2010
Rede geral	1575
Poço ou nascente (na propriedade)	714
Poço ou nascente (fora da proprie- Rio, açude, lago	224
	5
Outra forma	4,0
Fonte: IBGE/Censos Demográficos	

Número de domicílios por tipo de Instalação Sanitária	
Instalação Sanitária	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	-
Fossa septic	04
Fossa rudimentar	79
Vala	33
Rio, lago ou mar	05

Outro escoadouro	51
Não sabe o tipo de escoadouro	-
Não tem instalação sanitária	39
<hr/>	
Fonte: IBGE/Censos Demográficos	

Número de domicílios por Tipo de Destino de Lixo	
<hr/>	
Coleta de lixo	2010
<hr/>	
Coletado	2.060
Coletado em caçamba de serviço de	809
Coletado por serviço de limpeza	1.251
Queimado (na propriedade)	368
Enterrado (na propriedade)	33
Jogado	17
Outro destino	44
<hr/>	
Fonte: IBGE/Censos Demográficos	

4.6. EDUCAÇÃO

Paraíso do Sul pertence à região de abrangência da 24ª Coordenadoria Regional da Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul, localizada no Município de Cachoeira do Sul.

O Município conta hoje com 02 (duas) Escolas Estaduais e 08 (oito) Escolas Municipais, oferecendo pré-escola, ensino fundamental e ensino médio.

A rede municipal de ensino é constituída por 2 (dois) níveis de ensino, considerados de competência e obrigação da esfera municipal: a Educação Infantil e o Ensino Fundamental. Na Educação Especial, possuímos o Centro Educacional Pedagógico, que atende alunos inclusos no ensino regular.

A Secretaria Municipal de Educação e Cultura mantém dois serviços essenciais para atender às necessidades e interesses do aluno e do professor: o Serviço Pedagógico na Área da Supervisão Escolar, com o objetivo de acompanhar, assessorar, orientar e avaliar os trabalhos dos professores junto às suas escolas e alunos e o Serviço Administrativo, responsável pelo controle do transporte escolar, da merenda escolar, do Centro de Estudos, de projetos, de pessoal e de serviços gerais.

Em relação à valorização do magistério municipal, em 05 de janeiro de 2004 o Prefeito Municipal sancionou e promulgou a Lei Municipal nº 673/2004, estabelecen-

do o Plano de Carreira do Magistério Público Municipal, criando um regime de trabalho de 25h semanais para os professores que atuam nos anos iniciais (1ª ao 5ª ano), Educação especial e educação infantil e 20h para os professores dos anos finais do ensino fundamental. (6ª ao 9ª Ano).

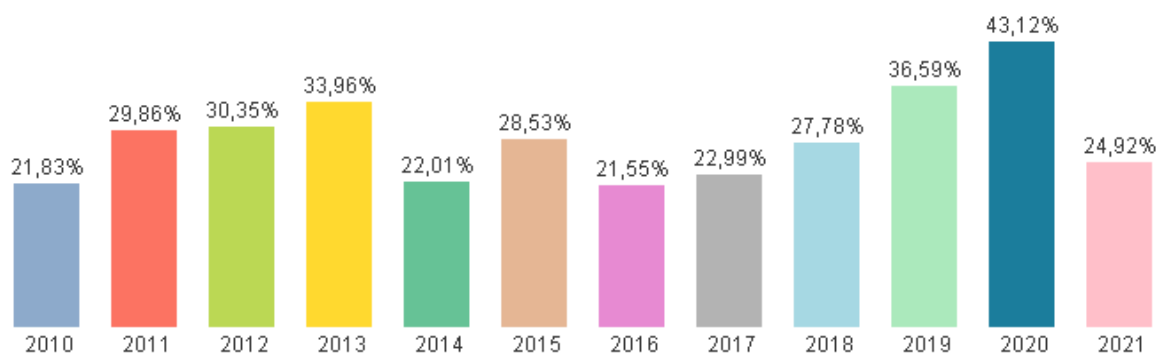
Ensino - Matrículas, Docentes e Rede Escolar Municipal - 2022	
Matrícula - Ensino fundamental	379 Matrículas
Matrícula - Ensino pré-escolar	124 Matrículas
Matrícula – Educação infantil - Creche (0 a 3 anos)	60 Matrículas

