



PREFEITURA DE
CAARAPÓ
JUNTOS POR UM NOVO TEMPO.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2026 – 2029

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAARAPÓ MS

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2026-2029**

**CAARAPÓ-MS
2025**

O Sistema Único de Saúde é a expressão do direito à vida, à dignidade e à cidadania. Planejar a saúde é planejar o futuro.

ELABORAÇÃO

Devanir Palácios de Carvalho

Sessão de Planejamento e Prestação de Contas

APOIO

Anelise Paula Fernandes da Costa

Claudiléia Martins Rocha

Jhonatan Viturino da Silva

Juliana da Silva Monteiro

Juliana Rubim

Nataly Pleutin Fleitas

Pollyanna Meireles Cordeiro

Rosalina Ferreira Colombo Gonzales

Viviane Alves Pereira

EQUIPE TÉCNICA DE PLANEJAMENTO

Beatriz da Silva Romeiro Biagi

Camila Albertini Rodrigues

Edmar Cassaro

Francisco Junior Oliveira dos Santos

Ivo Benites

Jaime Pereira Alves

Joana Pereira da Silva Santos

Jóice Lima de Souza

Kerollin Marques Martins

Marilene Simone Amorim Marques

Nayara Mendes Yassuda de Souza

Rosicléia da Silva Santos

Samuel Bach



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAARAPÓ – MS

Av. Presidente Vargas, Nº 465, Centro, Cep: 79.940-000

Prefeita: Maria Lordes Portugal

Vice-Prefeita: Jéssica Duarte Valério

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Presidente Vargas, nº 575 - Fundos, Centro

Secretaria: Beatriz da Silva Romeiro Biagi

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Duque de Caxias, nº 726, centro

Presidente: Tânia Regina de Souza

COORDENADORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nayara Mendes Yassuda de Souza

COORDENADOR DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Samuel Bach

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAARAPÓ CMS – GESTÃO 2024-2026

Presidente

Tânia Regina de Souza

Segmento dos Usuário do SUS

Vice-presidente

Ricardo Candado

Segmento dos Usuários do SUS

1º Secretária

Nayara Mendes Yassuda de Souza

Seguimento dos Prestadores de Serviços

2ª Secretária

Jackeline de Jesus Cavichioni

Seguimento dos Trabalhadores em Saúde

MEMBROS CONSELHO DE SAÚDE – GESTÃO 2024-2026

NOME	CONDIÇÃO	SEGUIMENTO
Alessandro jose da trindade	Suplente	Usuário do SUS
Aline Cristina Moraes Feltrin	Suplente	Trabalhador em Saúde
Eliane maria Naiverth Callegari	Suplente	Prestador de Serviços
Jakeline de Jesus Cavichione	Titular	Trabalhador em Saúde
Kassila Fernandes dos Santos	Titular	Trabalhador em Saúde
Maria Girlaneide Palicer	Suplente	Usuário do SUS
Nadia Alvares Nadal	Titular	Prestador de Serviços
Nayara Mendes Yassuda de Souza	Titular	Gestor
Osmar Mello	Titular	Usuário do SUS
Paula Luisa Cusinato Leitão	Suplente	Prestador de Serviços
Rodrigo Wesen de Souza Melo	Titular	Usuário do SUS
Ricardo Candado	Titular	Usuário do SUS
Ruti Ladeia Leandro	Suplente	Usuário do SUS
Tânia Regina de Souza	Titular	Usuário do SUS

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó – SMS apresenta o Plano Municipal de Saúde de Caarapó para o período de 2025 a 2029, instrumento que irá conduzir as ações da saúde pública municipal nos próximos quatro anos.

Este documento estabelece, em diretrizes, objetivos, metas e indicadores, o caminho que vamos percorrer para consolidar uma rede de atenção à saúde cada vez mais eficiente, organizada e próxima da população.

Iniciamos este novo ciclo com a expectativa de avançar de forma consistente, elevando a qualidade e a capacidade de atendimento da saúde em nosso município. Nosso compromisso é prover à sociedade caarapoense os melhores avanços tecnológicos, sempre aliados a práticas humanizadas, que reconhecem o cidadão como centro do cuidado.

Assim, reafirmamos nossa missão de garantir uma saúde pública resolutiva, inclusiva e transformadora, capaz de promover bem-estar, prevenir doenças e salvar vidas.

Beatriz da Silva Romeiro Biagi

Secretaria Municipal de Saúde

SIGLAS

AGEHAB – Agência de Habitação Popular de Mato Grosso do Sul

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

ASIS – Análise de Situação de Saúde

CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEONC – Centro de Oncologia de Cascavel

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CF – Constituição Federal

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DANTs – Doenças e Agravos não Transmissíveis

DART – Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DCNTs – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DO – Declaração de óbito

DOMI – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DTP – Difteria, Tétano e Pertussis

EAPV – Eventos Adversos Pós-Vacinação

EJA – Educação de Jovens e Adultos

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

EXPOAC – Exposição Agropecuária de Caarapó

FETAC – Faculdade de Educação, Tecnologia e Administração de Caarapó – MS

GNI – Gross National Income – Renda Nacional Bruta

HBSM – Hospital Beneficente São Mateus

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IOD – Índice de Densidade de Ovos (do mosquito Aedes aegypti)

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LER/DORT – Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

LGBTQIAPN+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e outras identidades

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados

LIRAA – Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti

LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF

LOAS – Lei Organica da Saúde

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana

LVH – Leishmaniose Visceral Humana

MPT – Ministério Público do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Bloco de Custeio da Atenção Primária à Saúde

PAIR – Perdas Auditivas Induzidas por Ruído

PAM – Policlínica de Atendimento Médico

PAS – Programação Anual de Saúde

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PES – Plano Estadual de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PMS – Plano Municipal de Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POE – Plano Operativo Estadual

PPA – Plano Plurianual

Qualifar-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENOME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SEC – Secretaria de Estado de Cidadania

SEJUSP – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública

SEMADESC – Secretaria de Meio Ambiente, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SRC – Síndrome da Rubéola Congênita

SUS – Sistam Único de Saúde

Tabwin - Tabulador de dados do DATASUS

TB – Tuberculose

TGF – Taxa Geral de Fecundidade

TICs – Tecnologias da Informação e Comunicação

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UOM – Unidade Odontológica Móvel

UOPECCAN – União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer

VIGIAGUA – Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

VISA – Vigilância Sanitária

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador



Sumário

1. Análise Situacional de Saúde

1.1. Caarapó	29
1.1.1. Histórico Horigem e Formação	29
1.1.2. Apresentação do Território	30
1.1.2.1. Economia	34
1.1.2.1.1. Produto Interno Bruto - PIB	35
1.1.2.1.2. Energia	38
1.1.2.1.3. Energia Renovável	39
1.1.2.1.4. Comunicações	40
1.1.2.1.5. Transporte Terrestre	41
1.1.2.1.6. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH	42
1.1.2.2. Cultura e Lazer	43
1.1.2.3. População caarapoense	44
1.1.2.4. Pirâmide etária	46
1.1.2.5. Taxa de Fecundidade	48
1.2. Histórico da Organização de Saúde	51
1.3. Situação de Saúde do Município	53
1.3.1. Índice de GINI	53
1.3.2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença	54
1.3.2.1. Trabalho e Renda	54
1.3.2.2. Desocupação	55
1.3.2.3. Mercado de Trabalho Formal	55
1.3.2.4. Taxa de Pobreza	57
1.3.2.5. Bolsa Família	57
1.3.2.6. Saneamento Básico	58
1.3.2.7. Habitação	59
1.3.2.8. Educação	59
1.3.2.9. Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis	64
1.3.2.9.1. População Indígena – Povos Originários	65



1.3.2.9.2. População Privada de Liberdade no Sistema Prisional	68
1.3.2.9.3. População LGBTQIAPN+	70
1.3.2.9.4. População em Situação de Rua	71
1.3.2.9.5. População Negra	76
1.4. Perfil Epidemiológico	77
1.4.1. Aspectos da Mobimortalidade	77
1.4.2. Morbidade Hospitalar	79
1.4.3. Mortalidade por Grupos de Causa	82
1.4.4. Mortalidade Materna	85
1.4.5. Mortalidade Infantil	87
1.4.6. Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT	89
1.4.7. Incidência de Câncer	92
1.4.8. Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória	95
1.4.8.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – HIV/AIDS	95
1.4.8.2. Sífilis	98
1.4.8.3. Hepatites Virais B e C	103
1.4.8.4. Dengue	104
1.4.8.5. Febre do Chikungunya	107
1.4.8.6. Febre por Vírus Zika	109
1.4.8.7. Covid-19	111
1.4.9. Hanseníase	113
1.4.10. Tuberculose (TB)	115
1.4.11. Leishmaniose Visceral Humana	117
1.4.12. Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)	118
1.4.13. Raiva	119
1.4.13.1. Atendimento Antirrábico em Humanos	120
1.4.14. Sarampo	121
1.4.15. Rubéola	122
1.4.16. Tracoma	122
1.4.17. Imunização - Cobertura Vacinal	123

1.4.18. Proporção de Casos Residentes Encerrados Oportunamente por Agravo	125
1.4.19. Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho	128
1.4.20. Acidentes por Animais Peçonhentos	131
2. Rede de Estabelecimentos e Serviços de Saúde	132
2.1. Rede de Estabelecimento e Serviços de Saúde	132
2.1.1. Capacidade instalada	133
2.1.2. Atenção Especializada	137
2.1.3. Unidade Hospitalar Caarapó	138
2.1.4. Produção de Serviços – SIA E SIH	142
2.1.5. Produção Ambulatorial por Subgrupos de Procedimento	147
2.1.6. Sistema de Informações Hospitalares	151
3. Organização e Estrutura da Saúde	152
3.1. Atenção Primária à Saúde	152
3.1.1. Programa Academia da Saúde	155
3.2. Redes de Atenção à Saúde (RAS)	156
3.2.1. Rede Aline	157
3.2.2. Rede de Urgência e Emergência - RUE	158
3.2.3. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	160
3.2.4. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência – RAPD	162
3.2.5. Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas - RASPDC	163
3.3. Saúde Bucal	165
3.4. Assistência Farmacêutica	167
3.4.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica	168
3.4.2. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	169
3.4.3. Qualifar SUS	171
3.5. Vigilância em Saúde	171



3.5.1. Vigilância Epidemiológica	172
3.5.2. Vigilância em Saúde Ambiental e Toxicológica	173
3.5.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador	176
3.5.4. Vigilância Sanitária	177
3.5.5. Controle de Vetores	178
3.5.6. Imunização	180
4. Gestão em Saúde no Município	181
4.1. Gestão	181
4.1.1. Organização Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde	182
4.2. Planejamento Estratégico e Informação em Saúde	184
4.3. Gestão Participativa e Controle Social	186
4.3.1. Participação Social	186
4.4. Regulação	187
4.4.1. Fluxo de Regulação Municipal	190
4.4.2. Tratamento Fora de Domício (TFD)	191
4.4.3. Ações Judiciais	193
4.5. Auditoria, Controle e Avaliação	194
4.6. Força de Trabalho do Sistema Único de Saúde no Município de Caarapó	195
4.6.1. Perfis dos Trabalhadores do SUS	196
4.6.2. Diagnóstico das Necessidades de Educação Permanente em Saúde	198
4.7. Saúde Digital	199
4.7.1. Diagnóstico Situacional e Necessidades	201
4.7.2. Infraestrutura, Software e Serviços Técnicos da Informação	202
5. Financiamento	203
6. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	207
6.1. Monitoramento e Avaliação	219

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura do PPA 2026-2029 – Caarapó-MS.....	23
Figura 2 – Estrutura do Plano Municipal de Saúde 2026-2029	24
Figura 3 – Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó.....	26
Figura 4 – Representação Visual dos Macroproblemas Prioritários para o quadriênio 2026-2029.....	28
Figura 5 – Mapa rodoviário Caarapó	31
Figura 6 – Pirâmide etária Caarapó.....	46
Figura 7 – Pirâmide etária da população indígena de Caarapó.....	66
Figura 8 – Distribuição da população indígena por grupos etários	67
Figura 9 – Organograma Secretaria Municipal de Saúde Caarapó.....	183

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População estimada por sexo e faixa etária	45
Tabela 2 – Série histórica taxa geral de fecundidade Caarapó	50
Tabela 3 Mercado de trabalho formal	55
Tabela 4 – Relação de escolas em Caarapó	63
Tabela 5 – População indígena Caarapó, distribuída por sexo e faixa etária	66
Tabela 6 – Quantidade e perfil de atendimentos de pessoas em situação de rua	72
Tabela 7 – Quantidade e perfil de pessoas vivendo em situação de rua	74
Tabela 8 – Número de óbitos totais em Caarapó-MS	77
Tabela 9 – Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da cid-10	81

Tabela 10 – Mortalidade por grupos de causa.....	83
Tabela 11 – Razão de Mortalidade Materna (2020-2024).....	86
Tabela 12 – Taxa de Mortalidade Infantil (2020-2024).....	88
Tabela 13 – Série Histórica de Notificação de Violência em Caarapó (2020-2025)	90
Tabela 14 – Total de casos de neoplasia maligna	93
Tabela 15 –Distribuição de Pacientes Oncológicos por Faixa Etária Caarapó 2020-2024	94
Tabela 16 – Distribuição dos Casos de HIV em Caarapó 2020-2024.....	95
Tabela 17 – Incidência de HIV por sexo e faixa etária – 2020 parcial 2025 ..	96
Tabela 18 – Casos de Sífilis por tipo – Caarapó (2020-2024).....	99
Tabela 19 – Taxa de Incidência Sífilis Adquirida – Caarapó 2020-2024	100
Tabela 20 – Taxa de incidência de Sífilis Congênita – Caarapó (2020-2024)	102
Tabela 21 – Incidência das Hepatites virais em Caarapó (2020-2024)	103
Tabela 22 – Casos de Dengue Municipal por Bairro em Caarapó 2024	105
Tabela 23 – Situação de Febre Chikungunya em Caarapó (2020-2024)	107
Tabela 24 – Situação Covid-19 Caarapó (2020-2024)	112
Tabela 25 – Dados de animais vacinados contra raiva no município	119
Tabela 26 – Taxa de cobertura vacinal – Caarapó (2023-2025)	124
Tabela 27 – Agravos Utilizados como Indicadores para Encerramento Oportuno Ano 2023 e 2024	127
Tabela 28 – Registro de acidentes de trabalho 2020-2024.....	129
Tabela 29 – Registro de acidentes com animais peçonhentos 2020-2024 .	132

Tabela 30 – Rede física de estabelecimento de saúde por tipo de estabelecimento	134
Tabela 31 – Rede Física por Natureza Jurídica	135
Tabela 32 – Detalhamento da Rede Física de Estabelecimento de Saúde	136
Tabela 33 – Número de Leitos Hospitalares HBSM	136
Tabela 34 – Número de equipamentos hospitalares	139
Tabela 35 – Produção SIA/SUS Caarapó 2020-2024	143
Tabela 36 – Produção ambulatorial por subgrupo de procedimentos Caarapó (2020 a 2024)	148
Tabela 37 – Rede de Atenção Psicossocial Caarapó	161
Tabela 38 – Equipes de saúde bucal cadastradas em Caarapó	165
Tabela 39 – Monitoramento da qualidade da água para consumo humano	174
Tabela 40 – Número de notificações exógenas por agrotóxicos em Caarapó (2021 a 2024)	175
Tabela 41 – Monitoramento vetorial com ouvitrampas (2023-2025)	179
Tabela 42 – Situação do fluxo da Regulação Ambulatorial – Caarapó 2025	189
Tabela 43 – Postos de trabalho ocupados por ocupação e formas de contratação	197
Tabela 44 – Postos de trabalho ocupados por contratos temporários e cargos em comissão	198
Tabela 45 – Evolução percentual de Despesas em Saúde Por Fonte de Recurso	204
Tabela 46 – Planejamento das Despesas por Subfunção	205
Tabela 47 – Resumo da relação entre eles (DOMI)	208

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – PIB per capita Caarapó	35
---	----

Gráfico 2 – Participação percentual dos subsetores no PIB industrial de Caarapó	37
Gráfico 3 – Série histórica de óbitos – Caarapó MS (2020-2024).....	78
Gráfico 4 – Mortalidade por grupos de causa – Caarapó (2020-2023).....	84
Gráfico 5 – Total de casos de HIV notificados – (Caarapó 2020-2024)	97
Gráfico 6 – Evolução da taxa de incidência de sífilis adquirida – Caarapó (2020-2024)	101
Gráfico 7 – Evolução dos casos de Febre por Virus Zika (2020-2024)	110
Gráfico 8 – Evolução Covid-19 (2020-2024)	112
Gráfico 9 – Casos de Hanseníase no município (2020-2024).....	114
Gráfico 10 – Total de casos de tuberculose (2020-2024)	116
Gráfico 11 – Vacinação antirrábica em Caarapó (2020-2024).....	120
Gráfico 12 – Vacinas com cobertura abaixo da meta (Caarapó 2023-2025)....	125
Gráfico 13 – População cadastrada na Atenção Primária à Saúde Caarapó - 2025	153
Gráfico 13 – Série histórica de Despesa Total em Saúde por fonte de Recurso	205

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Caarapó, referente ao quadriênio 2026–2029, constitui-se no principal instrumento de planejamento da gestão em saúde no âmbito municipal, em consonância com o disposto na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, na Lei nº 8.142/1990, no Decreto nº 7.508/2011, bem como nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

A sua elaboração foi norteada pelo princípio da participação social, assegurado por meio de escutas realizadas nos distritos de Nova América, Cristalina e na Aldeia Indígena Tey Kue, espaços em que foram levantadas demandas, necessidades e propostas da comunidade.

O processo contou, ainda, com a realização da 9^a Conferência Municipal de Saúde de Caarapó, instância deliberativa que reuniu usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços, possibilitando a formulação de diretrizes e a pactuação de prioridades para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

De forma complementar, foram promovidas reuniões técnicas com as equipes da Secretaria Municipal de Saúde, assegurando a integração entre diagnóstico situacional, prioridades locais, diretrizes nacionais e a viabilidade de execução das ações previstas.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde de Caarapó 2026–2029 representa um instrumento estratégico e participativo, voltado à organização da rede de atenção, à transparência da gestão pública e ao fortalecimento do SUS, tendo como horizonte a melhoria das condições de saúde da população.

Figura 1 - Estrutura do PPA 2026-2029 – Caarapó-MS



Fonte: SMS/CAARAPÓ.

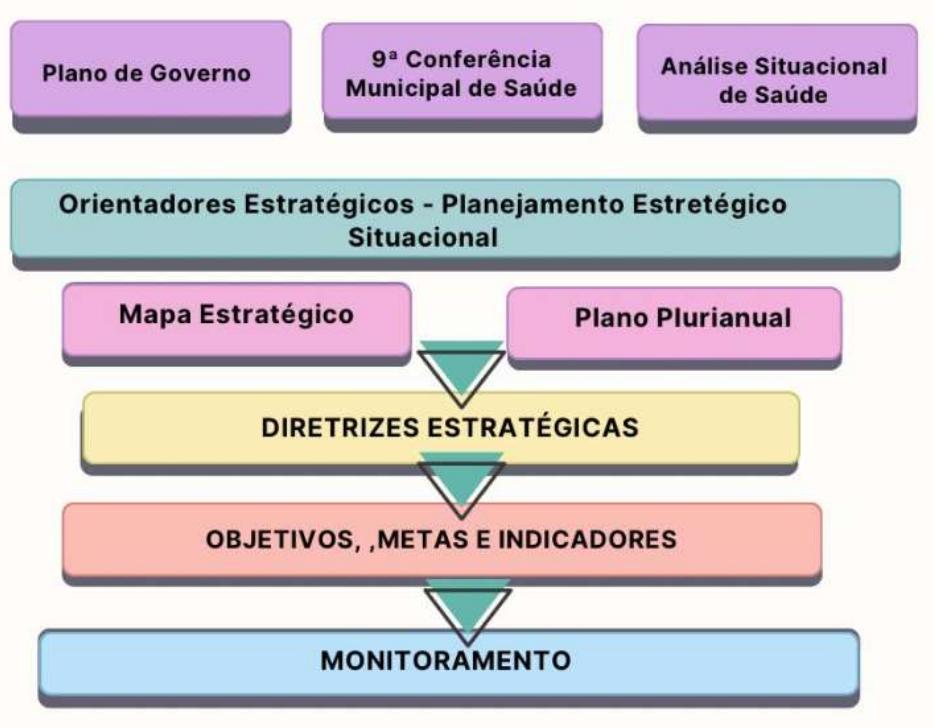
Este Plano Municipal de Saúde considera a estrutura preconizada pela Portaria de Consolidação MS/GM Nº 01/2017, sendo, desta forma, composto por três grandes capítulos: 1) Análise de Situação de Saúde (ASIS), 2) Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) e 3) Monitoramento e Avaliação.