Fonte: IBGE, 2012

4.7. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Indicador de Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica

Proporção por Ano



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH SUS

Internações Hospitalares

Internações por Capítulo CID-10	2019	2020	2021
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	41	66	110
Capítulo II Neoplasias [tumores]	86	45	46

Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	5	7	7
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	25	42	30
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	18	8	10
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	7	20	6
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	10	3	3
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	3	0
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	111	136	129
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	118	74	69
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	72	48	46
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	0	2
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido	8	2	7
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	66	80	54
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	68	59	57
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perina-	10	5	8
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0	4
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	9	1	4
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	52	38	59
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	3	0	2

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez -2018-2019-2020

Demanda Reprimida - 2022

ESPECIALIDADE	Quantidade
ALERGOLOGIA	1
ANGIOLOGIA	38
CARDIOLOGIA	2
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	2
CIRURGIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	17
CIRURGIA GERAL	7
CIRURGIA GERAL HÉRNIA	6
CIRURGIA PEDIÁTRICA	14
CIRURGIA REPARADORA	3
CIRURGIA TORÁCICA	1

CLÍNICA DA DOR	6
DERMATOLOGIA	50
ENDOCRINOLOGIA	14
ENDOCRINO-PEDIATRIA	4
GASTROENTEROLOGIA	9
GENÉTICA- ADULTO	3
GINECOLOGIA	9
NEFROLOGIA	1
NEUROLOGIA	34
NEURO-PEDIATRIA	40
PEDIATRIA	4
PNEUMOLOGIA	23
PNEUMO-PEDIATRIA	1
PROCTOLOGIA	8
PSIQUIATRIA	32
PSIQUIATRIA-PEDIÁTRICA	4
REUMATOLOGIA	46
TRAUMATOLOGIA GERAL	10
TRAUMATO-COLUNA	89
TRAUMATO-COTOVELO	1
TRAUMATO-JOELHO	71
TRAUMATO-OMBRO	48
TRAUMATO-PÉ	28
TRAUMATO-PEDIATRIA	18
TRAUMATO-QUADRIL	11
UROLOGIA	46

Fonte: dados da regulação da SMS.

4.8 INDICADORES DO MUNICÍPIO

Indicadores	Tipo	Ano Unidade	2017	2018	2019	2020	2021
			Valor	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/100000hab.(≥ 100000 hab.) / Absoluto(<100000 hab.)	15	19	24	22	19
Indicador 2: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	E	%	-	100,00%	100,00%	-	0,00%
Indicador 3: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	%	96,88%	92,41%	97,65%	100,00%	91,36%

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	%	75%	0%	75%	100%	75%
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	1	0	1	1	0
Indicador 9: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	U	Absoluto	0	0	0	0	0
Indicador 10: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	U	%	73,78%	85,30%	59,49%	70,02%	38,02%
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	0,32	0,4	0,32	0,17	0,17
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	0,35	0,37	0,45	0,17	0,21
Indicador 13: Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	U	%	50,00%	41,18%	48,21%	46,15%	43,48%
Indicador 14: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	U	%	13,79%	8,82%	8,93%	12,31%	10,14%
Indicador 15: Taxa de mortalidade infantil	U	Taxa/1000hab.	0	14,71	0	0	0
Indicador 16: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	Taxa/100000h ab.	0	0	0	0	0
Indicador 17: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U	%	45,03%	96,91%	100,00%	100,00%	0,00%
Indicador 18: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	U	%	61,92%	82,25%	46,01%	43,09%	-
Indicador 19: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	U	%	58,73%	58,62%	59,22%	59,12%	59,03%
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	%	50,00%	33,33%	50,00%	66,67%	100%
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	0

Indicador 23: Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	U	%	0,00%	5,26%	0,00%	0,00%	0,00%
Indicador RS 1: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	U	%	-	100,00%	-	0,00%	0,00%
Indicador RS 2: Proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas	U	%	52,17%	36,84%	28,57%	36,36%	55,56%
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	17	62,79	48,4	15,7	6,54
Indicador 51: Número absoluto de óbitos por dengue	-	-	-	-	-	-	-