A Análise de Situação de Saúde (ASIS) constitui-se como etapa fundamental do planejamento em saúde no município de Caarapó. Ela caracteriza a população local a partir de dados demográficos, destacando suas especificidades e dinâmicas sociais. Além disso, identifica as principais necessidades de saúde por meio de indicadores epidemiológicos, analisando tanto o perfil de adoecimento quanto de mortalidade da população. A ASIS também contempla a estrutura e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, evidenciando suas potencialidades, bem como os vazios assistenciais que ainda necessitam de enfrentamento.

Na sequência, apresenta-se o capítulo de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), elaborado a partir da análise situacional e em consonância com os principais marcos de referência: Plano de Governo, 9ª Conferência Municipal de Saúde, Plano Plurianual 2026-2029, além do Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Esse alinhamento garante que o planejamento em saúde

de Caarapó esteja integrado às políticas estaduais, nacionais e globais, orientando ações que promovam maior equidade, eficiência e efetividade no cuidado à população.

Figura 2 - Estrutura do Plano Municipal de Saúde 2026-2029



Fonte: SMS

Além de dialogar com o Plano Plurianual (PPA) municipal, as propostas das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó refletem a capacidade de atuação da gestão local. As metas e indicadores definidos expressam os aspectos estratégicos dos processos de trabalho e as prioridades estabelecidas pela administração. Todo o conteúdo foi construído e validado junto às coordenações responsáveis, considerando a necessidade de integrar de forma estratégica as demandas da sociedade no desenvolvimento da saúde municipal.

No que se refere à relação com o Conselho Municipal de Saúde de Caarapó, destaca-se o papel de monitoramento, fiscalização e participação na formulação das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, ressalta-se a realização, em 2025, da 9ª Conferência Municipal de Saúde, cujas propostas aprovadas na plenária final, e correlacionadas aos objetivos e metas quadriennais do Plano Municipal de Saúde, foram devidamente incorporadas ao processo de planejamento, seja na forma de

diretrizes, metas, objetivos ou ações, de abrangência municipal ou regional. Após sua finalização, o documento foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Caarapó, reforçando o compromisso com a gestão participativa e transparente.

Instrumentos que orientam a elaboração deste plano

Mapa estratégico

O Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó é um instrumento de gestão que busca alinhar as metas, ações e prioridades do Plano Municipal de Saúde à visão e à missão institucional da secretaria. Além de dialogar com o Plano Estadual de Saúde, sua função central é estabelecer de forma clara os rumos da política de saúde municipal, garantindo que todos – gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde – compreendam nitidamente os objetivos e prioridades que orientam a atuação da secretaria.

Trata-se de uma ferramenta de comunicação estratégica que possibilita transformar diretrizes em objetivos concretos, organizando-os de maneira integrada e coerente. O mapa é estruturado em diferentes perspectivas, que se relacionam entre si e refletem as diversas dimensões de atuação da gestão:

- Resultados para a sociedade: traduzem os impactos esperados das ações de saúde na vida da população, promovendo maior acesso, equidade e qualidade dos serviços ofertados.
- Processos internos: dizem respeito à melhoria contínua da organização e da execução das atividades da secretaria, visando maior eficiência, eficácia e efetividade nas ações de saúde.
- Perspectiva da gestão: contempla a governança, o uso adequado de recursos, a valorização dos trabalhadores e a consolidação de práticas que fortalecem a capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde no município.

Com isso, o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó se apresenta como um guia orientador, que conecta missão, visão e valores institucionais às ações concretas de saúde, assegurando que o planejamento seja compreendido como um processo dinâmico, participativo e alinhado às necessidades da população.

Figura 3 – Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó



Macroproblemas

A formulação do Plano Municipal de Saúde de Caarapó teve como etapa inicial a identificação dos macroproblemas que interferem de forma significativa na garantia do direito à saúde da população. Essa análise partiu da caracterização do perfil demográfico e epidemiológico do município, da avaliação dos serviços de saúde existentes e das demandas levantadas pela comunidade, pelos trabalhadores e pelos gestores.

A identificação dos macroproblemas teve início com a sistematização de um conjunto de indicadores demográficos, sociais e epidemiológicos.

Os indicadores demográficos permitiram analisar a distribuição da população por faixa etária e sexo, revelando o perfil etário do município e suas implicações para a organização da rede de atenção à saúde.

Os indicadores sociais possibilitaram a caracterização das condições de vida da população, abrangendo aspectos como acesso ao abastecimento de água potável, coleta de lixo e esgotamento sanitário, qualidade das habitações, condições de transporte, segurança e disponibilidade de espaços de lazer. Também foram considerados elementos ligados à inserção da população no mercado de trabalho, nível de escolaridade, renda, tipo de ocupação, além das formas de organização social, religiosa e política.

Já a caracterização epidemiológica contemplou dados de morbidade e mortalidade, fundamentais para identificar os principais agravos à saúde no município. Essa análise evidenciou tanto problemas relacionados às doenças crônicas não transmissíveis — como hipertensão arterial, diabetes e obesidade — quanto agravos transmissíveis e situações que guardam estreita relação com determinantes ambientais e sociais, como a ocorrência de doenças de veiculação hídrica ou relacionadas à precariedade do saneamento básico.

De posse dessa caracterização geral da população, o segundo passo consistiu na identificação dos macroproblemas, que representam os grandes desafios a serem enfrentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó. Esses macroproblemas traduzem as insuficiências da rede de atenção, as desigualdades de acesso, as fragilidades na gestão do trabalho, as limitações de financiamento e a influência das condições sociais e ambientais sobre os indicadores de saúde.

Essa definição constitui a base para o processo de planejamento, orientando as diretrizes, objetivos, metas e ações do Plano Municipal de Saúde, de modo a garantir respostas efetivas às necessidades da população de Caarapó.

Figura 4- Representação Visual dos Macroproblemas Prioritários para o quadriênio 2026-2029



1. Análise situacional de saúde

A elaboração da Análise Situacional de Saúde tem como objetivo identificar, compreender e avaliar as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes sociais, bem como a organização e a capacidade instalada da rede de atenção à saúde.

Esse processo permite:

- Diagnosticar as principais necessidades e problemas de saúde da população, considerando aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e ambientais;
- Avaliar a estrutura, os serviços e os recursos disponíveis no Sistema Municipal de Saúde, verificando a oferta, acesso, cobertura e qualidade da atenção prestada;

- Subsidiar o processo de planejamento em saúde, fornecendo dados e evidências que fundamentem a definição de diretrizes, objetivos, metas e estratégias para o período de 2026 a 2029;
- Promover a participação social, garantindo que o Conselho Municipal de Saúde e a comunidade tenham acesso às informações e possam contribuir na definição de prioridades;
- Fortalecer a gestão do SUS no âmbito municipal, por meio de informações atualizadas e sistematizadas, que orientem a tomada de decisões e a aplicação dos recursos de forma mais eficiente e equitativa.

Em síntese, a Análise Situacional de Saúde constitui-se em um instrumento essencial de diagnóstico e planejamento, que permitirá ao município de Caarapó estabelecer políticas de saúde mais adequadas, integradas e voltadas às reais necessidades da sua população.

1.1 Caarapó

1.1.1 Histórico Origem e Formação

Caarapó é um município brasileiro da região Centro-Oeste, situado no estado de Mato Grosso do Sul. Localizado na Mesorregião do Sudoeste de Mato Grosso do Sul e na Microrregião de Dourados. Caarapó, a princesinha dos ervais, já não vive mais da erva mate. "Caarapó" é um termo oriundo da língua guarani e significa "raiz de erva mate". Foi assim que nasceu e deu seus primeiros passos o município que hoje é rico e atrativo.

O povoamento da região que hoje constitui o Município de Caarapó foi iniciado pelos "mineiros", como eram chamados os empregados da Cia. Mate Laranjeira, que se dedicavam à extração da erva-mate nativa, abundante naquelas paisagens. A primeira povoação a surgir teve a denominação de Santa Luzia, atualmente, Juti.

Foi construída pela citada companhia em virtude da necessidade de se estabelecer um ponto de pouso para os tropeiros que demandavam o norte do Estado ou ervateiros que afluíam em grande número, vindos do Paraguai. Em 1927, nasceu o povoado, atual sede do Município de Caarapó, que teve como fundadores Nazário de Leon e Manoel Benites. Posteriormente, ali se instalou o médico Humberto de

Freitas Coutinho, procedente de Uberaba, Minas Gerais, acompanhado do cuiabano Francisco Serejo, homem dedicado ao comércio e à política.

O progresso da região teve por base a extração da erva-mate, pois a Cia. Mate Laranjeira, concessionária da exploração, entregava a terceiros, áreas previamente delimitadas, chamadas sesmarias, onde deveriam construir uma “Rancheada” ou casa sede e uma larga trilha no seio da floresta, para permitir a passagem dos veículos de tração animal, que procediam o escoamento da produção de erva-mate. Trilhas, conhecidas no vocabulário indígena como “tape-jacienda”, se prolongavam até às margens do Rio Amambaí. Daí por diante, o transporte da erva-mate era efetuado por via fluvial até os centros consumidores. O topônimo de origem tupi-guarani, sobreveio em consequência da grande quantidade de erva-mate existente: CAA, erva-mate e RAPÓ, raiz de erva-mate, em síntese, terra da erva-mate.

Elevado à categoria de município com a denominação de Caarapó, pela lei estadual nº 1190, de 20-12-1958, desmembrado do município de Dourados. Os habitantes se chamam caarapoenses.

A história de Caarapó está intimamente ligada à exploração da erva-mate nativa, abundante nesta região de MS no século passado. Depois da erva-mate, Caarapó viveu o ciclo da madeira e da agricultura e pecuária, com a presença de agricultores do Sudeste e do Sul do País – e também dos paraguaios - que foram responsáveis não só pelo desenvolvimento local, mas também pela mistura cultural hoje existente no município, seja nos costumes, na música, na forma de ser do povo que habita o Município.

Passados os ciclos econômicos da erva-mate e da madeira, Caarapó investe hoje em outro setor: a industrialização. O município recebeu importantes investimentos nessa área, que geram reflexos diretos na geração de empregos. Pode-se afirmar que o desemprego deixou de ser de longe o principal problema social enfrentado pelo município.

1.1.2. Apresentação do Território

O município de Caarapó, localizado na mesorregião do Sudoeste de Mato Grosso do Sul e pertencente à microrregião de Dourados, possui uma área aproximada de 2.090 km². Faz divisa com os municípios de Dourados, Ponta Porã,

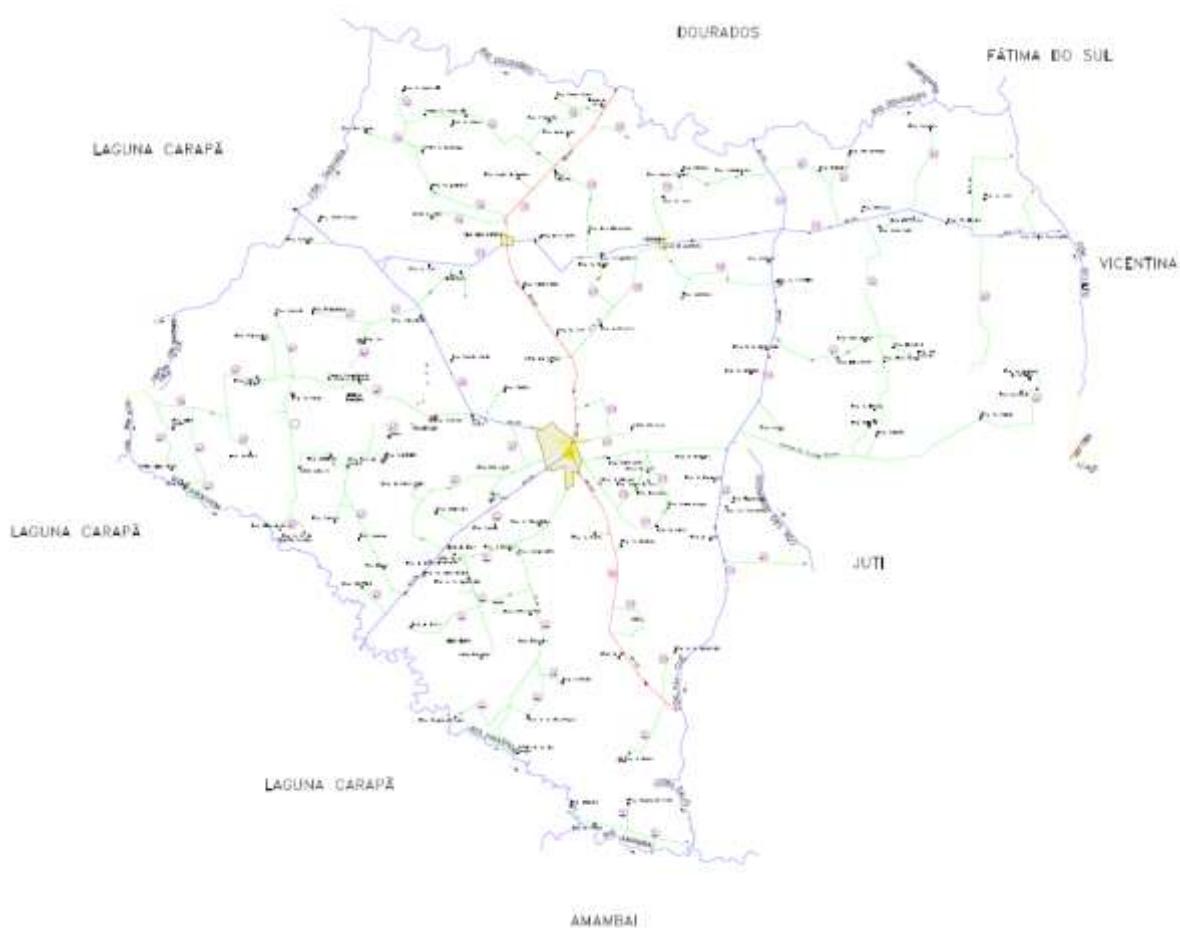
Amambai, Iguatemi, Naviraí e Fátima do Sul, estando estrategicamente posicionado em uma região de intensa atividade agropecuária.

O acesso rodoviário principal ao município é garantido pela BR-163, um corredor federal fundamental para o escoamento da produção agrícola e conectividade regional. Essa rodovia oferece ligação entre Caarapó e centros logísticos, além de permitir acesso a Ponta Porã, Laguna Carapã e Dourados, entre outros. A MS-156 estabelece conexão direta com Amambai e foi alvo de melhorias estruturais que reduziram os tempos de deslocamento e aprimoraram a segurança viária.

Adicionalmente, destaca-se o novo corredor rodoviário formado pelas MS-278 e MS-378. A MS-278, com aproximadamente 57 km em pavimentação em progresso, liga Fátima do Sul a Caarapó, interligando a BR-376 à rede de estradas estaduais. A extensão restante, prevista para asfaltar cerca de 57,71 km de rodovia, representa um importante avanço para integração regional.

A MS-378 complementa essa malha ao conectar Caarapó a Laguna Caarapã e, por conseguinte, a Ponta Porã, fortalecendo a mobilidade interestadual e comercial. Outra via relevante é a MS-386, que liga Ponta Porã até a saída para Caarapó, favorecendo a integração com a chamada Rota Bioceânica.

Figura 5 – Mapa Rodoviário de Caarapó



Fonte: Prefeitura Municipal de Caarapó

O município de Caarapó nasceu do processo de colonização agrícola que marcou a região sul de Mato Grosso do Sul na metade do século XX. Em 20 de dezembro de 1958, pela Lei Estadual nº 1.178, foi desmembrado de Dourados e instalado oficialmente em 1º de janeiro de 1959, conquistando sua autonomia político-administrativa. O movimento de emancipação refletia o crescimento populacional e econômico da localidade, impulsionado pelo cultivo da terra e pelo surgimento de pequenos núcleos urbanos.

Com o passar dos anos, Caarapó foi expandindo sua organização territorial e dando origem a novos espaços de vida comunitária. Assim surgiram os distritos:

- **Nova América**, criado em 1963, consolidou-se como polo agropecuário, abrigando famílias agricultoras e propriedades mecanizadas. Sua trajetória

sempre esteve ligada ao trabalho na terra e ao espírito comunitário de sua população.

- **Cristalina**, instalado em 1976, também se desenvolveu a partir da agricultura e da pecuária. Mantém até hoje tradições culturais locais que reforçam sua identidade própria dentro do município.

O processo de ocupação do território também foi marcado pela criação do Assentamento Nossa Senhora do Carmo, fruto de políticas de reforma agrária. Ali, famílias de agricultores se fixaram e construíram um espaço de produção e solidariedade, desempenhando papel relevante na agricultura familiar e no abastecimento alimentar do município.

Mas a história de Caarapó não pode ser contada sem reconhecer a presença ancestral dos povos indígenas. O município abriga importantes comunidades Guarani-Kaiowá, que preservam sua cultura, idioma e tradições. A Reserva Indígena Te'yikue, situada próxima à área urbana, é uma das maiores da região e constitui um espaço de resistência e afirmação cultural. Já a Reserva Indígena Guira Roka, localizada em área rural, reforça essa presença histórica e a ligação profunda desses povos com a terra.

Assim, Caarapó se formou como um mosaico de identidades: resultado do avanço da colonização agrícola, da luta dos trabalhadores rurais pela terra e, principalmente, da ancestralidade indígena que dá sentido e memória ao território. Esse conjunto de histórias, vivências e culturas faz do município um espaço plural, cuja riqueza está na diversidade de sua gente.

Dados Gerais

Altitude

A sede municipal encontra-se a aproximadamente 470 metros de altitude acima do nível do mar, em terreno levemente ondulado típico do planalto sul-mato-grossense.

Clima

O clima é do tipo tropical úmido, com estação chuvosa no verão e seca no inverno, apresentando temperaturas médias anuais entre 20°C e 24°C. As chuvas se concentram de outubro a março, favorecendo o cultivo agrícola, especialmente de soja, milho e cana-de-açúcar. Os invernos são mais amenos, porém sem registros de frio intenso prolongado.

Recursos minerais

No que se refere aos recursos minerais, Caarapó não apresenta grandes jazidas exploradas comercialmente, mas possui ocorrências de areia, argila e cascalho, utilizadas principalmente na construção civil e manutenção de estradas vicinais. O solo, em sua maioria de boa fertilidade natural, constitui a principal riqueza mineral do município, sustentando a produção agrícola que impulsiona a economia local.

Hidrograficamente, o território é banhado por afluentes do rio Dourados e por pequenos córregos e nascentes que desempenham papel fundamental no abastecimento das comunidades rurais e indígenas, além de contribuírem para a biodiversidade regional.

Essas condições geográficas e climáticas explicam a forte vocação agropecuária de Caarapó, ao mesmo tempo em que colocam o desafio de conciliar desenvolvimento econômico com preservação ambiental e uso sustentável dos recursos naturais.

1.1.2.1. Economia

O município de Caarapó, localizado no sul de Mato Grosso do Sul, possui uma economia fortemente baseada no agronegócio, destacando-se na produção de soja, milho, cana-de-açúcar, pecuária de corte e leiteira. A agricultura familiar e os assentamentos rurais complementam a produção, garantindo diversidade e segurança alimentar no município.

Um dos fatores estratégicos para o desenvolvimento econômico de Caarapó é a sua localização geográfica. Situado a aproximadamente 30 km de Dourados e cerca de 270 km da capital Campo Grande, o município se beneficia da proximidade com

grandes centros consumidores e logísticos. Essa posição favorece o escoamento da produção agrícola e industrial, garantindo acesso rápido a rodovias importantes e facilitando a distribuição de produtos para mercados regionais, nacionais e até internacionais.

O município abriga importantes indústrias agroindustriais, como a LAR Cooperativa Agroindustrial, especializada em processamento de soja e biodiesel, e a Raízen, voltada à produção de açúcar e etanol. A presença dessas empresas é reforçada pela facilidade de transporte e logística, que permitem a exportação de produtos e insumos de maneira eficiente, ampliando a competitividade da economia local.

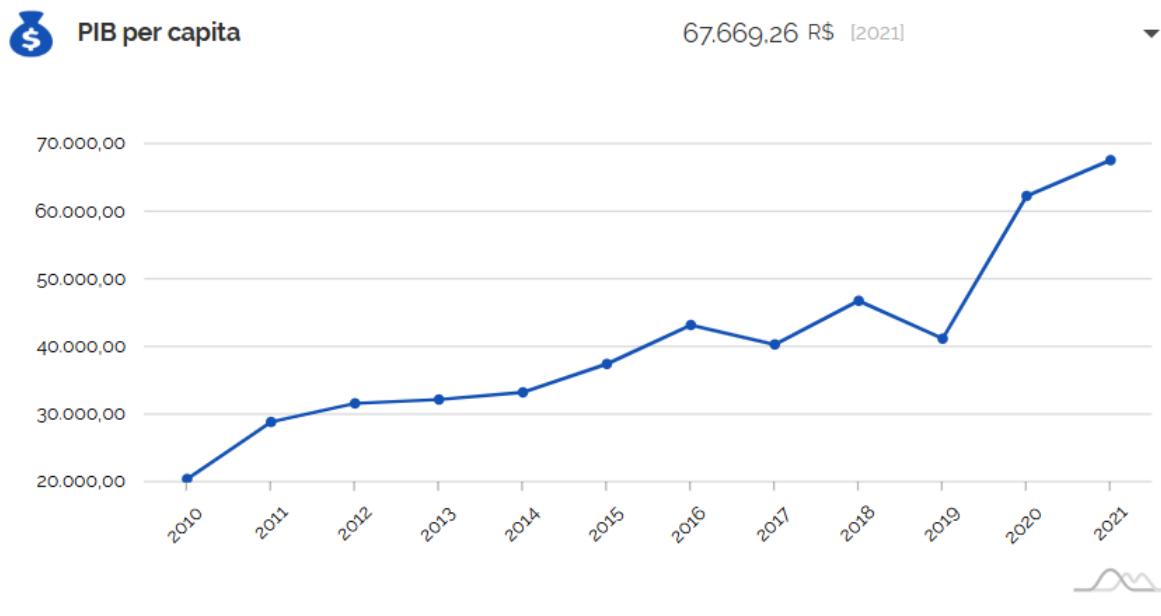
Além das indústrias de grande porte, Caarapó conta com unidades de beneficiamento de grãos, cooperativas agrícolas e comércio local que se beneficiam da infraestrutura viária e da proximidade de centros urbanos. O escoamento eficiente da produção, aliado à diversidade produtiva, transforma o município em um polo econômico regional, com forte integração à economia estadual e nacional.

O conjunto de fatores — produção diversificada, presença industrial e localização estratégica — consolida Caarapó como um município com potencial de crescimento contínuo, capaz de atrair investimentos e gerar emprego, renda e desenvolvimento sustentável.

1.1.2.1.1. Produto Interno Bruto - PIB

O Produto Interno Bruto (PIB) de um município representa a soma de todos os bens e serviços finais produzidos em sua economia durante um ano. Em 2021, o PIB de Caarapó foi de aproximadamente R\$ 528 milhões, com um PIB per capita de R\$ 67.669,26 (IBGE). Esse valor coloca o município entre os mais expressivos do Estado de Mato Grosso do Sul, refletindo sua forte base econômica voltada ao agronegócio.

Gráfico 1 - PIB per capita Caarapó



Objetivo do PIB Municipal

O PIB municipal serve como indicador fundamental para:

- Avaliar o desempenho econômico local.
- Orientar políticas públicas de desenvolvimento.
- Apoiar decisões de investimentos privados e públicos.
- Comparar o crescimento econômico entre diferentes regiões.

Evolução Econômica nos Últimos Anos

Embora dados específicos do PIB de Caarapó para os anos de 2022 a 2024 não estejam disponíveis nas fontes consultadas, é possível observar tendências gerais no Estado de Mato Grosso do Sul. O agronegócio tem sido o principal motor do crescimento econômico regional, com destaque para a produção de soja, milho e cana-de-açúcar. A presença de grandes indústrias, como a LAR Cooperativa Agroindustrial e a Raízen, contribui significativamente para o aumento da produção e geração de empregos.

Impacto da Pandemia de COVID-19

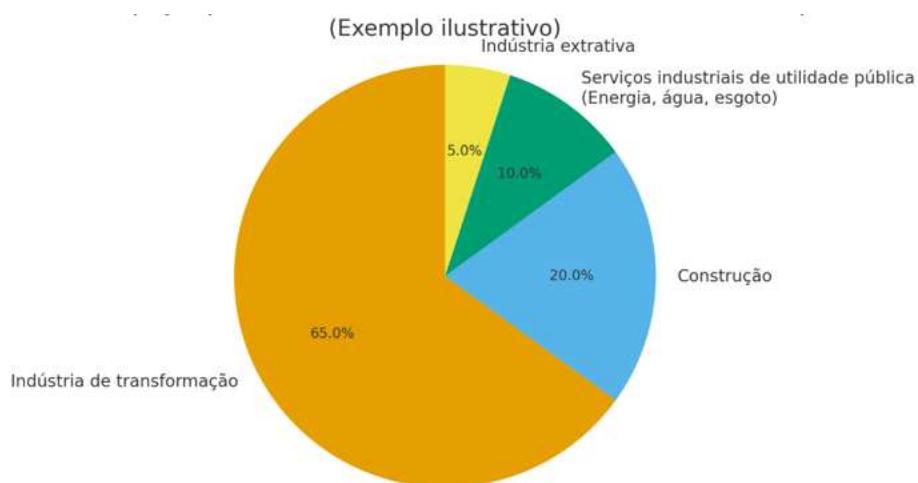
A pandemia de COVID-19 teve efeitos variados sobre a economia de Caarapó. Enquanto setores como o comércio e os serviços enfrentaram desafios devido às restrições de mobilidade e ao fechamento temporário de estabelecimentos, o agronegócio demonstrou resiliência. A continuidade da produção agrícola e a demanda por alimentos e produtos agroindustriais ajudaram a mitigar os impactos negativos da crise sanitária.

Infraestrutura de Escoamento e Conexões Logísticas

A localização estratégica de Caarapó, próxima a grandes centros como Dourados e Campo Grande, facilita o escoamento da produção agrícola. A cidade está interligada por rodovias importantes, como a BR-163, que conecta o município aos portos do Paraná e Santa Catarina, essenciais para a exportação de grãos e produtos agroindustriais. Essa infraestrutura logística eficiente é crucial para manter a competitividade da economia local no cenário nacional e internacional.

Caarapó apresenta um desempenho econômico robusto, impulsionado pelo agronegócio e por uma infraestrutura logística estratégica. Apesar dos desafios impostos pela pandemia de COVID-19, o município demonstrou resiliência e continua a ser um polo econômico importante em Mato Grosso do Sul. A continuidade do investimento em infraestrutura e o fortalecimento das cadeias produtivas locais são essenciais para sustentar o crescimento econômico nos próximos anos.

Gráfico 2 - Participação percentual dos subsetores no PIB industrial de Caarapó



O setor industrial é responsável por 65% do PIB de Caarapó, sendo setor mais representativo, puxado principalmente pela presença de grandes indústrias como a Raízen (açúcar, etanol, bioenergia) e a Lar Cooperativa Agroindustrial (processamento de soja, grãos e derivados). Isso mostra como o município tem forte ligação com o agronegócio e sua cadeia de valor, agregando produção primária ao processo industrial.

Construção (20%) representa a expansão urbana, obras de infraestrutura e o setor imobiliário. Em municípios em crescimento como Caarapó, esse setor costuma ganhar relevância quando há obras públicas (pavimentação, saneamento) e investimentos privados (loteamentos, novas residências).

Serviços Industriais de Utilidade Pública – SIUP (10%), inclui energia elétrica, água e esgoto. Embora menor em participação, esse setor é vital para sustentar o crescimento do parque industrial e urbano. O aumento da demanda por energia (em especial pela agroindústria) faz com que essa fatia seja estrutural para o desenvolvimento.

Indústria Extrativa (5%), em Caarapó, limita-se basicamente à extração de areia, cascalho e argila para a construção civil. É um setor pequeno, mas que cumpre papel estratégico na economia local, fornecendo insumos de baixo custo para o próprio município.

O gráfico reforça que a economia industrial de Caarapó está concentrada no agronegócio e sua transformação. A indústria de transformação domina, enquanto construção e utilidades completam o cenário, e a extração mineral aparece apenas como apoio. Esse perfil mostra que a economia industrial do município ainda é pouco diversificada, mas com alto potencial de expansão na cadeia agroindustrial e em serviços relacionados à logística e bioenergia.

1.1.2.1.2. Energia

O município de Caarapó apresenta uma matriz energética predominantemente dependente da rede elétrica convencional, atendida pela concessionária estadual. A oferta de energia, em geral, atende às necessidades urbanas e rurais, mas ainda existem gargalos relacionados à estabilidade do fornecimento em áreas mais

afastadas, sobretudo em comunidades rurais e assentamentos, onde interrupções no serviço impactam tanto a qualidade de vida da população quanto a produtividade das atividades agropecuárias.

Nos últimos anos, observa-se crescente interesse na diversificação da matriz local, com destaque para a expansão de projetos de geração de energia renovável, especialmente a solar fotovoltaica. Residências, propriedades rurais e unidades comerciais têm adotado sistemas de micro e minigeração distribuída, incentivados pela disponibilidade de crédito e pela busca de maior autonomia energética. Essa tendência representa oportunidade para reduzir custos, fortalecer a sustentabilidade ambiental e diminuir a dependência da rede convencional.

No campo da saúde, a energia é insumo estratégico para o funcionamento contínuo das unidades, sobretudo no que se refere à conservação de medicamentos, vacinas e ao suporte de equipamentos hospitalares. A garantia de fornecimento ininterrupto é essencial para assegurar a qualidade da atenção, sendo recomendável o fortalecimento de alternativas de geração própria, como sistemas de energia solar com baterias ou geradores de contingência em unidades críticas.

A médio e longo prazo, os principais desafios de Caarapó envolvem a ampliação da confiabilidade da rede elétrica, o incentivo à adoção de tecnologias de energias renováveis e a implementação de políticas públicas que articulem desenvolvimento econômico, preservação ambiental e segurança energética.

1.1.2.1.3. Energia Renovável

Caarapó apresenta condições favoráveis para o desenvolvimento de energias renováveis, em especial a solar fotovoltaica, devido ao elevado índice de radiação solar característico da região Centro-Oeste. Nos últimos anos, tem-se observado a expansão gradual de sistemas de geração distribuída em residências, estabelecimentos comerciais e propriedades rurais, estimulada pela redução dos custos de equipamentos, pela ampliação das linhas de crédito e pelos incentivos normativos nacionais.

O setor agropecuário, de grande relevância para a economia local, tem se beneficiado do uso de energia solar, reduzindo custos operacionais e aumentando a

sustentabilidade das atividades produtivas. Além disso, a adoção de sistemas fotovoltaicos em áreas rurais contribui para minimizar os impactos da instabilidade da rede elétrica, que ainda apresenta limitações em comunidades mais afastadas.

No campo das políticas públicas, a incorporação da energia renovável como estratégia transversal pode fortalecer a sustentabilidade ambiental e ampliar a eficiência do uso dos recursos públicos. A implementação de projetos em prédios públicos, especialmente em unidades de saúde e escolas, representa oportunidade para garantir autonomia energética, reduzir gastos com energia elétrica e assegurar a continuidade dos serviços essenciais.

Apesar dos avanços, os desafios incluem a necessidade de ampliar a capacitação técnica local para instalação e manutenção dos sistemas, estimular parcerias público-privadas e consolidar uma política municipal de incentivo à geração renovável. A médio prazo, a consolidação da energia solar como matriz complementar em Caarapó pode contribuir para o desenvolvimento econômico sustentável, a preservação ambiental e a melhoria da qualidade de vida da população.

1.1.2.1.4. Comunicações

O município dispõe de infraestrutura básica de comunicações, com cobertura de telefonia fixa, móvel e acesso à internet por diferentes provedores. A rede de telefonia móvel apresenta maior estabilidade na área urbana, mas ainda enfrenta limitações de sinal em localidades rurais e assentamentos, o que compromete o acesso universal e a integração de serviços.

Nos últimos anos, a expansão da internet banda larga, inclusive por fibra óptica em parte da área urbana, contribuiu para ampliar as possibilidades de acesso à informação, serviços digitais e ferramentas de gestão pública. Contudo, a desigualdade no acesso entre áreas urbanas e rurais permanece como desafio, afetando tanto a população quanto setores estratégicos, como educação, saúde e produção agropecuária.

No campo da saúde, a comunicação é insumo essencial para a implantação de sistemas informatizados de regulação, teleconsultas e integração dos prontuários eletrônicos, exigindo conectividade estável e de qualidade. A expansão da

infraestrutura digital é condição fundamental para fortalecer a governança do SUS no âmbito municipal e ampliar a resolutividade dos serviços.

Do ponto de vista do desenvolvimento econômico e social, o fortalecimento das comunicações é estratégico para a inclusão digital da população, a modernização da gestão pública, o apoio ao agronegócio e a integração do município em redes de inovação. Investimentos em conectividade rural, em parcerias com empresas provedoras, além de programas de inclusão digital comunitária, podem contribuir para reduzir desigualdades, ampliar oportunidades e favorecer a participação cidadã.

1.1.2.1.5. Transporte Terrestre

O transporte terrestre em Caarapó desempenha papel central na integração do território, no escoamento da produção agropecuária e no acesso da população aos serviços públicos. O município é cortado por rodovias estaduais que o conectam a polos regionais, favorecendo o deslocamento de pessoas e mercadorias. No entanto, a infraestrutura viária apresenta pontos críticos, especialmente em estradas vicinais e de acesso a assentamentos, onde a conservação insuficiente compromete a trafegabilidade, sobretudo em períodos de chuvas.

O transporte urbano e intermunicipal é atendido por linhas regulares de ônibus, ainda que limitadas em frequência e cobertura. Em áreas rurais, o deslocamento da população depende majoritariamente de transporte particular ou fretado, o que gera barreiras de acesso a serviços essenciais como saúde, educação e comércio. A falta de alternativas acessíveis e regulares acentua desigualdades entre zona urbana e rural.

Do ponto de vista da gestão pública, a manutenção da malha viária municipal é um dos maiores desafios, exigindo recursos significativos para pavimentação, drenagem e recuperação de estradas não pavimentadas. O fortalecimento da frota de veículos públicos, em especial ambulâncias e transportes escolares, é estratégico para assegurar a mobilidade e a efetividade das políticas sociais.

No campo do desenvolvimento econômico, a logística de transporte é vital para a competitividade do agronegócio, que constitui a base produtiva do município. A melhoria da infraestrutura rodoviária, associada à integração com rodovias regionais

e corredores de exportação, representa oportunidade para potencializar o crescimento local.

A médio prazo, os principais desafios consistem em garantir a conservação permanente da malha viária, ampliar a oferta de transporte público de qualidade, reduzir desigualdades no acesso ao transporte rural e planejar de forma integrada a mobilidade urbana e regional.

1.1.2.1.6. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Caarapó, conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD/IBGE/Ipea, 2010), é de 0,689, considerado de nível médio. Esse indicador coloca o município em uma posição intermediária no ranking estadual de Mato Grosso do Sul e reflete avanços significativos nas últimas décadas, sobretudo nos componentes de longevidade e educação, ainda que persistam desafios no âmbito da renda e da equidade social.

Componentes do IDHM em Caarapó

- **Longevidade:** O município apresenta indicadores consistentes de expectativa de vida, resultado da expansão da atenção básica em saúde, da ampliação da cobertura vacinal e da melhoria do saneamento e do acesso à água potável.
- **Educação:** O índice educacional tem avançado de forma gradual, impulsionado pelo aumento da taxa de escolarização e pela presença de instituições de ensino fundamental e médio, além da proximidade com Dourados, que funciona como polo regional de ensino superior.
- **Renda:** Apesar de Caarapó contar com indústrias relevantes, como a Raízen e a Lar Cooperativa Agroindustrial, e forte vocação para o agronegócio, os benefícios econômicos ainda não se distribuem de maneira uniforme, resultando em desigualdades sociais entre a população urbana, os distritos, assentamentos e as comunidades indígenas.

Repercussões para a saúde

O IDHM evidencia que, embora Caarapó tenha alcançado progressos expressivos, há fragilidades estruturais que impactam diretamente a qualidade de vida

e o acesso da população aos serviços de saúde. Questões como renda desigual, carências educacionais em determinados territórios e condições precárias de transporte e moradia influenciam a demanda e a complexidade das ações do sistema municipal de saúde.

Assim, o IDHM funciona como um instrumento estratégico de planejamento, permitindo compreender as vulnerabilidades locais e orientar políticas públicas que visem a redução das desigualdades sociais e a promoção da equidade no acesso à saúde e demais direitos fundamentais.

1.1.2.2. Cultura e Lazer

O município de Caarapó é reconhecido por sua rica cultura local e pela oferta de espaços de lazer que promovem o bem-estar da população. A cidade preserva tradições culturais por meio de festas populares, manifestações artísticas e eventos comunitários que fortalecem os laços sociais e a identidade local. Entre os principais eventos estão a EXPOAC (Exposição Agropecuária de Caarapó), que reúne atividades culturais, agropecuárias, shows e competições, e outras festas tradicionais que celebram a história e as conquistas da comunidade.

Um dos principais atrativos turísticos e de lazer é o Balneário Municipal Ayrton Senna da Silva, conhecido popularmente como "Represa". Este espaço, inaugurado na década de 1980, foi um importante ponto de encontro para os caarapoenses e visitantes, oferecendo atividades recreativas e momentos de convivência familiar.

Em 2015, o balneário sofreu danos significativos devido a fortes chuvas que resultaram no rompimento da barragem. Desde então, a Prefeitura Municipal, em parceria com o Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, tem trabalhado na revitalização do local, com investimentos que visam restaurar e modernizar a infraestrutura, tornando-o novamente um centro de lazer e turismo sustentável para a região.

Além do balneário, Caarapó conta com outros pontos de interesse que enriquecem a vida cultural e de lazer da cidade, como:

- Museu Municipal de Caarapó: Espaço que preserva e divulga a história e cultura local, oferecendo aos visitantes uma imersão nas tradições e evolução do município.
- Praça Central Mário Martines Ribeiro: Local de convivência e realização de eventos comunitários, feiras e celebrações culturais.
- Ginásio Municipal de Caarapó: Equipamento esportivo que recebe competições e atividades recreativas, promovendo a saúde e integração social.
- Parque de Exposições Pedro Pedrossian: Espaço utilizado para eventos agropecuários, culturais e de lazer, fortalecendo a economia local e a identidade cultural.
- Pesqueiros: Locais que oferecem atividades de pesca e lazer, atraindo moradores e turistas em busca de contato com a natureza.

A realização de festas tradicionais, como a EXPOAC e eventos comunitários, fortalece a coesão social, promove a identidade cultural e gera oportunidades de entretenimento saudável. A revitalização do Balneário Municipal Ayrton Senna da Silva, somada à programação cultural e recreativa, contribui para a promoção da saúde coletiva, incentivando a prática de atividades físicas, o convívio social e o contato com a natureza — fatores essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população.

A integração de ações culturais, eventos tradicionais e espaços de lazer com as políticas públicas de saúde é fundamental para a construção de um ambiente saudável, acolhedor e participativo para todos os cidadãos de Caarapó.