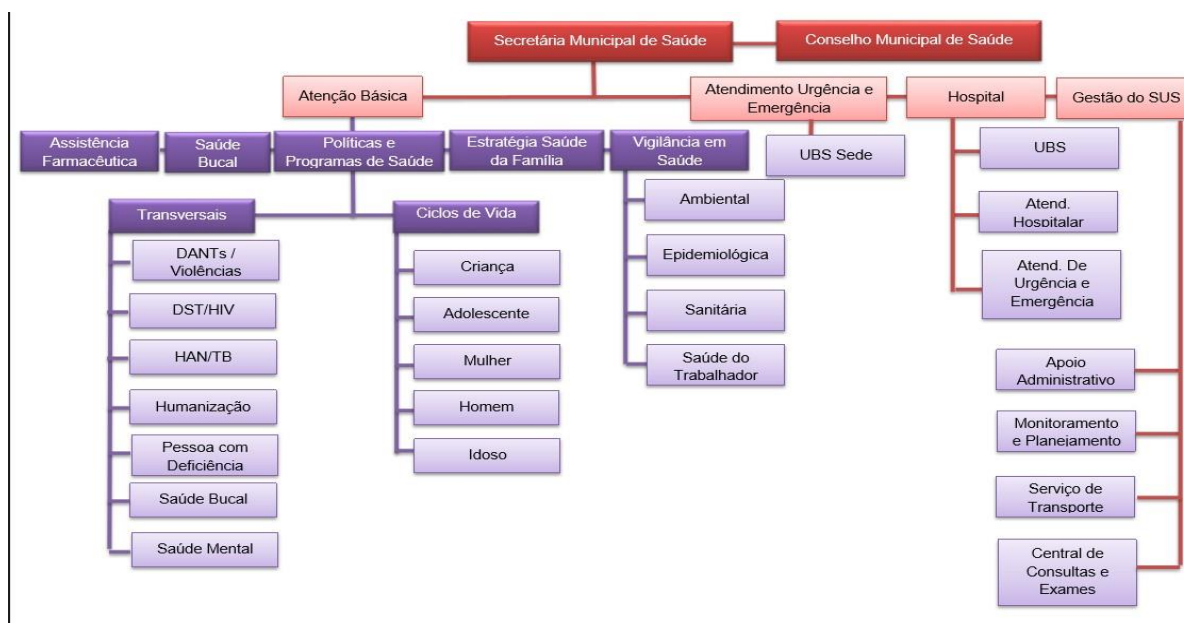
Fonte: BI público.

5. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO

5.1. 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	02	Estatutário
Agente Administrativo. Auxiliar	03	Estatutário
Agente de Combate a Endemias	01	Estatutário
Assessor de secretário	01	Cargo de Confiança
Fiscal Sanitário	01	Estatutário
Motorista	06	Estatutário
Motorista	02	Contrato
Secretário Municipal	01	Cargo de Confiança
Servente	02	Estatutário
Servente	01	Contrato

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	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

5.2. 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 N°3.237 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 N° 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.

5.3. SOCIEDADE ASSISTENCIAL E BENEFICENTE – HOSPITAL PARAÍSO

O Hospital é filantrópico, conta com 32 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 (HUMS)

5.4. 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 aloca-

ção 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 à 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.

5.5. 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.

6. PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS

6.1. 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 a 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 AMERICAN 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, atualmente pendente de homologação pelo Ministério da saúde, além de uma equipe Multidisciplinar, que conta com uma Fonoaudióloga, uma Psicóloga, uma Fisioterapeuta e uma Nutricionista.

6.1.1. 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 na unidade básica 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.

Além disso, juntamente com a ESF é previsto a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde com vistas à consolidação gradual da ESF.

O município de Paraíso do Sul iniciou o processo de implementação da ESF no mês de Julho, de 2015, e atualmente conta com uma equipe formada por: um enfermeiro, um médico clínico geral e cinco agentes comunitários de saúde que fazem a cobertura de cinco microrregiões, e estima-se o atendimento para 3.500 pessoas.

O processo encontra-se em fase inicial com o cadastramento dos domicílios (estrutura física), famílias e indivíduos pelos ACS, e para tanto após a conclusão desta primeira etapa, objetiva-se a reestruturação e fortalecimento dos agendamentos, das visitas domiciliares e da manutenção dos programas que fazem parte da Estratégia da Saúde da Família.