1.1.2.3. População Caarapoense

O município possui uma população diversificada em termos demográficos, sociais e culturais. Segundo os dados mais recentes do IBGE, a cidade apresenta um crescimento populacional moderado, com predomínio de moradores na zona urbana, mas mantendo comunidades significativas em áreas rurais, que desempenham papel importante na economia agrícola local.

A distribuição por faixa etária mostra uma população jovem e em idade produtiva predominante, com crescente parcela de idosos, o que impõe desafios

diferenciados para educação, trabalho e lazer. Em termos de sexo, observa-se uma divisão relativamente equilibrada, com pequena predominância masculina.

Do ponto de vista socioeconômico, grande parte da população está inserida no setor agropecuário, com empregos ligados à agricultura, pecuária e serviços correlatos. O nível de escolaridade tem avançado, mas ainda existem desafios no acesso à educação de qualidade, especialmente em áreas rurais. O rendimento médio das famílias e a distribuição de renda indicam desigualdades que influenciam o acesso a bens e serviços essenciais.

A população caarapoense também se caracteriza pela diversidade cultural, fruto da presença de migrantes de diferentes regiões do país, além da convivência com comunidades indígenas nas proximidades do município. Essa pluralidade cultural reflete-se nas tradições, festas e manifestações sociais locais, fortalecendo a identidade comunitária e o senso de pertencimento.

O conhecimento detalhado do perfil da população de Caarapó é fundamental para o planejamento municipal, garantindo que políticas públicas de educação, cultura, lazer, trabalho e assistência social estejam alinhadas às necessidades e particularidades de seus habitantes.

Tabela 1 - População estimada por sexo e faixa etária

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0 A 4 anos	1.272	1.270	2.542
5 a 9 anos	1.332	1.314	2.646
10 a 14 anos	1.355	1.242	2.597
15 a 19 anos	1.427	1.302	2.729
20 a 29 anos	2.674	2.577	5.251
30 a 39 anos	2.427	2.407	4.834
40 a 49 anos	2.214	2.210	4.424
50 a 59 anos	1.707	1.685	3.392
60 a 69 anos	1.058	1.168	2.226
70 a 79 anos	532	630	1.162
80 anos e mais	288	315	603

Total	16.286	16.120	32.406
--------------	---------------	---------------	---------------

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde /SVS/DASNT/CGIAE

Nos últimos 10 anos, a população de Caarapó (MS) passou por um aumento significativo, saltando de 25.734 habitantes no Censo de 2010 para 30.612 pessoas no Censo de 2022, o que representa um crescimento de 18,79%. O município também teve um aumento em 2021, com dados do IBGE estimando 31.005 habitantes, um crescimento de quase 11,66% em relação ao ano de 2010. A população estimada de Caarapó (MS) em 2025 é de 32.748 habitantes, segundo o IBGE. Esta estimativa representa um aumento em relação aos dados de 2024 e foi divulgado pelo próprio instituto de pesquisa.

1.1.2.4. Pirâmide etária

Figura 6 – Pirâmide etária Caarapó



Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde /SVS/DASNT/CGIAE

Análise da Pirâmide Etária

1. Estrutura geral

- A pirâmide apresenta um formato levemente expansivo, típico de municípios com população jovem e em idade produtiva predominante.

- A base (0 a 4 anos) e os primeiros grupos etários (5 a 14 anos) têm números relativamente equilibrados, indicando uma redução gradual da taxa de natalidade nas últimas décadas.

2. População jovem e adulta

- Os grupos etários 20 a 29 anos e 30 a 39 anos apresentam os maiores contingentes populacionais, com leve predominância masculina no grupo 20 a 29 anos e feminina nos 30 a 39 anos.
- Isso evidencia uma população economicamente ativa significativa, importante para o desenvolvimento local e para a oferta de serviços de trabalho, educação e lazer.

3. População de meia-idade

- Os grupos de 40 a 59 anos apresentam números elevados, mostrando que há uma população madura que contribui de forma significativa para o mercado de trabalho, mas que em alguns anos exigirá atenção maior em saúde e previdência.

4. População idosa

- Nos grupos acima de 60 anos, a população feminina predomina, especialmente a partir dos 70 anos, característica típica do maior tempo de vida das mulheres.
- O contingente de idosos (60 anos ou mais) é menor, mas crescente, indicando a necessidade futura de políticas voltadas à atenção à terceira idade e serviços de suporte social e de saúde.

5. Equilíbrio entre os sexos

- De forma geral, há equilíbrio entre homens e mulheres nas faixas etárias mais jovens e adultas.
- Entre os idosos, há predominância feminina, refletindo maior expectativa de vida das mulheres, o que impacta diretamente nos programas de atenção à saúde da população idosa.

A população de Caarapó é majoritariamente jovem e economicamente ativa, com tendência de envelhecimento progressivo. Esse perfil orienta políticas públicas que contemplem:

- Educação, formação e capacitação da população jovem;
- Inserção no mercado de trabalho e geração de renda;
- Serviços de lazer e cultura para jovens e adultos;
- Planejamento gradual de atenção à população idosa, com foco em saúde, assistência social e infraestrutura adequada.

1.1.2.5. Taxa de Fecundidade

A taxa de fecundidade é um indicador demográfico crucial que mede o número médio de filhos que uma mulher teria durante sua vida reprodutiva, de acordo com as taxas de natalidade por idade em um ano específico. Em outras palavras, ela nos ajuda a entender a dinâmica da reprodução humana em uma população. É importante não confundir fecundidade com fertilidade; a fertilidade se refere à capacidade biológica de um indivíduo de reproduzir-se, enquanto a fecundidade é a manifestação efetiva dessa capacidade na população.

Nas últimas décadas, a taxa de fecundidade tem apresentado uma queda significativa em quase todas as regiões do planeta. Esse fenômeno é impulsionado por uma combinação de fatores, como o aumento do acesso à educação e ao mercado de trabalho para as mulheres, o que as leva a adiar a maternidade ou ter menos filhos. A disponibilidade e o uso de métodos contraceptivos modernos também desempenham um papel fundamental. Além disso, a urbanização e o aumento do custo de vida fazem com que famílias optem por ter menos crianças.

Essa mudança demográfica tem consequências importantes. Uma taxa de fecundidade que cai abaixo do nível de reposição (cerca de 2,1 filhos por mulher) indica que a população não está se renovando, levando a um envelhecimento populacional. Por um lado, isso pode resultar em uma força de trabalho menor e em uma sobrecarga nos sistemas de previdência e saúde. Por outro, pode trazer benefícios, como a diminuição da pressão sobre os recursos naturais e a melhoria da qualidade de vida das crianças, que recebem mais atenção e investimento.

A busca por dados específicos sobre a taxa de fecundidade no município de Caarapó, MS, revela a complexidade da demografia local, que é influenciada pela presença de populações indígenas com padrões reprodutivos distintos.

Embora não haja um número recente e exato da taxa de fecundidade total para o município como um todo, o contexto regional e a pesquisa disponível mostram o seguinte:

- **Tendência Estadual:** O município de Caarapó segue a tendência do estado de Mato Grosso do Sul e do Brasil, com uma queda na taxa de fecundidade ao longo das últimas décadas. No entanto, a demografia local é singular.
- **População Indígena:** A presença de reservas indígenas na região, como a dos povos Kaiowá e Guarani, é um fator crucial. Diferente da média nacional e urbana, as comunidades indígenas tendem a ter taxas de fecundidade significativamente mais altas, como o exemplo do povo Xavante em Mato Grosso, que já registrou uma taxa de 8,6 filhos por mulher. Essa característica demográfica eleva a média de fecundidade do município em comparação com outras cidades do estado sem grandes populações indígenas.

Portanto, ao contextualizar é importante destacar que o município é um microcosmo do panorama demográfico brasileiro, com a queda da fecundidade nas áreas urbanas e rurais não indígenas, mas também com a particularidade das comunidades indígenas que mantêm padrões demográficos mais tradicionais, o que cria um cenário único e complexo para o planejamento de políticas públicas.

Cálculo da taxa de fecundidade

Para calcular a taxa de fecundidade de uma população, você precisa de dados detalhados sobre a quantidade de nascimentos e a quantidade de mulheres em idade reprodutiva. O cálculo pode ser feito de duas maneiras principais, dependendo da granularidade dos dados disponíveis:

1. Taxa Geral de Fecundidade (TGF)

Esta é a forma mais simples e direta. Ela mede o número de nascimentos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva, que é geralmente considerada entre 15 e 49 anos.

A fórmula é:

$$\text{TGF} = \frac{N}{F_{15-49}} \times 1000$$

Onde:

- **N** é o número total de nascidos vivos em um ano.
- **F15-49** é o número total de mulheres entre 15 e 49 anos na população no mesmo ano.

Exemplo: Se em uma cidade nasceram 5.000 bebês em um ano e a população de mulheres entre 15 e 49 anos era de 150.000, o cálculo seria:

$$\text{TGF} = 5.000 / 150.000 \times 1000 = 33,3$$

Isso significa que, para cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva, ocorreram aproximadamente 33 nascimentos.

Tabela 2 – Série histórica taxa geral de fecundidade Caarapó

	Ano de Referência				
	2020	2021	2022	2023	2024
Nº Nascimentos	545	505	483	528	506
Pop. Feminina em Idade Fértil (15-49 anos)	7.926	7.990	7.790	7.990	8.496
Taxa de Fecundidade	68,76	63,20	60,45	66,08	59,56

Fonte: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (MS/SVS/DASIS/SINASC)

Entre os anos de 2020 e 2024, a taxa de fecundidade do município de Caarapó apresentou tendência geral de redução, ainda que com algumas oscilações ao longo do período. Em 2020, a taxa era de 68,76, acompanhada de 545 nascimentos. Nos anos seguintes, observou-se queda progressiva: 63,20 em 2021 e 60,45 em 2022,

reflexo da diminuição do número de nascidos vivos, mesmo com relativa estabilidade da população feminina em idade fértil. Em 2023 ocorreu elevação para 66,08, coincidindo com aumento dos nascimentos (528), mas em 2024 verificou-se a menor taxa do período (59,56), apesar do crescimento da população feminina em idade fértil, que chegou a 8.496 mulheres. Esse comportamento indica que, embora existam variações anuais, o município segue a tendência nacional de declínio da fecundidade, possivelmente associada a mudanças nos padrões reprodutivos, como a postergação da maternidade, maior acesso a métodos contraceptivos e transformações sociais e econômicas. Ressalta-se que os dados de população feminina em idade fértil são estimativas do IBGE, o que garante base técnica, mas pode conter pequenas variações em relação à realidade local.

1.2. Histórico da Organização de Saúde

A organização do sistema de saúde em Caarapó acompanhou, desde suas origens, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Inicialmente centrada em ações pontuais de vigilância e atenção às doenças transmissíveis, a atenção à saúde no município ampliou-se progressivamente com a criação de unidades básicas de saúde, a implantação da Estratégia Saúde da Família e a ampliação de programas de imunização, atenção materno-infantil e vigilância epidemiológica. Ao longo das últimas décadas, houve um esforço contínuo de qualificação da rede, integração entre os níveis de atenção e institucionalização de instrumentos de gestão que consolidaram a responsabilidade municipal na oferta de serviços públicos de saúde.

O Fundo Municipal de Saúde de Caarapó foi instituído como instrumento financeiro e contábil destinado a organizar, controlar e garantir a aplicação dos recursos públicos na área da saúde. A sua criação formal ocorreu por meio de legislação municipal, e sua estruturação foi orientada pelos princípios de transparência, vinculação orçamentária e participação social. O Fundo assegura o recebimento de transferências do SUS, repasses estaduais e municipais, além de outras fontes de recursos vinculadas à saúde, garantindo que a execução financeira esteja alinhada ao Plano Municipal de Saúde, à Lei de Diretrizes Orçamentárias e à Lei Orçamentária Anual. Mecanismos de controle interno, prestação de contas e

auditoria acompanham a gestão do Fundo, em articulação com os órgãos de controle e com a participação social por meio do Conselho Municipal de Saúde.

O ordenamento da organização da rede de atenção à saúde observa e incorpora as diretrizes do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde e estabelece as responsabilidades de cada esfera de governo no âmbito do SUS, bem como os instrumentos de pactuação e cooperação interfederativa. Esse decreto orienta a definição de responsabilidades sanitárias, a regionalização, a organização da atenção e a implantação de contratos e termos de cooperação, servindo como marco normativo para a construção de arranjos locais e regionais que garantam a integralidade do cuidado.

A Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó participa ativamente da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual, espaço institucional fundamental para a pactuação de responsabilidades entre município e estado. A atuação na CIB permite ao município apresentar demandas, negociar a pactuação de serviços, inserir propostas de referência e contrarreferência, e alinhar recursos e fluxos assistenciais com a rede estadual e regional. A participação na CIB fortalece a governança local, favorece a construção de consensos sobre a organização da rede e assegura que as necessidades do município sejam consideradas nas instâncias de decisão regionalizadas.

9ª Conferência Municipal de Saúde — 2025

A 9ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2025, constituiu um momento significativo de mobilização social e avaliação participativa das políticas de saúde em Caarapó. Reunindo representantes do poder público, trabalhadores da saúde, usuários e entidades civis, a Conferência discutiu prioridades, avaliou conquistas e apontou diretrizes para o próximo ciclo de gestão. As propostas aprovadas na Conferência subsidiarão tanto a atualização do Plano Municipal quanto a formulação das metas de gestão, reforçando o princípio constitucional da

participação social no controle e na definição das políticas de saúde.



1.3. Situação de Saúde no Município

1.3.1 Índice GNI

O Índice GNI (Gross National Income – Renda Nacional Bruta) é um parâmetro internacionalmente utilizado para classificar países de acordo com sua renda, refletindo a soma da produção interna com rendas recebidas do exterior. Embora não haja cálculo específico do GNI para municípios, é possível estabelecer um paralelo a partir de indicadores econômicos locais, especialmente o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que expressa a produção de riqueza média por habitante.

No caso de Caarapó, o PIB per capita em 2021 foi de R\$ 67.669,26, segundo dados do IBGE. Este resultado situa o município acima da média estadual: em 2022, o PIB per capita do Mato Grosso do Sul foi de R\$ 60.364,69. A comparação evidencia que Caarapó possui uma capacidade produtiva per capita superior à média do estado, destacando-se positivamente no cenário regional.

Esse desempenho econômico representa um potencial importante para o fortalecimento das políticas públicas, incluindo a saúde, pois amplia a base de arrecadação municipal e favorece a capacidade de investimento. Entretanto, é fundamental considerar que valores elevados de PIB per capita não significam, por si só, uma distribuição justa da renda. Parte da população pode não experimentar diretamente os benefícios desse resultado, devido a desigualdades sociais e econômicas presentes no território.

Assim, ao analisar o “paralelo ao GNI” em nível municipal, observa-se que Caarapó apresenta uma condição econômica relevante, mas o desafio da gestão está

em transformar essa capacidade produtiva em melhorias concretas na qualidade de vida e no acesso universal à saúde, reduzindo desigualdades e garantindo equidade no atendimento.

1.3.2. Determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença

1.3.2.1 Trabalho e Renda

A dinâmica econômica de Caarapó reflete a força do setor agropecuário como motor principal da geração de trabalho e renda. O município possui base produtiva fortemente vinculada à agricultura e à pecuária, destacando-se o cultivo de grãos (soja, milho e trigo), além da bovinocultura de corte e leiteira. Esses segmentos não apenas impulsionam o Produto Interno Bruto Municipal, mas também geram cadeias de emprego diretas e indiretas, especialmente em atividades de transporte, comércio, agroindústria e serviços de apoio à produção rural.

O setor de serviços tem se expandido nos últimos anos, respondendo às demandas da população urbana e da economia agrícola. Comércio varejista, educação, saúde, transporte e serviços públicos constituem importantes fontes de ocupação. O setor industrial, embora ainda em estágio menos consolidado, apresenta potencial de crescimento a partir da agroindústria, especialmente no beneficiamento de grãos e derivados.

De acordo com o IBGE, o PIB per capita de Caarapó em 2021 foi de R\$ 67.669,26, valor superior à média estadual do Mato Grosso do Sul em 2022 (R\$ 60.364,69). Esse indicador sugere elevada capacidade produtiva local. Entretanto, essa riqueza não se distribui de maneira homogênea entre os diferentes grupos sociais, o que faz com que parte da população dependa de políticas públicas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, para garantir segurança socioeconômica.

No mercado de trabalho, observa-se que a maior parte dos empregos formais está concentrada no setor agropecuário e de serviços. Ainda assim, o município convive com a informalidade laboral, característica de pequenas cidades, especialmente em atividades como comércio ambulante, serviços domésticos e trabalhos temporários. Essa condição impacta diretamente a proteção social dos

trabalhadores, com reflexos sobre a saúde, já que a informalidade tende a reduzir o acesso a benefícios previdenciários e a políticas de promoção da qualidade de vida.

Do ponto de vista da gestão da saúde, os indicadores de trabalho e renda assumem papel estratégico: determinam condições de acesso, influenciam no perfil epidemiológico e orientam políticas intersetoriais. A promoção da saúde em Caarapó depende, portanto, não apenas de investimentos na rede assistencial, mas também da articulação com políticas de desenvolvimento local, geração de emprego, educação profissionalizante e fortalecimento da economia solidária, de modo a reduzir desigualdades e ampliar oportunidades para a população.

1.3.2.2 Desocupação

Atualmente, não dispomos de dados oficiais sobre a taxa de desocupação (desemprego) especificamente para Caarapó. Indicadores disponíveis referem-se ao âmbito estadual: em Mato Grosso do Sul, a taxa caiu de 4,0% no 1º trimestre de 2025 para 2,9% no 2º trimestre de 2025, valores considerados historicamente baixos.

No entanto, a análise do mercado formal sinaliza uma queda recente na geração de empregos, com perda de 95 postos de trabalho formais em Caarapó apenas em julho de 2025 (caarapo.portaldacidade.comSemadesc). Esse dado sugere a necessidade de reconstrução da base de empregos no médio prazo e indica atenção à situação socioeconômica local.

1.3.2.3 Mercado de Trabalho Formal

Tabela 3 – Mercado de trabalho formal

Período	Admitidos	Desligado	Saldo
Fev/2022	330	216	+114
Abr/2022	435	205	+230
Jul/2025			-95

Fonte: Funtrab

O mercado de trabalho formal em Caarapó reflete diretamente a dinâmica econômica local, marcada pela predominância do setor agropecuário, aliado ao

comércio e aos serviços. O município tem experimentado variações importantes na geração de empregos formais, conforme demonstram os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED).

Em 2022, o desempenho foi positivo:

- Em fevereiro foram 330 admissões contra 216 desligamentos, com saldo de +114 postos de trabalho.
- Em abril, os números se ampliaram, com 435 admissões e 205 desligamentos, resultando em um saldo de +230 empregos formais.

Esses resultados indicaram uma fase de expansão do estoque de empregos, vinculada principalmente ao bom desempenho da agropecuária e às atividades do setor de serviços.

Entretanto, em 2025, os dados apontam para um cenário de maior instabilidade. Apesar do Mato Grosso do Sul ter registrado saldo positivo de +3.023 empregos formais em julho de 2025, Caarapó apresentou um resultado negativo, com -95 postos de trabalho perdidos no mesmo período. Esse dado sugere que o município enfrentou retração em determinados segmentos da economia, evidenciando vulnerabilidade em relação à manutenção e à criação de vagas.

A análise do mercado formal em Caarapó também deve considerar a relevância da Casa do Trabalhador, que atua na intermediação de mão de obra e em programas de qualificação profissional. Iniciativas como o Dia da Oportunidade, realizado no município, e a parceria para inserção de jovens aprendizes em empresas locais (como a Raízen), são estratégias relevantes para ampliar a empregabilidade, especialmente entre a população jovem.

A oscilação do mercado de trabalho formal possui impactos diretos sobre as condições de saúde da população. A redução de postos formais amplia a informalidade, reduz a proteção previdenciária e limita o acesso a benefícios como seguro-desemprego e aposentadoria, aumentando a vulnerabilidade social. Além disso, pressiona os serviços públicos de saúde, que passam a atender uma população com menos condições de acesso a planos privados e maior exposição a riscos sociais.

1.3.2.4 Taxa de Pobreza

De acordo com informações disponíveis, 1.380 famílias em Caarapó estão em situação de pobreza, conforme dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Além disso, 1.578 famílias estão em situação de baixa renda, com renda per capita mensal abaixo de meio salário mínimo. Esses números indicam que uma parte significativa da população enfrenta desafios econômicos, o que pode impactar o acesso a serviços essenciais, incluindo saúde, educação e assistência social.

A elevada taxa de pobreza em Caarapó destaca a necessidade de políticas públicas focadas na redução das desigualdades sociais e no aprimoramento do acesso aos serviços de saúde.

1.3.2.5 Bolsa Família

O Programa Bolsa Família é um importante instrumento de transferência de renda do Governo Federal, voltado a famílias em situação de vulnerabilidade social. Em Caarapó, 3.724 famílias estão cadastradas, recebendo apoio financeiro mensal que contribui para a melhoria das condições básicas de vida, alimentação e acesso a serviços essenciais, como saúde e educação.

O acompanhamento das famílias beneficiárias do programa é essencial para a promoção de políticas públicas intersetoriais, especialmente nas áreas de saúde e assistência social. O Cadastro Único (CadÚnico) permite identificar as famílias em situação de vulnerabilidade e direcionar ações de atenção básica, acompanhamento nutricional, vacinação e prevenção de doenças.

A vinculação entre o Bolsa Família e os serviços de saúde possibilita:

- Garantia de acompanhamento pré-natal e infantil, reduzindo riscos materno-infantis;
- Monitoramento da condição nutricional de crianças e gestantes;
- Estímulo à vacinação completa da população infantil;
- Apoio à educação em saúde, promovendo hábitos de vida saudáveis e prevenção de doenças.

O Bolsa Família constitui ferramenta estratégica para redução da vulnerabilidade social em Caarapó, impactando diretamente a saúde da população. A gestão municipal deve articular de forma integrada os serviços de saúde e assistência social, garantindo o acompanhamento efetivo das famílias cadastradas, fortalecendo a atenção básica e promovendo ações intersetoriais que contribuam para a melhoria das condições de vida e para a redução das desigualdades sociais no município.

1.3.2.6 Saneamento Básico

O saneamento básico é fundamental para a promoção da saúde pública e qualidade de vida da população. Em Caarapó, o município tem avançado na implementação de infraestrutura de saneamento, com destaque para os serviços de abastecimento de água potável e esgotamento sanitário.

O fornecimento de água potável é realizado pela Sanesul (Empresa de Saneamento de Mato Grosso do Sul), que garante a distribuição de água tratada para a população. A empresa tem investido na ampliação e modernização dos sistemas de abastecimento, visando atender à crescente demanda e melhorar a qualidade do serviço prestado.

Em relação ao esgotamento sanitário, Caarapó gera aproximadamente 1.163,94 mil m³ de esgoto por ano. Deste total, 53,51% é coletado e tratado, enquanto o restante é lançado diretamente na natureza sem tratamento adequado. Esse índice está abaixo da média estadual e nacional, evidenciando a necessidade de investimentos para ampliar a cobertura e melhorar o tratamento dos efluentes.

Recentemente, o município recebeu investimentos significativos para a expansão da rede de esgoto. Em 2025, a Sanesul anunciou um investimento de R\$ 6,9 milhões para ampliar a rede de esgoto em Caarapó, com o objetivo de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade do serviço prestado à população.

Apesar dos avanços, Caarapó ainda enfrenta desafios no setor de saneamento básico, especialmente no que diz respeito à ampliação da cobertura de esgoto tratado. A continuidade dos investimentos e a implementação de projetos estruturantes são essenciais para alcançar a universalização do saneamento e garantir condições adequadas de saúde e bem-estar para toda a população.

1.3.2.7. Habitação

A habitação é um determinante social da saúde, influenciando diretamente as condições de vida da população. Em Caarapó, o município tem implementado diversas políticas habitacionais para atender às necessidades habitacionais da população, com foco em famílias de baixa renda.

O município de Caarapó, em parceria com a Agência de Habitação Popular de Mato Grosso do Sul (Agehab), tem desenvolvido projetos habitacionais para promover o acesso à moradia digna. Alguns dos principais programas incluem:

- Lote Urbanizado – Jardim dos Ipês: Destinado a famílias com renda entre R\$ 1.320,00 e R\$ 7.050,00 que ainda não foram beneficiadas por programas habitacionais. O projeto oferece terrenos com infraestrutura básica para construção de moradias.
- Loteamento Jardim Bonanza – Distrito Nova América: Voltado para famílias que não foram contempladas por programas habitacionais anteriores, oferecendo lotes urbanizados com infraestrutura básica.
- Loteamento Quinto D'omenico: Focado em famílias com renda de até dois salários mínimos, proporcionando lotes com infraestrutura básica para construção de moradias.
- Programa Habitacional Financiado com Subsídio: Parceria entre o município, a Agehab e instituições financeiras, oferecendo subsídios para famílias com renda entre R\$ 1.300,00 e R\$ 4.685,00, facilitando o acesso ao financiamento de moradias.

Apesar dos avanços, o município enfrenta desafios no setor habitacional, como a necessidade de ampliar a oferta de moradias para famílias de baixa renda e a regularização fundiária de áreas ocupadas irregularmente. A continuidade dos investimentos em infraestrutura urbana e a implementação de políticas públicas voltadas para a habitação são essenciais para garantir o direito à moradia digna para toda a população.

1.3.2.8 Educação

A educação no município de Caarapó, estado de Mato Grosso do Sul, tem se consolidado como um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento social, cultural e econômico da comunidade local. Com um olhar atento às transformações sociais e às demandas contemporâneas, a gestão pública tem buscado investir na melhoria da qualidade do ensino, na valorização dos profissionais da educação e na ampliação da infraestrutura escolar, reconhecendo a educação como ferramenta essencial para a promoção da cidadania e da equidade.

Um dos maiores compromissos do município tem sido com a educação na primeira infância, etapa crucial para o desenvolvimento integral da criança. De acordo com estudos na área da neurociência e da psicopedagogia, os primeiros anos de vida são decisivos para a formação das habilidades cognitivas, emocionais e sociais. Nesse sentido, a oferta de uma educação infantil de qualidade é um investimento estratégico de alto impacto, tanto para o presente quanto para o futuro da sociedade caarapoense.

Nos Centros de Educação Infantil (CEIs) e nas pré-escolas do município, observa-se um esforço contínuo para garantir ambientes acolhedores, seguros e estimulantes. A formação continuada de educadores, a adoção de práticas pedagógicas inovadoras e a integração com as famílias e a comunidade são aspectos que vêm sendo fortalecidos, com o objetivo de assegurar que cada criança tenha acesso a experiências educativas significativas desde os seus primeiros passos no mundo escolar.

Além disso, o município tem procurado alinhar suas políticas públicas educacionais aos marcos legais e orientações do Plano Nacional de Educação (PNE), assegurando o direito à educação infantil e à aprendizagem de forma inclusiva e equitativa. A ampliação da cobertura da educação infantil, especialmente para crianças de 0 a 3 anos, é um desafio constante, mas que tem sido enfrentado com seriedade, por meio da construção e adequação de unidades escolares, bem como do planejamento orçamentário específico.

É preciso reconhecer que o fortalecimento da educação em Caarapó exige um esforço conjunto entre poder público, sociedade civil, conselhos de educação e toda a comunidade escolar. A busca por uma educação mais justa, democrática e

transformadora passa pelo compromisso com a primeira infância, pois é nela que estão lançadas as bases de todo o processo formativo que se estende ao longo da vida.

Investir na criança pequena é, portanto, investir no futuro do município. É garantir que Caarapó continue a trilhar o caminho do progresso com responsabilidade social, preparando suas crianças não apenas para o mercado de trabalho, mas, sobretudo, para a vida em sociedade, com consciência crítica, empatia e participação cidadã.

Rede Municipal de Ensino

A rede municipal conta com 12 escolas, distribuídas entre a sede do município e áreas rurais, oferecendo Educação Infantil e Ensino Fundamental. Entre as principais instituições, destacam-se:

- CMEI Professor Armando Campos Belo: Educação Infantil.
- Escola Municipal Professor Moacir Franco de Carvalho: Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos (EJA).
- Escola Municipal Santo Antônio: Educação Infantil e Ensino Fundamental.
- E. Mun. Cândido Lemes dos Santos
- E. Mun. Rui Barbosa
- E. Mun. Índigena Ñandejara Polo

A rede municipal desempenha papel essencial na promoção de hábitos saudáveis, alimentação adequada e orientação sobre prevenção de doenças, integrando-se às ações de saúde escolar e programas de acompanhamento nutricional.

Rede Estadual de Ensino

Caarapó possui 7 escolas estaduais, responsáveis pelo Ensino Fundamental, Médio e Técnico. Entre elas:

- Escola Estadual Tenente Antônio João: Ensino Médio e Técnico.

- Escola Estadual Padre José de Anchieta: Ensino Fundamental, localizada no Distrito de Cristalina.
- E. Estadual Arcênio Rojas
- E. Estadual Joaquim A.S. Vianna
- E. Estadual Cleuza Aparecida Vargas Galhardo
- E. Estadual Frei João Damasceno

As escolas estaduais contribuem para a formação cidadã, a conscientização sobre saúde e a prevenção de agravos, sendo parceiras das ações de saúde pública desenvolvidas no município.

Rede Particular de Ensino

A rede particular conta com 6 instituições, incluindo Educação Infantil e Ensino Fundamental, algumas com foco em educação especial:

- Centro Educacional A Corujinha: Educação Infantil.
- Escola de Educação Especial Júlio César Nobre: atendimento a alunos com necessidades especiais.
- Escola São Vicente: Ensino Fundamental.
- Centro Educacional e de Recreação Infantil Mundo Encantado-ME: Educação Infantil.
- Inspire Saber: Educação Infantil e fundamental

A rede particular também participa de programas de saúde escolar, reforçando campanhas de vacinação, prevenção de doenças e orientação sobre hábitos saudáveis.

Ensino Superior

Caarapó dispõe de uma instituição privada de ensino superior:

- FETAC – Faculdade de Educação, Tecnologia e Administração de Caarapó-MS: cursos de graduação em Administração, Pedagogia e áreas correlatas.

Além disso, estudantes têm acesso a instituições de ensino superior em municípios vizinhos, como Dourados e Naviraí, ampliando oportunidades educacionais e favorecendo a capacitação profissional local.

Tabela 4 – Relação de escolas em Caarapó

Escola/Instituição	Rede	Nível de Ensino
Escola Municipal Professor Moacir Franco de Carvalho	Municipal	Ensino Fundamental / EJA
Escola Municipal Cândido Lemes dos Santos	Municipal	Educação Infantil / Ensino Fundamental
Escola Estadual Arcenio Rojas	Estadual	Ensino Fundamental/Médio
Escola Estadual Tenente Antônio João	Estadual	Ensino Fundamental
Escola Estadual Yvy Poty	Estadual	Ensino Médio
Escola Estadual Rui Barbosa	Municipal	Ensino Fundamental
Escola Estadual Padre José de Anchieta	Estadual	Ensino Fundamental/Médio
Escola Estadual Frei Joao Damasceno	Estadual	Ensino Fundamental/Médio
Escola Estadual Profª Cleuza Aparecida Vargas Galhardo	Estadual	Ensino Fundamental/Médio
Escola Estadual Prof Joaquim Alfredo Soares Vianna	Estadual	Ensino Fundamental/Médio
Escola Municipal Indígena Nandejara-polo	Município	Ensino Fundamental
Cmei - Aristides Maciel Da Silva	Municipal	Educação Infantil

Cmei Eneida Claro Alvares	Municipal	Educação Infantil
Cmei - Dona China	Municipal	Educação Infantil
Cmei - Frei Mateus	Municipal	Educação Infantil
Cmei - Prof Armando Campos Belo	Municipal	Educação Infantil
Cmei Prof Julio Ushigima – Polo	Municipal	Educação Infantil
Cmei - Rita Tereza De Araujo Silva-polo	Municipal	Educação Infantil
Cmei Prof Roseli Alves De Brito	Municipal	Educação Infantil
Centro Educacional A Corujinha	Particular	Educação Infantil
Escola de Educação Especial Júlio César Nobre	Particular	Educação Especial
Escola São Vicente	Particular	Ensino Fundamental
Centro Educacional Mundo Encantado-ME	Particular	Educação Infantil
Inspire Saber	Particular	Educação Infantil/Fundamental
FETAC – Faculdade de Educação, Tecnologia e Administração de Caarapó-MS	Superior/Privada	Graduação

Fonte: SMEC/Caarapó

1.3.2.9. Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis

No município de Caarapó, assim como em todo o país, existem grupos populacionais que enfrentam, de forma mais intensa, os efeitos da exclusão social, econômica e psicológica. Essas situações podem estar relacionadas a fatores

religiosos, de saúde, gênero, orientação sexual, raça, etnia ou outras condições que reforçam desigualdades e limitam oportunidades de inserção social.

A realidade local evidencia a presença de populações que vivenciam essas desigualdades em diferentes dimensões, refletindo em maior vulnerabilidade no acesso a serviços, na qualidade de vida e na promoção da saúde. Reconhecer esse perfil é essencial para que as políticas públicas municipais sejam capazes de responder de maneira inclusiva e equitativa.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), programas e ações governamentais têm como diretriz o respeito à diversidade e o atendimento integral às pessoas em situação de vulnerabilidade. Em Caarapó, esse compromisso se expressa no esforço de planejar e executar estratégias que reduzam desigualdades sociais, assegurem o acesso universal e fortaleçam a equidade no cuidado, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

1.3.2.9.1 População Indígena – Povos Originários

O município de Caarapó abriga uma expressiva população indígena, estimada em 4.414 pessoas segundo o Censo Demográfico de 2022 do IBGE. No entanto, de acordo com informações da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a população indígena residente no município é consideravelmente maior, evidenciando discrepâncias entre os registros oficiais e a realidade vivida nas comunidades.

Essa população é composta majoritariamente pelos povos Guarani e Kalowá, distribuídos em diversas aldeias no território municipal. Entre elas destaca-se a Te'yíkue (Tey'lkue), cujo nome em Guarani significa “aldeia antiga” ou “lugar que foi morada”, abrigando milhares de indígenas e configurando-se como uma das maiores aldeias da região. Também fazem parte do território indígena a aldeia Guira-Roka, que, junto com Te'yíkue, compõem núcleos populacionais de grande relevância cultural, social e histórica para o município.

O atendimento direto à saúde indígena é de responsabilidade da SESAÍ, por meio de suas equipes multidisciplinares. Entretanto, o município de Caarapó mantém participação ativa no suporte a essas comunidades, na oferta de medicamentos da farmácia básico, transporte sanitário para deslocamento dos pacientes dentro e fora

do município e agentes comunitários de saúde indígenas, fortalecendo o atendimento e garantindo respostas mais ágeis às necessidades locais.

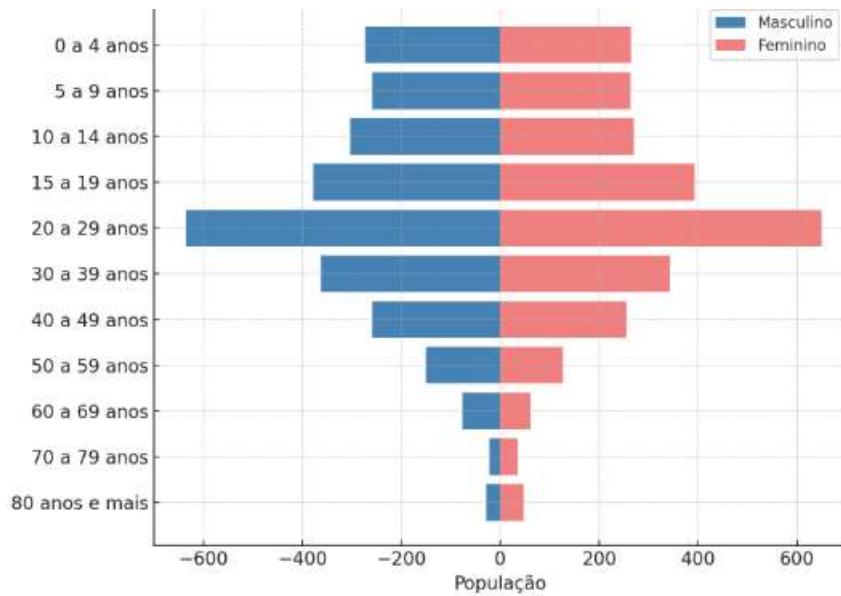
Essa presença significativa reforça a necessidade de políticas públicas de saúde específicas, que considerem as particularidades culturais, sociais e epidemiológicas da população indígena, garantindo acesso universal, atendimento diferenciado e respeito às tradições desses povos.

Tabela 5 - População indígena Caarapó, distribuída por sexo e faixa etária

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0 A 4 anos	273	265	538
5 a 9 anos	259	264	523
10 a 14 anos	303	270	573
15 a 19 anos	378	393	771
20 a 29 anos	636	650	1.286
30 a 39 anos	363	342	705
40 a 49 anos	258	255	513
50 a 59 anos	150	126	276
60 a 69 anos	77	62	139
70 a 79 anos	22	35	57
80 anos e mais	28	47	75
Total	2.747	2.709	5.456

Fonte: SESAI- Pólo Base Caarapó

Figura 7 - Pirâmide etária da população de Caarapó



Fonte: SESA – Polo Base Caarapó

A pirâmide etária da população indígena de Caarapó revela uma estrutura predominantemente jovem, caracterizada por uma base larga formada por crianças, adolescentes e jovens adultos, e um topo estreito, com reduzida participação de idosos. Esse perfil demográfico indica a necessidade de concentrar esforços em ações de atenção materno-infantil, imunização, nutrição, saúde do adolescente e do jovem, saúde sexual e reprodutiva, além de estratégias de prevenção de violências e infecções sexualmente transmissíveis. Observa-se também um contingente crescente da população adulta (30 a 59 anos), que requer intensificação das políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. A baixa proporção de idosos sugere expectativa de vida ainda limitada, embora em processo de expansão, o que reforça a importância de organizar uma rede de cuidados voltada ao envelhecimento saudável.

Figura 8 - Distribuição da população indígena por grupos etários



Observa-se que 67,7% da população indígena encontra-se abaixo dos 30 anos, com maior concentração na faixa etária de 20 a 29 anos (23,6%), seguida de 15 a 19 anos (14,1%). Já a população idosa (60 anos ou mais) representa proporção reduzida (4,9%), o que indica baixa longevidade média, embora se observe tendência de crescimento nos próximos anos.

1.3.2.9.2 População Privada de Liberdade no Sistema Prisional

Com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) no âmbito do SUS, através da Portaria Interministerial nº 01 de 02 de janeiro de 2014, ampliou o acesso das pessoas privadas de liberdade à saúde, possibilitando a adesão por parte dos municípios para oferta das ações e serviços de saúde, bem como a mudança no financiamento a partir da instituição da Política em 01 de janeiro de 2014 substituindo o Plano Operativo (POE), extinto em 30 de dezembro de 2013. Através da Portaria nº 482 de 01 de abril de 2014, foram instituídas normas de operacionalização da Política dividindo as equipes em carga horária de 06 (seis), 20 (vinte) e 30 (trinta) horas, de acordo com o número de internos do estabelecimento penal.

O município de Caarapó, em Mato Grosso do Sul, aderiu à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) por meio de um processo formal que envolveu a assinatura de um Termo de Adesão com a União. Essa adesão é um compromisso do município para

implementar ações de saúde direcionadas às pessoas privadas de liberdade, integrando-as à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Estabelecimento Penal Masculino de Regime Fechado de Caarapó, criado pelo Decreto nº 14.738, de 15 de maio de 2017, está localizado na Rua Duque de Caxias, nº 1717, Vila Planalto, destinado a presos do sexo masculino que cumprem pena em regime fechado. Atualmente, a unidade prisional conta com aproximadamente 100 internos, sendo atendidos pela equipe do PNAISP.