Sendo assim, contemplam-se algumas metas:

- Cadastramento de toda a população das microrregiões;
- Cobertura de 100% da área populacional inicial adstrita;
- Fortalecimento da rede e dos serviços ofertados;
- Qualificação da equipe por meio de educação permanente;
- Qualificação do acolhimento por meio da escuta inicial e classificação de risco;
- Qualificação da atenção do atendimento para grupos prioritários: hipertensos, diabéticos e gestantes;
- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças por meio de atividades individuais e coletivas;

6.1.2. Equipes de Atenção Primária

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.

6.2. 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.

A Vigilância em Saúde é dividida em quatro eixos principais:

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

6.2.1. 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.

6.2.2. 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.

Foi formulado em 1973 e define normas e 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

6.2.3. 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;
- Capacitação dos profissionais envolvidos na digitação das notificações nos sistemas de informações em saúde (SIST-RS e SAN);
- 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.

6.2.4. 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:

- Inspeccionar;
- 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.

6.3. 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 aqui na Unidade Sanitária I de Paraíso do Sul são:

- Orientações quanto ao uso correto de medicamentos.
- Orientações sobre como evitar acidentes domésticos.

6.4. 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.

6.5. 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.

O município de Paraíso do Sul faz parte do PNCT e desde 2012 teve três casos bacilíferos confirmados até o momento. A rede de atenção básica do município conta com uma enfermeira coordenadora do programa e um médico clínico geral capacitado para o diagnóstico. 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.

6.6. 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. Segundo dados epidemiológicos foram detectados quatro casos de hanseníase no município sendo estes nos anos de 2001, 2002, 2007 e 2008.

6.7. 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.

6.8. 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.

A sala de vacinas funciona juntamente a UBS SEDE, com horário expandido das 07:00 as 19:00.

6.9. 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.

6.10. 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.

Todas essas orientações do Ministério da Saúde são seguidas, através de consulta de enfermagem e triagem neonatal desde o nascimento das crianças através do teste do pezinho e orientações, até o acompanhamento puerperal. As famílias também são orientadas quanto ao planejamento familiar, métodos contraceptivos entre outras orientações.

6.11. 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.

Para tanto, por acreditar na necessidade de qualificar a atenção, contemplam-se algumas metas:

- Implementar a caderneta do adolescente;
- Facilitar o acesso dos adolescentes na Unidade Básica de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família;
- Fortalecer o Programa Saúde na Escola em parceria com a Secretaria Municipal de Educação;
- Promover educação em saúde por meio de palestras, atividades didáticas, roda de conversa, conforme necessidades identificadas em parceria com a Secretaria Municipal de Educação e Assistência Social;

6.12. 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 inter-setoriais 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 diversas ações anualmente no mês do outubro rosa, as atividades variam entre palestras e ações educativas, além de ações interativas e de conscientização em grupos no interior e na sede do município.

6.13. 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.

No entanto, o município de Paraíso do Sul ainda não fez a adesão formal à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, porém não deixa de realizar atividades específicas para a população masculina como: consultas médicas com solicitação do exame de Prova do Antígeno Prostático (PSA), atividades educativas pe-

los Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares, palestras e atividades durante as campanhas do Novembro Azul.

Para tanto, define-se como objetivo principal:

- Aderir à Política Integral à Saúde do Homem.

Dessa maneira, salientam-se alguns objetivos específicos:

- Acolher a população masculina em momento oportuno dentro da UBS;
- Manter as ações educativas já desenvolvidas, bem como a solicitação do exame PSA;
- Desenvolver ações educativas e preventivas com ênfase para as principais patologias que acometem os homens como: doenças cardiovasculares, câncer de próstata, câncer de pênis, dentre outros.

6.14. 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).

6.15. 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);
- Reunião de Equipe para identificação e correção de problemas, e avaliação das ações;
- Representação no Conselho Municipal de Saúde de maneira frequente e ativa;

- Escuta qualificada;
- Visitas domiciliares médicas e de enfermagem no intuito de fortalecer e criar
- Fortalecimento da rede, garantindo como porta de entrada a Atenção Básica.

6.16. 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 – Intersetorial (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.

6.17. 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 resolutiva. Quando o número de internações superam o quantitativo disponibilizado, são solicitadas cotas extras à 4ª CRS.