A adesão à PNAISP permite que o município receba recursos federais destinados à implementação das ações de saúde no sistema prisional, incluindo a contratação de profissionais de saúde, aquisição de medicamentos e insumos, e a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Além disso, a adesão à política fortalece a articulação entre os serviços de saúde e o sistema de justiça, promovendo a reintegração social dos egressos do sistema prisional.

A implementação da PNAISP em Caarapó reflete o compromisso do município com a promoção da saúde integral das pessoas privadas de liberdade, alinhando-se às diretrizes do SUS e contribuindo para a redução das desigualdades no acesso à saúde.

O atendimento em saúde desta população, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e alinhado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), é realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó. Para isso, o município mantém uma equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) formada por: médico clínico, enfermeira, técnico de enfermagem, odontólogo e técnico em consultório odontológico.

Essa equipe oferece regularmente os seguintes serviços:

- Aferição de pressão arterial;
- Realização de testes rápidos;
- Consultas médicas e odontológicas;
- Notificação e tratamento de agravos de notificação compulsória;
- Realização de curativos;

- Atividades educativas em saúde.

A atuação municipal fortalece o cuidado em saúde no sistema prisional, assegurando acesso a serviços básicos e acompanhamento contínuo. Entretanto, ainda permanecem desafios para o próximo quadriênio, como a ampliação da oferta de atendimentos especializados, a estruturação de protocolos de urgência e emergência, o fortalecimento das ações de saúde mental e a manutenção do fornecimento regular de medicamentos.

A implementação da PNAISP em Caarapó reflete o compromisso do município com a promoção da saúde integral das pessoas privadas de liberdade, alinhando-se às diretrizes do SUS e contribuindo para a redução das desigualdades no acesso à saúde.

1.3.2.9.3. População LGBTQIAPN+

O município não possui dados oficiais específicos sobre a população LGBTQIAPN+ residentes. No entanto, conforme o "Mapa da População LGBT+ Vulnerável em Mato Grosso do Sul" elaborado pela Secretaria de Estado de Cidadania (SEC), a região da Grande Dourados, que inclui Caarapó, apresenta características que podem indicar a presença dessa população, como a proximidade com centros urbanos maiores e a existência de políticas públicas estaduais voltadas para a diversidade sexual e de gênero.

Além disso, o município tem se engajado em ações para promover a inclusão e o respeito à diversidade. Por exemplo, em 2023, a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP) realizou ações de combate e prevenção à LGBTfobia no sistema prisional de Mato Grosso do Sul, incluindo atividades na região de Dourados, que abrange Caarapó.

Embora não haja dados específicos sobre a população LGBTQIAPN+ em Caarapó, é importante destacar que a região está inserida em um contexto estadual que busca promover a cidadania e os direitos dessa população. A continuidade e ampliação dessas ações são fundamentais para garantir a inclusão e o respeito à diversidade em todo o estado.

1.3.2.9.4 População em Situação de Rua

A população em situação de rua apresenta origens múltiplas e complexas, geralmente resultantes da interação de fatores sociais, econômicos, familiares e individuais. Entre os principais determinantes que levam as pessoas a viverem nas ruas, destacam-se:

1. **Desigualdade socioeconômica:** a falta de emprego, renda insuficiente, pobreza e exclusão social contribuem diretamente para a vulnerabilidade das famílias e indivíduos, tornando-os suscetíveis à perda da moradia.
2. **Fragilidade familiar:** conflitos familiares, violência doméstica, abandono ou ruptura de vínculos afetivos podem levar à saída do indivíduo do lar, resultando em deslocamento para vias públicas ou espaços coletivos de abrigo.
3. **Uso de álcool e outras drogas:** o consumo problemático de substâncias pode causar ou agravar a situação de vulnerabilidade, afetando relações familiares, capacidade de trabalho e saúde física e mental.
4. **Migração e trânsito:** pessoas provenientes de outros municípios, estados ou países podem chegar a Caarapó em busca de oportunidades de trabalho ou acesso a serviços públicos, mas acabam vivendo em situação de rua devido à falta de moradia e rede de apoio.
5. **Saúde mental e deficiência:** transtornos mentais, incapacidades físicas ou cognitivas não assistidas adequadamente aumentam o risco de exclusão social e abandono, contribuindo para a permanência nas ruas.
6. **Desastres e crises sociais:** situações de desastres naturais, crises econômicas ou políticas podem resultar em deslocamentos populacionais que elevam o número de pessoas em situação de rua.

De acordo com os dados levantados no período analisado entre janeiro de 2021 a setembro de 2025 em Caarapó, observou-se um total de 950 pessoas em situação de rua que estiveram em trânsito pelo município e que foram atendidas pela equipe do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). A maioria dos indivíduos identificados são do sexo masculino, com faixa etária predominante entre 18 a 59 anos. Além disso, constatou-se que não possuem documentação básica e se recusam a fornecerem dados para tanto, transitando com Registros de Boletim de Ocorrência providenciados pelo CREAS, o que

dificulta o acesso a políticas públicas essenciais, como saúde, educação, assistência social e programas de reinserção no mercado de trabalho. O levantamento aponta ainda para uma unanimidade no uso abusivo de álcool e outras drogas e muitos casos de transtornos mentais. A ausência de renda formal e vínculos familiares fragilizados e rompidos também se destacam como característica recorrente entre as pessoas atendidas. Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas integradas e contínuas, voltadas à prevenção, acolhimento e reintegração social dessa população, além do fortalecimento de parcerias intersetoriais.

De acordo com os dados do recorte histórico dos últimos cinco anos, Caarapó apresentou a seguinte população em situação de rua flutuante, ou seja, que estavam em trânsito pela cidade:

Tabela 6 – Quantidade e perfil de atendimentos de pessoas em situação de rua

Ano	Faixa Etária/Sexo								Total	
	0 a 12 anos		13 a 17 anos		18 a 59 anos		60 anos ou mais			
	M	F	M	F	M	F	M	F		
2021	3	3	0	1	261	40	5	0	313	
2022	1	0	2	0	97	20	5	0	125	
2023	0	0	0	1	130	16	2	0	149	
2024	0	0	0	0	131	45	11	2	189	
2025	0	0	5	0	122	37	10	0	174	

Fonte: Secretaria Municipal de Assistência Social/ Relatório Mensal de Atendimento

A análise da série histórica de atendimentos a pessoas em situação de rua no município, entre os anos de 2021 e 2025, revela importantes mudanças tanto na quantidade de atendimentos realizados quanto no perfil das pessoas assistidas. Ao longo desse período, observa-se uma tendência de oscilação no total de registros, bem como transformações no recorte de faixa etária e de gênero, o que permite

compreender melhor a dinâmica da população em situação de rua e direcionar as políticas públicas de forma mais eficaz.

Em 2021, foi registrado o maior número de atendimentos do período, com um total de 313 pessoas em situação de rua, evidenciando, possivelmente, uma maior visibilidade e alcance das ações de abordagem social naquele momento. A partir de 2022, houve uma redução significativa, com 125 registros, o que representa uma queda de aproximadamente 60% em relação ao ano anterior. Nos anos seguintes, verifica-se uma variação moderada, com 149 atendimentos em 2023, 189 em 2024 e 174 em 2025, o que demonstra uma relativa estabilidade nos números, ainda que em patamares elevados.

Em relação ao perfil dos atendidos, a faixa etária de 18 a 59 anos se destaca ao longo de todo o período, confirmando que a maioria das pessoas em situação de rua encontra-se em idade economicamente ativa. Apenas em 2021 e 2022 foram registrados atendimentos de crianças e adolescentes. A partir de 2023, não houve mais registros nessa faixa etária, o que pode indicar uma melhora nas ações de proteção social voltadas a esse público, ou, alternativamente, uma possível subnotificação desses casos. Em 2024, houve um aumento no número de pessoas idosas em situação de rua, com 13 registros, número que caiu para zero no ano seguinte. Essa flutuação acende um alerta sobre a necessidade de atenção especial à população idosa, que é particularmente vulnerável a situações de abandono, doenças crônicas e violência.

Outro aspecto relevante é o aumento gradual da presença feminina entre as pessoas em situação de rua. Em 2021, as mulheres representavam apenas 14% do total atendido. Esse percentual foi crescendo ao longo dos anos, alcançando 25% em 2024 e permanecendo em patamar semelhante em 2025, quando foram registradas 37 mulheres em situação de rua. Esse dado aponta para o fenômeno da feminização da pobreza e da situação de rua, que demanda políticas públicas com recorte de gênero, voltadas à proteção da mulher, prevenção à violência, acolhimento seguro, atenção à maternidade e garantia de acesso a direitos básicos como saúde, educação e habitação.

De maneira geral, os dados da série histórica indicam que, embora tenha havido redução no número total de atendimentos em comparação com o pico registrado em 2021, a situação de rua permanece como um desafio constante para o município. A predominância de adultos em situação de vulnerabilidade extrema, associada à crescente presença feminina e à oscilação de registros de pessoas idosas, evidencia a necessidade de uma resposta integrada por parte das políticas públicas.

É fundamental que as ações não se limitem ao atendimento emergencial, mas avancem na direção da superação da situação de rua por meio de políticas de habitação, inserção no mercado de trabalho, atenção à saúde mental, acesso à documentação civil e apoio psicossocial. Somente por meio de um trabalho intersetorial e contínuo será possível garantir o acolhimento digno e a reintegração social das pessoas em situação de rua, respeitando suas individualidades e garantindo o acesso pleno aos direitos fundamentais.

Tabela 7 – Quantidade e perfil de pessoas vivendo em situação de rua 2025

Ano	Faixa Etária/Sexo								Total	
	0 a 12 anos		13 a 17 anos		18 a 59 anos		60 anos ou mais			
	M	F	M	F	M	F	M	F		
2025	0	0	0	0	09	07	0	0	16	

Fonte: Secretaria Municipal de Assistência Social/ Relatório abordagens sociais (2025).

Em 2025, foram identificadas 16 pessoas vivendo em situação de rua no município de Caarapó. Este número representa uma redução expressiva em comparação aos anos anteriores, especialmente se comparado a 2024, quando foram registrados 189 casos. Embora essa diminuição possa ser vista, à primeira vista, como um avanço no enfrentamento da problemática, é necessário cautela na interpretação, pois a redução pode estar associada a diversos fatores, como mudanças no fluxo migratório, políticas de acolhimento, ou mesmo variações na metodologia de identificação e registro dessas pessoas.

No que se refere ao perfil etário e de gênero, observa-se que todas as 16 pessoas se encontram na faixa de 18 a 59 anos, sendo 9 do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Não foram registrados, neste ano, casos envolvendo crianças, adolescentes ou idosos em situação de rua, o que pode indicar, por um lado, maior efetividade das políticas de proteção para esses grupos, mas, por outro, também pode estar relacionado à subnotificação ou invisibilidade de casos.

Quanto à origem dessas pessoas, metade (8) são residentes do próprio município de Caarapó. Dentro deste grupo local, destacam-se 2 pessoas indígenas da Aldeia Te'yikue, o que representa 25% da população local em situação de rua e evidencia a necessidade de atenção especial às comunidades indígenas. Os demais 8 indivíduos têm origem em outros municípios e até mesmo em outro país, o que reforça o caráter itinerante de parte da população em situação de rua. São eles:

- 2 pessoas do município de Dourados (Aldeia Bororó);
- 1 pessoa do município de Amambai;
- 1 pessoa de Laguna Caarapã;
- 2 pessoas da cidade de Curitiba (Paraná);
- 1 pessoa de Água Clara (MT);
- 1 pessoa da Colômbia, indicando a presença de migrantes internacionais em situação de vulnerabilidade.

A presença de indígenas de diferentes etnias e de pessoas vindas de fora do estado e até mesmo do país aponta para a complexidade do fenômeno da população em situação de rua, que extrapola os limites municipais e exige ações articuladas entre os entes federativos e políticas públicas interculturais e intermunicipais, com foco na proteção social, saúde, moradia e acesso à documentação civil.

Além disso, a presença de uma pessoa estrangeira, oriunda da Colômbia, evidencia também a importância de considerar as questões migratórias internacionais dentro da rede de assistência social, articulando-se com órgãos de apoio a refugiados, imigrantes e direitos humanos.

Apesar do número atual ser o mais baixo da série histórica, a presença de diferentes perfis – especialmente indígenas, mulheres e migrantes – exige atenção

especial. O enfrentamento da situação de rua deve considerar não apenas a quantidade, mas a qualidade das abordagens e políticas públicas, respeitando as diversidades culturais, as trajetórias individuais e as especificidades territoriais.

O município deve seguir investindo em estratégias integradas de acolhimento humanizado, reinserção social e prevenção, em articulação com a rede de proteção social, serviços de saúde, educação, habitação e empregabilidade, garantindo o acesso pleno aos direitos fundamentais dessa população.

1.3.2.9.5. População Negra

O município de Caarapó, localizado em Mato Grosso do Sul, apresenta uma população diversa e multicultural, resultado de processos históricos de colonização, migração e convivência entre diferentes grupos étnicos. Embora o município não possua dados específicos atualizados sobre a população negra, é possível contextualizar a presença e a importância desse segmento na sociedade local.

Historicamente, Caarapó recebeu imigrantes de diversas regiões, incluindo nordestinos, sulistas e indígenas, contribuindo para a formação de uma comunidade plural. A presença de comunidades quilombolas na região também evidencia a herança afro-brasileira, embora informações detalhadas sobre essas comunidades específicas em Caarapó não estejam amplamente disponíveis.

É importante destacar que, em Mato Grosso do Sul, a população negra, composta por pretos e pardos, tem se destacado em diversas áreas. Em 2010, o percentual de brancos no estado era de 47,3%, enquanto o de pretos aumentou para 4,9% e o de pardos para 43,6%, totalizando 48,5% da população. Esse crescimento reflete mudanças demográficas e sociais significativas, embora o estado ainda não tenha atingido a maioria absoluta de população negra.

Em Caarapó, iniciativas como o "Julho das Pretas" têm sido realizadas para reforçar a luta por igualdade racial e valorização das mulheres negras. Esses encontros abordam temas como racismo estrutural, autoestima, ancestralidade e empoderamento feminino negro, reunindo crianças, adolescentes, mulheres e famílias em palestras e rodas de conversa.

Embora dados específicos sobre a população negra de Caarapó sejam limitados, é evidente a contribuição significativa desse segmento para a cultura, economia e sociedade local. Reconhecer e valorizar essa contribuição é essencial para promover uma sociedade mais justa e igualitária.

1.4. Perfil Epidemiológico

O perfil epidemiológico, como indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população, desempenha um papel crucial na compreensão das características epidemiológicas das regiões de saúde do estado. Nesse contexto, a análise contextual do perfil epidemiológico apresentado a seguir permite identificar situações de maior risco, fornecendo ideias valiosas para a implementação de medidas de controle ou eliminação desses riscos.

1.4.1. Aspectos da Morbimortalidade

Para a análise das informações sobre as tendências de morbimortalidade no município de Caarapó, as bases de dados utilizadas tiveram como referência o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo DATASUS/Ministério da Saúde, relativos ao período de 2020 a 2024.

Esses sistemas permitiram avaliar os padrões de morbidade e mortalidade locais, identificar agravos de maior relevância para a população do município, monitorar indicadores de saúde materno-infantil, doenças transmissíveis e crônicas, bem como subsidiar o planejamento de políticas públicas e estratégias de prevenção e promoção da saúde em Caarapó.

Tabela 8 - Número de óbitos totais em Caarapó-MS

Ano de ocorrência	Caarapó-MS
2020	118
2021	145
2022	143

2023	108
2024	111

Fonte: SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Principais observações:

- Aumento em 2021 e 2022: Houve crescimento acentuado em relação a 2020, com pico em 2021 (145 óbitos), possivelmente influenciado pela pandemia de COVID-19.
- Queda em 2023: O número reduziu para 108 óbitos, o menor do período.
- Estabilidade em 2024: Pequena elevação (111), mantendo-se próxima ao patamar de 2023.

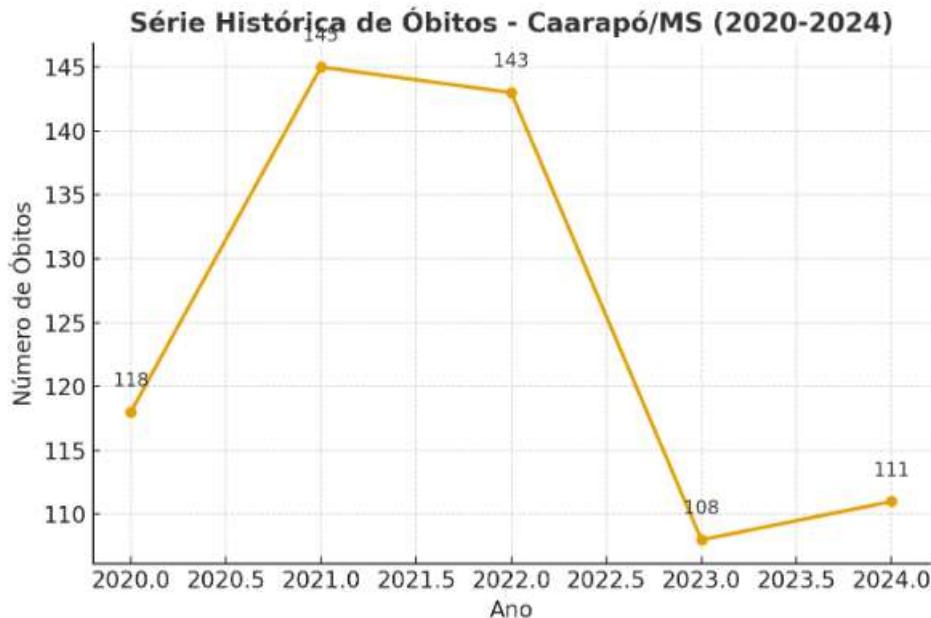
Variação percentual ano a ano

- 2020 → 2021: +22,9%
- 2021 → 2022: -1,4%
- 2022 → 2023: -24,5%
- 2023 → 2024: +2,8%

Tendência geral (2020–2024)

O período apresenta pico em 2021–2022 seguido de redução consistente até 2023 e estabilização em 2024. Em média, ocorreram 125 óbitos/ano no período, a linha histórica sugere que os anos de maior mortalidade foram atípicos e relacionados a fatores externos (como a pandemia). Após isso, o município retornou a um padrão mais baixo e estável de mortalidade.

Gráfico 3 – Série histórica de óbitos – Caarapó MS (2020-2024)



O gráfico mostrando a evolução dos óbitos em Caarapó-MS de 2020 a 2024, com destaque para o pico em 2021–2022 e a queda seguida de estabilização em 2023–2024.

1.4.2. Morbidade Hospitalar

A análise da morbidade hospitalar de residentes do município de Caarapó, no período de 2020 a 2024, revela importantes tendências no perfil de internações segundo capítulos da CID-10. O total de internações apresentou crescimento progressivo: 1.711 em 2020, 1.938 em 2021, 2.200 em 2022, 2.307 em 2023 e 2.354 em 2024, refletindo tanto o aumento da demanda assistencial quanto a ampliação do acesso aos serviços hospitalares.

Entre os grupos de maior destaque estão:

- **Gravidez, parto e puerpério (Cap. XV):** representaram o maior número de internações em toda a série, variando de 399 a 500 registros anuais, o que confirma a expressiva demanda obstétrica no município e a necessidade permanente de qualificação da assistência materno-infantil.
- **Doenças do aparelho respiratório (Cap. X):** apresentaram crescimento acentuado, especialmente em 2022 (393) e 2023 (426), com pequena redução

em 2024 (398). Esse comportamento está associado ao impacto da pandemia de COVID-19 e de outros agravos respiratórios sazonais, que sobrecarregaram a rede hospitalar no período.

- **Doenças do aparelho digestivo (Cap. XI):** mostraram tendência crescente, com pico em 2022 (260 internações) e manutenção em patamares elevados em 2024 (255), indicando a relevância desses agravos para a carga de morbidade hospitalar local.
- **Doenças do aparelho geniturinário (Cap. XIV):** destacaram-se pelo crescimento contínuo, passando de 49 internações em 2020 para 225 em 2024, o que pode estar relacionado tanto a agravos infecciosos quanto a condições crônicas (como insuficiência renal), exigindo atenção específica da rede.
- **Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (Cap. XIX):** mantiveram números significativos, com variação de 149 a 200 internações anuais, refletindo a persistência de acidentes, violências e outros agravos que demandam cuidado hospitalar.
- **Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV):** apresentaram crescimento progressivo de 82 casos em 2020 para 104 em 2024, sugerindo aumento da carga de condições crônicas como diabetes e distúrbios metabólicos, que requerem fortalecimento das ações de prevenção e acompanhamento pela Atenção Primária.

Outros grupos com menor volume de internações, mas com relevância epidemiológica, incluem: doenças do aparelho circulatório (Cap. IX), que cresceram de 97 em 2020 para 135 em 2023 e mantiveram-se elevadas em 2024 (129); doenças originadas no período perinatal (Cap. XVI), com aumento de 30 para 51 casos; e sintomas, sinais e achados anormais (Cap. XVIII), que mais que dobraram no período (10 em 2020 para 28 em 2024), sugerindo maior capacidade diagnóstica e de registro.

De modo geral, a série histórica demonstra que a morbidade hospitalar está fortemente concentrada em três grandes eixos:

1. **Saúde materno-infantil** (gravidez, parto e puerpério; afecções perinatais; malformações congênitas);
2. **Doenças respiratórias e digestivas**, fortemente impactadas pela pandemia e condições crônicas;

3. Causas externas e doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, endócrinas e genitourinárias), que mostram tendência de crescimento.

Essas evidências reforçam a necessidade de direcionar políticas públicas e recursos para o fortalecimento da rede de atenção materno-infantil, para a prevenção e manejo das condições crônicas, bem como para estratégias de vigilância e redução de causas externas, garantindo maior integralidade e resolutividade ao sistema municipal de saúde.

Tabela 9 - Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da cid-10.

CAPÍTULO CID-10	2020	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	209	265	132	167	213
II. Neoplasias (tumores)	141	185	162	137	154
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	16	10	24	26	11
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	82	89	91	95	104
V. Transtornos mentais e comportamentais	9	3	5	11	5
VI. Doenças do sistema nervoso	49	47	57	37	44
VII. Doenças do olho e anexos	14	36	48	26	25
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	-	2	2	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	97	74	109	135	129
X. Doenças do aparelho respiratório	219	254	393	426	398
XI. Doenças do aparelho digestivo	127	124	260	220	255
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	13	13	33	22
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	10	10	54	41	28
XIV. Doenças do aparelho genitourinário	49	105	173	172	225
XV. Gravidez parto e puerpério	449	500	409	428	399
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	30	29	35	40	51
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	22	18	17	24	26

XVIII. Sint sinais e achad. anorm. ex clín e laborat	10	11	16	18	28
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	149	151	152	200	184
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	21	14	48	69	50
Total	1.711	1.938	2.200	2.307	2.354

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

1.4.3. Mortalidade por Grupos de Causa

A análise da mortalidade de residentes do município, segundo capítulos da CID-10, no período de 2020 a 2023, permite identificar padrões e tendências importantes para o planejamento das ações de saúde. O total de óbitos registrados oscilou entre 191 e 260 por ano, refletindo tanto variações naturais quanto possíveis mudanças na distribuição de causas.

Os principais grupos de causa de óbitos ao longo da série histórica foram:

- **Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX):** corresponderam ao maior número de óbitos em todos os anos, com 60 em 2020, atingindo pico de 90 em 2022, e redução para 51 em 2023. Este padrão evidencia a relevância das doenças cardiovasculares como principal determinante de mortalidade, destacando a necessidade de ações preventivas e de atenção continuada no nível primário e secundário.
- **Neoplasias (Cap. II):** permaneceram como segunda maior causa de óbito, com registros relativamente estáveis, entre 21 e 36 casos anuais. Essa constância reforça a importância da detecção precoce, acompanhamento oncológico e estratégias de prevenção de fatores de risco.
- **Doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I):** apresentaram forte variação, com 19 óbitos em 2020, aumento significativo para 47 em 2021 e queda subsequente nos anos seguintes (11 em 2022 e 6 em 2023). A elevação em 2021 pode estar associada a surtos ou a maior incidência de doenças

infecciosas, demandando atenção contínua à vigilância epidemiológica e imunização.

- **Doenças do aparelho respiratório (Cap. X):** apresentaram leve aumento ao longo do período, com pico em 2022 (40 óbitos) e pequeno recuo em 2023 (33), evidenciando a relevância das doenças respiratórias graves, possivelmente associadas a infecções agudas e complicações de doenças crônicas.
- **Causas externas de morbidade e mortalidade (Cap. XX):** mantiveram-se significativas, com variação de 22 a 30 óbitos anuais, destacando a importância da prevenção de acidentes, violência e outros agravos externos.

Outros grupos com menor impacto absoluto, mas com atenção necessária, incluem doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV), com leve aumento em 2021; doenças do sistema nervoso (Cap. VI), com oscilação discreta; e condições originadas no período perinatal (Cap. XVI), com pequeno crescimento em 2023, reforçando a necessidade de atenção materno-infantil.

De modo geral, a análise evidencia que a mortalidade em Caarapó concentra-se principalmente em doenças crônicas não transmissíveis, especialmente cardiovasculares e neoplasias, seguidas por doenças respiratórias e infecciosas, além de causas externas. Estes achados reforçam a importância de políticas integradas de prevenção, promoção da saúde, detecção precoce e cuidado contínuo, priorizando estratégias na Atenção Primária, vigilância epidemiológica e integração com atenção hospitalar e especializada.

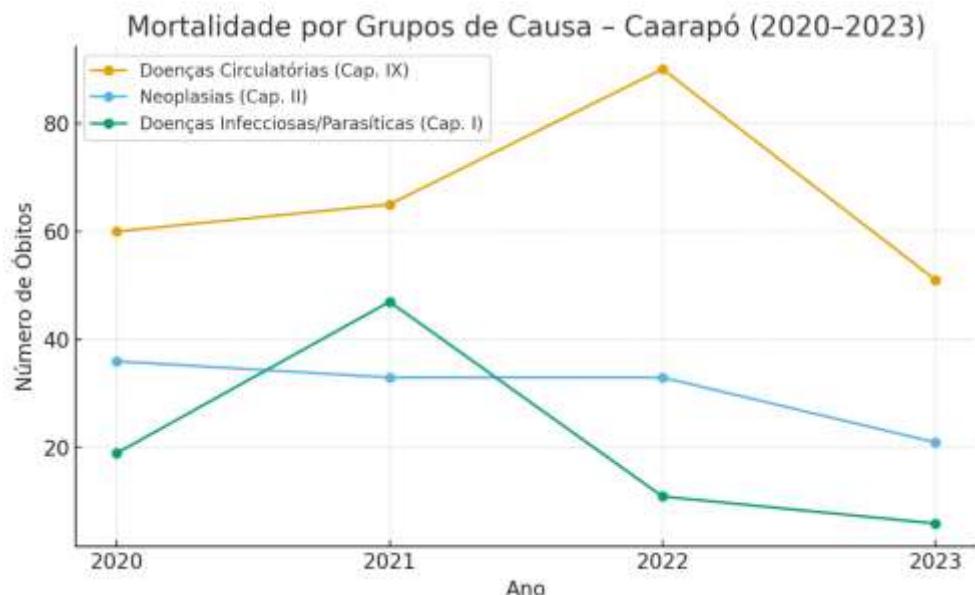
Tabela 10 - Mortalidade por grupos de causa

CAPÍTULO CID-10	2020	2021	2022	2023
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19	47	11	6
II. Neoplasias (tumores)	36	33	33	21
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	11	5	9
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	3	1	4
VI. Doenças do sistema nervoso	12	10	11	6
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-

IX. Doenças do aparelho circulatório	60	65	90	51
X. Doenças do aparelho respiratório	26	30	40	33
XI. Doenças do aparelho digestivo	19	9	15	9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	2	-
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	1	1	1	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	9	6	5
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	1
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	2	2	2	3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	4	1	2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	9	8	10
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	27	27	22	30
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-
Total	217	260	249	191

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

Gráfico 4 – Mortalidade por grupos de causa – Caarapó (2020-2023)



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

Diferenças na base de dados

Ao analisar os óbitos do município, identifica-se diferença entre os totais apresentados diretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e aqueles extraídos por meio do Tabwin. Essa divergência ocorre em função da dinâmica de alimentação e atualização das bases de dados. O SIM é a base oficial e consolidada, mas o processo de registro, investigação e validação das Declarações de Óbito pode levar a ajustes posteriores. Assim, óbitos inicialmente não informados ou com causa mal definida podem ser incluídos ou reclassificados após investigação epidemiológica, impactando o número final.

O Tabwin, por sua vez, é uma ferramenta de tabulação que acessa os bancos de dados disponíveis em determinado momento. Dessa forma, dependendo da data em que a extração é realizada, pode apresentar valores ligeiramente diferentes dos consolidados no SIM, seja por atualizações ainda não incorporadas, seja por diferenças na parametrização utilizada para seleção dos casos (local de ocorrência, município de residência, tipo de óbito, entre outros).

Portanto, a diferença observada entre as fontes não representa erro, mas sim reflexo do processo contínuo de qualificação da informação em saúde. Para fins de planejamento e monitoramento, recomenda-se sempre considerar o SIM como fonte oficial, reconhecendo, no entanto, que pequenas variações podem ocorrer em consultas realizadas em diferentes períodos e ferramentas.

1.4.4. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde pública, utilizado para avaliar a qualidade da atenção prestada à saúde da mulher, especialmente durante a gestação, o parto e o puerpério. Suas informações têm origem no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), alimentado pelas Declarações de Óbito (DO), e são complementadas por investigações realizadas pelas equipes de vigilância epidemiológica e pelos comitês de investigação de óbitos maternos.

O cálculo é feito por meio da Razão de Mortalidade Materna (RMM), expressa pela fórmula:

$$RMM = \frac{\text{Número de óbitos maternos em determinado período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo período}} \times 100.000$$

Esse indicador permite dimensionar o risco de uma mulher morrer em consequência de complicações relacionadas à gestação, parto ou puerpério, sendo considerado um dos mais sensíveis para medir desigualdades sociais e a efetividade da atenção obstétrica.

O monitoramento contínuo da mortalidade materna é essencial, pois possibilita identificar falhas na assistência pré-natal, no parto e no pós-parto, além de orientar políticas e estratégias voltadas para a redução desses óbitos evitáveis.

No município de Caarapó, com o objetivo de qualificar esse processo, foi criado o Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, instância responsável por analisar de forma aprofundada cada caso, buscando compreender os fatores determinantes e propor medidas de prevenção. O comitê tem papel fundamental na articulação entre os serviços de saúde, gestores e sociedade, contribuindo para a elaboração de ações que garantam maior segurança à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Tabela 11 – Razão de Mortalidade Materna (2020-2024)

	Período				
	2020	2021	2022	2023	2024
Número de óbitos Maternos	0	0	1	1	0
Nº Nascidos vivos no período	545	505	483	528	506
Razão de Mortalidade Materna	0	0	207,03	189,39	0

Fonte: SIM/SINASC

A análise histórica da mortalidade materna no município de Caarapó evidencia uma baixa ocorrência de óbitos maternos ao longo dos últimos cinco anos. Entre 2020 e 2021, não foram registrados óbitos maternos, mantendo a RMM em zero. Em 2022, foi registrado um óbito materno entre 483 nascidos vivos, resultando em uma razão

de 207,03 por 100.000 nascidos vivos, enquanto em 2023 houve um óbito em 528 nascidos vivos, correspondendo a uma RMM de 189,39 por 100.000 nascidos vivos. Em 2024, novamente não foram observados óbitos maternos, refletindo períodos de estabilidade positiva.

Apesar do baixo número absoluto de casos, o impacto é significativo, uma vez que, em municípios de pequeno porte populacional, a ocorrência de um único óbito materno pode elevar expressivamente a RMM. Os valores observados em 2022 e 2023 superam o parâmetro recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece como meta para 2030 uma RMM inferior a 70 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Essa realidade evidencia a necessidade de interpretação cuidadosa dos indicadores, considerando tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos da assistência à saúde materna.

O monitoramento contínuo da mortalidade materna é essencial, uma vez que a maioria dos óbitos pode ser evitável mediante adequada atenção pré-natal, assistência qualificada no parto e acompanhamento do puerpério. A criação do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna em Caarapó constitui uma estratégia fundamental, permitindo a análise detalhada de cada ocorrência, identificação de possíveis falhas na atenção à saúde e proposição de medidas preventivas efetivas.

O fortalecimento das ações de monitoramento, prevenção e assistência materna não apenas contribui para a redução da mortalidade materna no município, mas também alinha Caarapó às metas nacionais e internacionais, reforçando o compromisso com a saúde da mulher e a melhoria contínua da qualidade da atenção obstétrica.

1.4.5. Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é um dos mais importantes indicadores de saúde, refletindo as condições de vida, o acesso e a qualidade da atenção prestada à gestante, à mãe e à criança. Suas informações têm origem principalmente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que registra os óbitos, e no Sistema de

Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que fornece a base de nascimentos, permitindo a construção do indicador.

O cálculo é feito por meio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), cuja fórmula é:

$$\text{Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)} = (\text{Número de óbitos de menores de 1 ano, em determinado período} \div \text{Número de nascidos vivos no mesmo período}) \times 1.000$$

Esse indicador é considerado sensível às condições socioeconômicas e à efetividade das políticas públicas de saúde, pois abrange desde fatores relacionados ao pré-natal, parto e nascimento, até as condições de nutrição, saneamento, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

O monitoramento contínuo da mortalidade infantil é fundamental para orientar a gestão em saúde, pois possibilita identificar falhas nos serviços, desigualdades sociais e áreas de maior vulnerabilidade. Além disso, permite direcionar ações de vigilância, qualificação da atenção pré-natal, fortalecimento da atenção ao parto e ao recém-nascido, bem como estratégias de promoção e prevenção voltadas para a primeira infância, etapa crucial do desenvolvimento humano.

Tabela 12 – Taxa de Mortalidade Infantil (2020-2024)

	Período				
	2020	2021	2022	2023	2024
Número de óbitos < 1 ano	01	02	01	04	05
Nº Nascidos vivos no período	545	505	483	528	506
Taxa de Mortalidade Infantil	1,83	3,96	2,07	7,57	9,88

Fonte: SIM/SINASC

A mortalidade infantil constitui um dos mais relevantes indicadores de saúde pública, refletindo diretamente as condições socioeconômicas da população, a qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, bem como a efetividade das ações de vigilância e promoção da saúde. A análise do comportamento da taxa de mortalidade infantil no município de Caarapó, no período de 2020 a 2024, evidencia variações que merecem atenção especial.

No triênio inicial, entre 2020 e 2022, os índices mantiveram-se em patamares reduzidos, variando entre 1,83 e 3,96 óbitos por mil nascidos vivos, valores considerados baixos quando comparados às médias nacional e estadual. Entretanto, a partir de 2023 observa-se uma elevação significativa, alcançando 7,57/1.000 NV e atingindo, em 2024, 9,88/1.000 NV, representando um aumento expressivo e consistente no indicador.

Esse comportamento ascendente demanda reflexão sobre múltiplos fatores determinantes, tais como: acesso e qualidade do pré-natal; início oportuno e número de consultas realizadas; condições de assistência ao parto e nascimento; acompanhamento neonatal; além de aspectos relacionados à cobertura vacinal, nutrição infantil e determinantes sociais, como renda, saneamento e condições de moradia.

A elevação da taxa nos dois últimos anos do período analisado constitui um sinal de alerta epidemiológico para a gestão municipal, indicando a necessidade de fortalecimento das estratégias de cuidado integral à gestante e à criança. Destacam-se como prioridades: ampliar e qualificar o pré-natal; assegurar a assistência humanizada e segura ao parto; intensificar o acompanhamento da criança no primeiro ano de vida por meio de visitas domiciliares e consultas regulares; reforçar as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde em territórios mais vulneráveis, especialmente comunidades rurais e assentamentos; e aprimorar a articulação da Atenção Primária com os demais níveis de atenção, garantindo fluxo ágil e resolutivo.

Assim, a tendência identificada exige resposta estruturada da gestão, a fim de reduzir os riscos de mortalidade infantil e assegurar o direito à vida e à saúde das crianças no município, alinhando-se às diretrizes nacionais e internacionais de saúde materno-infantil e aos princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

1.4.6. Doenças e Agravos não Transmissíveis DANT

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são condições de saúde cuja origem não está diretamente ligada a um agente biológico específico, mas resulta de múltiplos fatores de natureza física, social, econômica e ambiental. Em Caarapó,

essas doenças representam um importante desafio à saúde pública, dada a sua elevada contribuição para morbidade, mortalidade e incapacidades na população.

A vigilância epidemiológica das DANT no município tem como objetivo conhecer a ocorrência dessas condições, monitorando sua distribuição, magnitude e tendências ao longo do tempo. Esse acompanhamento inclui também a identificação de fatores de risco e de proteção associados, permitindo compreender os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comportamentais que influenciam a saúde da população.

Com base nesse conhecimento, é possível subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de ações integradas de cuidado em saúde, garantindo que sejam eficientes, viáveis e adequadas às necessidades reais da população de Caarapó. Dessa forma, a vigilância das DANT contribui para a implementação de estratégias preventivas, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, alinhadas às diretrizes estaduais e nacionais de atenção às doenças crônicas.

Tabela 13 - Série Histórica de Notificação de Violência em Caarapó (2020-2025)

Tipos de Violência	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Violência Física	45	92	142	149	136	116
Violência Psicológica Moral	07	03	18	18	11	02
Violência Sexual	12	04	07	15	07	08
Violência Financeira Econômica	0	0	0	0	0	0
Violência Contra o Idoso	02	03	05	03	08	05
Violência contra a criança	11	11	21	21	20	16
Violência segundo sexo feminino	08	06	12	13	15	79
Tentativa de Suicídios	09	11	21	18	22	06
Total de Registros por ano	94	130	226	237	219	232

Fonte: SINAN

A análise da série histórica de registros de violência entre os anos de 2020 e 2025, evidencia uma tendência de crescimento expressivo das notificações, ainda que com oscilações anuais em determinados tipos de ocorrência. O total de registros saltou de 94 casos em 2020 para um pico de 237 casos em 2023, com posterior leve redução em 2024 (219 casos) e nova elevação em 2025 (232 casos). Ressalta-se, entretanto, que os dados referentes a 2025 ainda são preliminares, estando sujeitos a revisão à medida que novas notificações forem inseridas nos sistemas de informação.

A violência física se apresenta como o tipo mais incidente ao longo de todo o período, com aumento significativo entre 2020 (45 casos) e 2023 (149 casos), seguido de um leve declínio em 2024 (136 casos) e em 2025 (116 casos). Esse padrão demonstra a persistência da violência física como principal causa de notificação, refletindo a necessidade de políticas contínuas de enfrentamento e prevenção.

A violência psicológica/moral apresentou comportamento mais instável, com oscilações relevantes entre os anos: de 7 casos em 2020 para 18 casos em 2022 e 2023, seguida de queda para 11 casos em 2024 e apenas 2 registros em 2025 (preliminar). A redução pode estar associada tanto a fatores sociais quanto a mudanças na forma de registro, devendo ser acompanhada com cautela.

A violência sexual manteve média estável, embora preocupante, variando entre 4 e 15 casos ao longo da série, com destaque para o aumento registrado em 2023 (15 casos). Já a violência financeira e econômica não apresentou registros no período analisado, o que pode indicar tanto ausência de notificações quanto possível subnotificação desse tipo de agravo, considerando a dificuldade das vítimas em denunciar tais situações.

A violência contra o idoso e a violência contra a criança também merecem destaque. Entre idosos, observou-se crescimento gradual, com pico em 2024 (8 casos), e relativa queda em 2025 (5 casos preliminares). Já entre crianças, os registros foram crescentes até 2022 (21 casos), estabilizaram-se em 2023 e 2024 (21 e 20 casos, respectivamente), e apresentaram ligeira redução em 2025 (16 casos).