6.18. SERVIÇO DE TRANSPORTE

Para realização das atividades da Secretaria em todos os setores contamos com 3 ambulâncias, 4 veículos de cinco lugares, 01 micro-ônibus e um 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.

6.19. 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 norteadas de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. (BRASIL, 2006).

Atualmente, o Município tem como objetivo implementar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS, estabelecidas pelas políticas deste processo, sendo que estas tem menção principal à promoção, prevenção e assistência à saúde dos usuários do Município.

6.20. ALCANCE DAS METAS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO PREVINE BRASIL

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, do Ministério da Saúde. O novo modelo de financiamento alterou a maneira como ocorrem os repasses aos Municípios, estabelecendo novos critérios para o cálculo do valor a ser repassado, sendo eles: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Dentro do pagamento por desempenho, a referida portaria refere que o pagamento será realizado de acordo com indicadores da área, sendo que atualmente estão sendo considerados sete indicadores:

- Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
- Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico;
- Indicador 5: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
- Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
- Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Atualmente, o Município de Paraíso do Sul encontra-se com a nota ??, sendo que há necessidade de melhoria dos indicadores, principalmente do Indicador 6 e do Indicador 7.

6.21. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

Conforme o Ministério da Educação (2021), “O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira.”

Durante toda a duração da Pandemia de COVID-19, as atividades referentes ao PSE foram suspensas, devido à suspensão também das aulas. Pretende-se a retomada das atividades durante o próximo período letivo.

As ações a serem realizadas através do PSE são as seguintes:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação e atualização da situação vacinal;
9. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;

10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e

12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

6.22. PROGRAMA INFORMATIZA APS

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa visa apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. O investimento na tecnologia da informação tem o condão de subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

O programa possui uma quantidade mínima de consultas de enfermagem e médicas por equipe, sendo que a meta é manter-se dentro das condições especificadas pelo Ministério da Saúde.

6.23. REDE BEM CUIDAR

A Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS) integra o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) do Governo do Estado do Rio Grande do Sul dentro do componente estratégico de qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Trata-se de uma proposta de colaboração entre as gestões estadual e municipal, os trabalhadores da saúde e a população. O objetivo do projeto é incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços de APS oferecidos à população gaúcha.

O município realizou a adesão à RBC/RS, sendo que se tem como meta realizar os monitoramentos e atender às ações estabelecidas no momento da adesão.

6.24. PROJETO CHAMAR 192

O projeto Chamar 192 é o serviço de atendimento às urgências de saúde do cidadão, conforme a área de cobertura implantada no Estado. Trata-se de um serviço colocado à disposição do Município, sendo que se visa a sua colocação em prática nos próximos anos.

Atualmente o Município conta com um telefone celular que recebe os atendimentos de urgência e o Projeto Chamar 192 está em fase de implantação, havendo a necessidade de recepcionar o projeto em nosso ordenamento legal e organizar os serviços para utilizar as ferramentas do Chamar em sua totalidade.

Pretende-se também qualificar todos os motoristas da Secretaria de Saúde para participar do Projeto Chamar.

6.25. PROGRAMA DE COMBATE À PANDEMIA DE COVID 19

A pandemia de COVID-19 pode ser definida como “um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisam ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento.” (MEDINA et al, 2020)

Neste sentido, o Município precisa se organizar para lidar com a Pandemia e o período após da melhor e mais eficiente maneira.

O trabalho a ser realizado ainda é vasto e é necessário manter uma organização de modo a evitar o avanço da doença e combater eventuais surtos e picos de contaminação.

Deste modo, é necessário manter vários eixos de atuação da atenção básica, sendo eles: Vigilância em Saúde, Atenção aos usuários com COVID-19, Suporte social aos grupos vulneráveis e manutenção das atividades da SMS. (MEDINA et al, 2020)

A vigilância em saúde consiste na utilização dos ESFs e EAPs para realizar ativamente a detecção, notificação, e acompanhamento dos casos de COVID-19. Já a atenção aos usuários com COVID-19 é realizada através do cuidado com o cumprimento dos protocolos quando há uma pessoa infectada pelo vírus, garantindo um fluxo que evite a contaminação, bem como trabalhar na orientação da população. O suporte social aos grupos vulneráveis pode ser realizado através de ações do ESF, em conjunto com os demais órgãos do poder executivo. (MEDINA et al, 2020)

Por fim, a simples manutenção dos serviços já ofertados pela Atenção Básica também se enquadra como combate à pandemia de COVID-19, sendo que a manutenção do fluxo e organização das atividades também se enquadra neste eixo.

6.26. PROJETO ACADEMIA DE SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população.

O Município atualmente possui um polo instalado ao lado da UBS da sede, sendo que se pretende realizar a prática de atividades físicas com os grupos de idosos, pessoas com doenças crônicas e demais grupos, em parceria com as outras Secretarias. Também se pretende a disponibilização de um educador físico, para orientar a prática de atividades.

6.27. SAÚDE BUCAL

No mesmo prédio onde funciona a Secretaria Municipal de Saúde e a Unidade Sanitária I, encontra-se uma Unidade Odontológica, contando com os seguintes profissionais: dois dentistas concursados com 30 horas semanais. Não há auxiliar de consultório dentário.

O atendimento se dá por demanda espontânea e agendamento de consultas, seguindo a Tabela de Procedimentos da Atenção Básica do SUS, ou seja, restaurações, extrações, atendimentos de urgência, raspagens, pulpotomias, etc. São realizadas também ações de caráter preventivo e levantamento de dados, com avaliação da saúde bucal de escolares do jardim até o quinto ano, em escolas municipais.

7. 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 (2022 – 2025)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1.	Aquisição de materiais e equipamentos permanentes	Estrutura administrativa	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.2.	Construção, reforma e ampliação de obras e instalações	Sala multiprofissional construída	1	2021	un.	2	unidade	1	2	2	2
1.1.3.	Aquisição e manutenção de veículos	Manutenção geral das atividades da SMS	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.4.	Manutenção do conselho municipal de saúde	Participação no controle social	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.5.	Manutenção da gestão administrativa	Manutenção das condições de trabalho referente aos recursos humanos, técnicos, equipamento e materiais gráficos	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100

1.1.6.	Manutenção das atividades de ouvidoria do sus na secretaria municipal de saúde	Manutenção do setor de ouvidoria	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.8.	Manutenção do consórcio de saúde	Atividade mantida	1	2021	Un.	1	Unidade	1	1	1	1
1.1.9.	Manutenção das ações de prevenção e combate ao covid-19 na secretaria municipal de saúde	Acolhimento, avaliação e encaminhamento dos pacientes com síndrome gripal	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100

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 (2022-2025)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Garantia de pleno Funcionamento do Programa de ESF e das EAPS	Cobertura populacional estimada pelas equipes de ab	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.2	Manutenção do programa mais médicos	Manutenção do programa	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.3	Garantia do programa de insumos-fraldas	População atendida conforme critério de vulnerabilidade	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.5	Garantia do programa dos agentes comunitários de saúde	Cobertura de população estimada pelas equipes de AB	37	2021	%	100	Percentual	50	70	90	100

2.1.6	Garantia do programa de saúde bucal	População atendida	59,03	2021	%	59,03	Percentual	59,03	59,03	59,03	59,03
2.1.7	Contratação de auxiliar de consultório dentário	Contratação realizada	0	2021	Carga horária	60	Carga horária	40	40	60	60
2.1.8	Garantia da qualificação das equipes da Atenção Básica para a Manutenção do programa Previne Brasil	Qualificação dos funcionários	10	2021	%	100	Percentual	50	70	100	100
2.1.9	Início das atividades da academia de saúde	Serviço Implantado	0	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.10	Manutenção do programa saúde na escola	Cobertura escolas	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.10	Garantir a manutenção do acompanhamento de gestantes programa de pré-natal	Gestantes acompanhadas	80	2021	%	80	Percentual	80	80	80	80
2.1.11	Manutenção das ações de prevenção e combate ao covid-19 na secretaria municipal de saúde	Acolhimento, avaliação e encaminhamento dos pacientes com síndrome gripal	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.12	Reduzir as internações por causas sensíveis a Atenção Básica	Porcentagem de internações	24,92	2021	%	20	Percentual	25	20	20	20
2.1.13	Cobertura de acompanhamento das condicionantes do Programa Bolsa Família	Percentual de acompanhamento	43,09	2020	%	70	percentual	70	70	70	70
2.1.14	Capacitação dos funcionários para manutenção do programa Rede Bem-Cuidar	Percentual de funcionários cadastrados nos ESF e equipes	47	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100

2.1.15	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Óbitos investigados	100	2021	%	100	percentual	%	%	%	%
2.1.16	Proporção de mulheres em idade fértil investigados	Óbitos investigados	100	2021	%	100	percentual	%	%	%	%
2.1.17	Alcance das metas dos indicadores de desempenho do programa previne brasil	Pontuação ISF	3.76	2021	%	10	Pontuação	5	7	10	10
2.1.18	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Percentual de cura mantido	100	2021	%	100	percentual	100	100	100	100
2.1.19	Proporção de cura de casos novos de Hanseníase	Percentual de cura mantido	100	2021	%	100	percentual	100	100	100	100
2.1.20	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	2021	%	95	percentual	95	95	95	95
2.1.21	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 ano.	100	2021	%	100%	percentual	100	100	100	100
3.1.22	Garantia de acesso à consulta de psiquiatria dentro do programa da saúde mental	Assegurar duas vagas de urgências encaminhadas por mês, conforme demanda.	0	2021	un	2	Unidade	2	2	2	2

3.1.23	Manutenção e apoio aos grupos terapêuticos da saúde mental no âmbito da saúde e assistência social,	Atividade mantida	100%	2021	%	100	percentual	100	100	100	100
3.1.24	Manutenção dos atendimentos em neuropediatria para crianças da rede escolar municipal	Percentual de vagas ofertadas conforme demanda	100%	2021	%	100	percentual	100	100	100	100
3.1.25	Implantação da equipe Multiprofissional em Atenção Especializada em Saúde Mental	Equipe implantada	0	2021	un	1	unidade	1	1	1	1

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			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Garantir a manutenção e funcionamento do programa Chamar 192.	Cobertura populacional	100	2021	%	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			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Manutenção do programa de farmácia básica	Cobertura Populacional Estimada pelas equipes de atenção básica	100	2021	%	100%	Percentual	100	100	100	100
4.1.2	Manutenção do programa dos medicamentos ambulatoriais	Atividade mantida – disponibilidade de medicamentos do REMUME	100	2021	%	100%	Percentual	100	100	100	100
4.1.4	Manutenção dos itens da remume na farmácia do município	Atualização anual, programação, aquisição e distribuição de itens de medicamentos básicos (REMUME)	100	2021	%	100%	Percentual	100	100	100	100
4.1.5	Criar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	Equipe criada	0	2021	Un.	1	Unidade	1	1	1	1
4.1.6	Ampliar a equipe de atendimento da Farmácia Municipal	CH profissional	40	2021	Horas	80	Horas	40	60	80	80
4.1.7	Instituir e manter o programa Cuidar + no Município.	Atividade mantida	0	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

4.1.8	Manutenção da área física e equipamentos e materiais necessários ao atendimento dos pacientes.	Atividade mantida	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
4.1.9	Realizar o ajuste da dispensação de medicamentos da farmácia Básica para inclusão de tiras reagentes para verificação de glicose e contraceptivos	Atividade implantada e mantida	0	2021	unidade	1	unidade	1	1	1	1
4.1.10	Instalação e promoção do Programa Farmácia Solidária no Município	Atividade implantada e mantida	0	2021	Percentual	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 (2022 - 2025)	Unidade de medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1	Manter os cadastros dos estabelecimentos sujeitos a VISA	Percentual de estabelecimentos	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
5.1.2	Realizar a inspeção nos estabelecimentos sujeitos a VISA	Percentual de estabelecimentos visitados	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100

5.1.3	Implantar o código Sanitário Municipal	Realização da implantação do código	0	2021	un	1	unidade	1	1	1	1
5.1.4	Manutenção de atividades de combate ao mosquito aedes aegypti	Pontos estratégicos	100	2021	%	100	Percentual	100	100	100	100
5.1.5	Combate ao mosquito Borrachudo - Simuliidae	Realização de aplicações de BTI	3	2021	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	2021	percentual	100	percentual	100	100	100	100

7.2 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 Estratégia de Saúde da Família 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 Or-

çamentos 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.