Um dado de grande relevância refere-se às notificações de violência segundo o sexo feminino, que apresentaram crescimento consistente ao longo da série e um aumento expressivo em 2025, saltando de 15 casos em 2024 para 79 casos no ano seguinte. Esse resultado, ainda preliminar, pode estar relacionado ao fortalecimento das redes de proteção e ao maior estímulo à denúncia, mas também pode refletir aumento da vulnerabilidade feminina no território.

As tentativas de suicídio apresentaram crescimento constante até 2022 (21 casos), mantendo-se em patamar elevado nos anos subsequentes, com 22 registros em 2024 e 6 casos notificados até o momento em 2025. Este dado reforça a necessidade de estratégias específicas de prevenção do suicídio e de promoção da saúde mental.

De forma geral, a série histórica demonstra que a violência constitui um problema persistente e multifatorial no município, com destaque para a violência física e contra mulheres, exigindo ações intersetoriais articuladas entre saúde, educação, assistência social, segurança pública e sociedade civil. A manutenção do monitoramento e a análise contínua dos dados, em especial aqueles ainda preliminares de 2025, são fundamentais para orientar políticas públicas e garantir proteção integral às vítimas.

1.4.7. Incidência de Câncer

As Doenças Oncológicas constituem um importante desafio para a saúde pública em Caarapó, refletindo tanto na morbidade quanto na mortalidade da população. Embora não haja registros estatísticos específicos disponíveis para o município, observa-se, segundo dados do setor de regulação da secretaria municipal de saúde, que os tipos de câncer mais prevalentes acompanham tendências nacionais: o câncer de próstata é predominante entre homens, enquanto o câncer de mama lidera entre mulheres. Essa realidade evidencia a necessidade de estratégias locais de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo dos pacientes.

O atendimento oncológico em Caarapó é organizado pela Secretaria Municipal de Saúde por meio da Central de Regulação, que coordena a solicitação de consultas especializadas, exames de média e alta complexidade e o encaminhamento para

unidades de referência. Para facilitar o acesso ao tratamento, o município disponibiliza transporte próprio para pacientes oncológicos, garantindo o deslocamento seguro até os serviços especializados.

Os pacientes de Caarapó são, predominantemente, referenciados para unidades de tratamento oncológico em Cascavel, CEONC, Uopecan também em Cascavel PR, o Hospital de Câncer Alfredo Abrão, em Campo Grande e Hospital Cassems em Dourados, que atendem grande parte dos pacientes via Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o município mantém uma parceria com o Hospital do Amor, em Barretos, para a realização de exames preventivos, incluindo citopatológico do colo do útero e mamografia, reforçando as ações de detecção precoce e prevenção do câncer de colo de útero e de mama. O Hospital do Amor também colabora na conscientização sobre o câncer infantjuvenil, enquanto programas complementares, como terapias com canabidiol (CBD), têm sido explorados para auxiliar no manejo dos sintomas e efeitos adversos do tratamento convencional.

O monitoramento contínuo da incidência de câncer, aliado à organização do fluxo de atendimento e à articulação com unidades de referência, constitui estratégia essencial para o planejamento e execução de ações de prevenção, diagnóstico precoce e cuidado integral. Tais medidas contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população de Caarapó e para o alinhamento às diretrizes estaduais e nacionais de atenção oncológica.

Tabela 14 - Total de casos de neoplasia maligna

Localização Primária	2023	2024	2025	Total
Próstata	9	17	13	39
Hematologia	4	1	4	9
Tireóide	1	4	2	7
Ortopedia	2	0	0	2
Cabeça e Pescoço	11	20	8	39
Mama	2	6	13	21
Útero	4	6	6	16
Pele	2	5	3	10

Boca	1	1	3	5
Estomago	1	0	0	1
Rim	0	3	1	4
Laringe	0	1	0	1
Intestino	0	3	5	8
Pulmão	0	0	2	2
Bexiga	0	1	0	1
Fígado	0	1	1	2
Ósseo	0	0	1	1
Pâncreas	0	0	1	1

Fonte: Departamento de Regulação SMS

O número de pacientes oncológicos em Caarapó de 2020 a 2024, distribuídos por faixa etária. Esses dados são importantes para entender o impacto do câncer na população e direcionar as políticas públicas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. O acompanhamento por faixa etária também ajuda a identificar os grupos mais vulneráveis e planejar intervenções específicas para cada faixa da população.

Os dados mostram a distribuição dos pacientes oncológicos ao longo dos anos, refletindo as mudanças no perfil epidemiológico do câncer no município e auxiliando na alocação de recursos para o tratamento adequado.

Tabela 15 - Distribuição de Pacientes Oncológicos por Faixa Etária Caarapó 2020-2024

Faixa etária	2020	2021	2022	2023	2024
0 a 19 anos	2	3	3	3	0
20 a 24 anos	0	2	2	3	0
25 a 29 anos	4	3	3	3	0
30 a 34 anos	3	1	2	9	2
35 a 39 anos	2	0	9	6	4
40 a 44 anos	5	1	4	3	2
45 a 49 anos	5	8	15	3	7
50 a 54 anos	7	12	8	7	3
55 a 59 anos	12	3	10	8	7
60 a 64 anos	12	7	7	19	8
65 a 69 anos	7	9	4	7	7

70 a 74 anos	9	5	11	10	4
75 a 79 anos	8	3	7	5	3
80 anos e mais	5	3	2	9	6
Total	81	60	87	95	53

Fonte: DATASUS

1.4.8. Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória

Apesar da transição epidemiológica observada em todo o país, as doenças transmissíveis continuam representando um importante desafio para a saúde pública em Caarapó e em todo o estado de Mato Grosso do Sul. O monitoramento desses agravos no município é realizado por meio da notificação compulsória de doenças e eventos de saúde pública, conforme estabelecido pela Portaria GM nº 2.010, de 27 de novembro de 2023, garantindo o registro sistemático, a análise e a tomada de decisões estratégicas.

No município, o conhecimento da ocorrência dessas doenças permite identificar padrões de distribuição, magnitude e tendência, subsidiando ações de prevenção, controle e promoção da saúde. Entre as principais doenças e agravos de notificação compulsória em Caarapó destacam-se: dengue, chikungunya, zika, febre amarela, influenza, tuberculose, hanseníase, sífilis e HIV/AIDS, entre outros. O acompanhamento contínuo desses agravos possibilita a implementação de medidas rápidas de contenção, prevenção e vigilância, contribuindo para a proteção da população e para a redução da morbimortalidade associada.

1.4.8.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – HIV/AIDS

Nos últimos cinco anos, o município de Caarapó registrou um total de 68 casos de HIV, já com variações anuais que refletem tanto oscilações na detecção quanto possíveis mudanças nos esforços de vigilância epidemiológica.

Tabela 16 - Distribuição dos Casos de HIV em Caarapó 2020-2024

Ano	Total de Casos
2020	15
2021	15

2022	9
2023	12
2024	11
2025 (Período 01/01/2025 até 31/08/2025)	06
Total de casos notificados nos últimos anos	68

Fonte: SINAN

Tabela 17 - Incidência de HIV por sexo e faixa etária – 2020 parcial 2025.

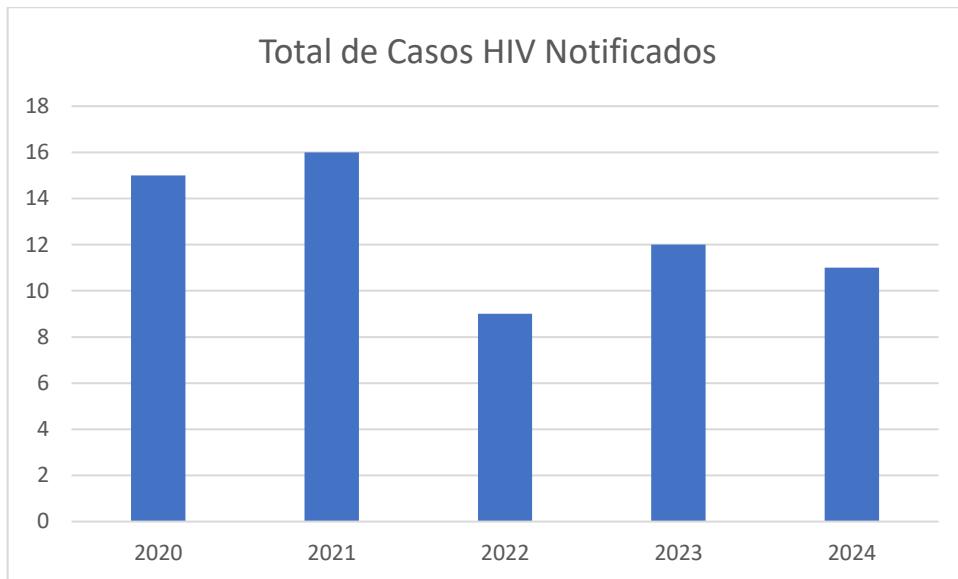
		0-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 +	Total
2020	M		-	2	5	-	1		8
	F		-	5	2	-	-		7
2021	M		1	4	4	-	-		9
	F		-	2	4	-	-		6
2022	M	1	1	-	3	1	1	1	8
	F	-	-	1	-	-	-	-	1
2023	M	-	1			3	-	-	4
	F		2	2	2	2			8
2024	M	-	1	-	1	-	-	-	2
	F		1	6	1	1	-	-	9
2025	M	-	1	-	1	-	-	-	2
	F	-	2	-	1	1	-	-	4
Total Geral		1	5	27	21	10	3	1	68

A análise das notificações de HIV no município, referente ao período de 2020 a 2025, evidencia padrões diferenciados de ocorrência entre homens e mulheres, bem como variações significativas entre as faixas etárias. No total, foram registrados 68 casos, sendo 35 em mulheres (51,47%) e 33 em homens (48,52%), demonstrando maior detecção ou vulnerabilidade feminina nesse período.

Em relação à faixa etária, observa-se que o grupo de 20 a 34 anos concentrou o maior número de notificações, especialmente entre mulheres, seguido pela faixa de 35 a 49 anos, que apresenta distribuição equilibrada entre os dois sexos. Os adolescentes de 15 a 19 anos e os adultos mais velhos, a partir de 50 anos, tiveram menor número de casos, embora a ocorrência nessas faixas reforce a necessidade de atenção a todas as idades, incluindo testagem e acompanhamento clínico.

contínuo. Casos em pessoas acima de 65 anos foram raros, confirmado menor prevalência nessa população.

Gráfico 5 – Total de casos de HIV notificados – (Caarapó 2020-2024)



Fonte: SINAN

A análise da série histórica evidencia que os anos de 2020 e 2021 apresentaram os maiores números de notificações, com 15 e 16 casos, respectivamente. Em 2022, houve uma redução significativa para 9 casos, seguida por leve aumento nos anos subsequentes, chegando a 12 casos em 2023 e 11 casos em 2024.

Quando comparada à série históricas anteriores, 2014-2015 - 03 casos registrados, 2016–2019 – 23 casos registrados, observa-se um aumento no número absoluto de casos notificados. Nos períodos anteriores, foram registrados 26 casos de HIV, com estimativa de 94 pessoas vivendo com HIV no município. Esses dados indicam um crescimento no número de diagnósticos nos últimos cinco anos, reforçando a importância de estratégias contínuas de prevenção, testagem e acompanhamento clínico.

Embora o número absoluto de casos ainda seja relativamente baixo, cada notificação é relevante para a saúde pública, permitindo o acompanhamento precoce, a implementação de medidas preventivas, o encaminhamento para tratamento

antirretroviral e o monitoramento da carga viral, essenciais para a redução da transmissão e para a manutenção da saúde da população.

O município de Caarapó, por meio da Vigilância Epidemiológica, realiza o acompanhamento contínuo dos casos de HIV, promovendo ações de educação em saúde, testagem periódica, aconselhamento e encaminhamento para tratamento, em conformidade com as diretrizes estaduais e nacionais de enfrentamento às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Essa abordagem contribui para a prevenção secundária, o controle da epidemia local e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.

O perfil das notificações sugere a importância de estratégias diferenciadas por sexo e faixa etária, com ênfase em ações preventivas para mulheres jovens, programas de conscientização para homens adultos e manutenção de testagem periódica em todas as faixas etárias. O acompanhamento epidemiológico realizado pela Vigilância Municipal de Saúde permite não apenas o diagnóstico precoce e a implementação de medidas de prevenção, mas também o encaminhamento adequado para tratamento antirretroviral, contribuindo para a redução da transmissão, o controle da epidemia e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV em Caarapó.

1.4.8.2. Sífilis

A sífilis permanece como um importante problema de saúde pública, com registro contínuo de casos nos últimos cinco anos. No período de 2020 a 2024, foram notificados 157 casos de sífilis, distribuídos entre sífilis adquirida, em gestantes e congênita.

A sífilis adquirida apresentou comportamento oscilante, com valores entre 12 e 26 casos anuais, registrando crescimento significativo em 2024 (26 casos), o que representa o maior número do período. Esse dado indica a necessidade de intensificação das estratégias de prevenção e de ampliação da testagem para populações mais vulneráveis.

A sífilis em gestantes também apresentou variações ao longo da série histórica. Em 2020 e 2021, o número de casos foi estável (10 e 11, respectivamente), houve

redução em 2022 (8 casos), seguido de aumento expressivo em 2023 (15 casos), e nova redução em 2024 (8 casos). Essa oscilação evidencia que, apesar do acesso ao pré-natal, ainda existem fragilidades na detecção precoce e na cobertura de testagem sistemática durante a gestação.

Já a sífilis congênita apresentou comportamento preocupante, com crescimento gradual entre 2020 (2 casos) e 2023 (9 casos), seguido de redução em 2024 (3 casos). Esse cenário reforça a importância da atenção à saúde da gestante e da qualidade do pré-natal, uma vez que a maioria dos casos de sífilis congênita é considerada evitável por meio de diagnóstico oportuno, tratamento adequado da gestante e de seu parceiro.

De modo geral, observa-se que, embora existam avanços em estratégias de diagnóstico e tratamento, os números permanecem em patamares preocupantes, sobretudo no que se refere à sífilis congênita, que reflete falhas no cuidado pré-natal. O fortalecimento da vigilância epidemiológica, a ampliação da testagem rápida, o tratamento oportuno de gestantes e parceiros, além de ações educativas permanentes, constituem medidas essenciais para reduzir a transmissão da doença e consolidar avanços na saúde pública de Caarapó.

Tabela 18 – Casos de Sífilis por tipo – Caarapó (2020-2024)

Ano	Sífilis Adquirida	Sífilis Gestante	Sífilis Congênita	Total Notificado
2020	12	10	2	24
2021	12	11	4	27
2022	18	8	5	31
2023	14	15	9	38
2024	26	8	3	37

Fonte: SINAN

Taxa de incidência de sífilis Adquirida

Para calcular a taxa de detecção de sífilis adquirida, utilize a seguinte fórmula:

(Número de casos de sífilis adquirida por ano de diagnóstico / População total no mesmo ano) x 100.000.

O resultado é expresso em casos por 100.000 habitantes e mostra a frequência da doença na população, ajudando a monitorar e controlar a epidemia.

Tabela 19 – Taxa de Incidência Sífilis Adquirida – Caarapó 2020-2024

Ano	Sífilis Adquirida	População Total	Taxa de Incidência
2020	12	30.593	39,22
2021	12	31.005	38,70
2022	18	30.612	58,80
2023	14	30.612	38,23
2024	26	32.406	80,23

Fonte: SINAN

A sífilis adquirida apresenta-se como uma das principais Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) monitoradas em Caarapó, e seus indicadores apontam variações importantes nos últimos cinco anos.

Em 2020 e 2021, a taxa de incidência manteve-se estável, em torno de 39 casos por 100 mil habitantes, com 12 casos notificados em cada ano. No entanto, em 2022, houve um aumento expressivo, alcançando 58,80 por 100 mil habitantes, reflexo tanto do crescimento do número de notificações (18 casos) quanto da intensificação das ações de vigilância e testagem rápida no município.

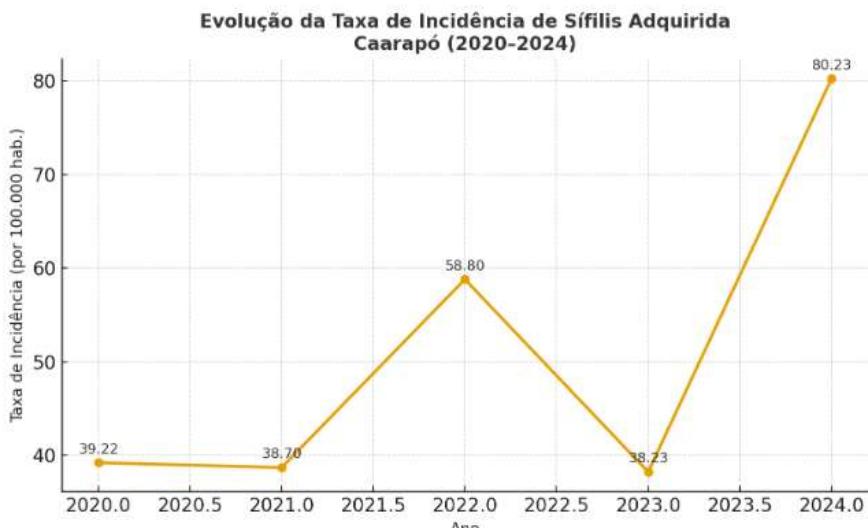
Em 2023, a taxa retornou a níveis semelhantes aos primeiros anos da série, atingindo 38,23 por 100 mil habitantes (14 casos). Já em 2024, observou-se o maior valor da série histórica, com 26 casos notificados e uma taxa de 80,23 por 100 mil habitantes, o que representa mais que o dobro dos registros de 2020 e 2021.

Essa elevação significativa em 2024 sugere maior circulação da doença na comunidade e pode estar relacionada tanto ao aumento da exposição e

vulnerabilidade da população quanto ao fortalecimento das estratégias de diagnóstico e ampliação da cobertura de testagem.

Apesar das oscilações, o conjunto da série histórica evidencia que a sífilis adquirida continua sendo um desafio relevante para a saúde pública de Caarapó, exigindo a intensificação das ações de prevenção, o incentivo ao uso de preservativos, a ampliação do diagnóstico precoce por meio de testes rápidos e o tratamento oportuno de casos e parceiros sexuais. Essas medidas são fundamentais para reduzir a incidência e controlar a transmissão da doença, evitando também o risco de progressão para sífilis gestante e congênita.

Gráfico 6 – Evolução da taxa de incidência de sífilis adquirida – Caarapó (2020-2024)



Taxa de incidência Sífilis Congênita

Para calcular a taxa de incidência da sífilis congênita, divide-se o número de casos novos de sífilis congênita (em crianças menores de 1 ano) ocorridos em um determinado ano e local, pelo número total de nascidos vivos da mesma localidade e ano, multiplicando o resultado por 1.000, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil.

A fórmula é:

(Número de casos novos de sífilis congênita) / (Número total de nascidos vivos) x 1.000.

Tabela 20 – Taxa de incidência de Sífilis Congênita – Caarapó (2020-2024)

Ano	Sífilis Congênita	Nº Total de Nascidos Vivos	Taxa de Incidência
2020	2	545	3,66
2021	4	505	7,92
2022	5	483	10,35
2023	9	528	17,04
2024	3	506	5,92

Fonte: SINAN/SINASC

A taxa de incidência de sífilis congênita em Caarapó apresentou variação significativa nos últimos cinco anos, refletindo tanto avanços quanto fragilidades no acompanhamento do pré-natal e na prevenção da transmissão vertical da doença.

Em 2020, foram registrados 2 casos entre 545 nascidos vivos, resultando em uma taxa de 3,66 por 1.000 nascidos vivos, valor relativamente baixo em comparação aos anos seguintes. Em 2021, a taxa praticamente dobrou, alcançando 7,92 por 1.000 nascidos vivos, e manteve tendência de crescimento em 2022, com 10,35 por 1.000 nascidos vivos. O cenário mais preocupante foi observado em 2023, quando a taxa atingiu 17,04 por 1.000 nascidos vivos, o maior valor da série histórica, evidenciando fragilidades no rastreamento da sífilis em gestantes e na adesão ao tratamento de gestantes e parceiros.

Em 2024, a taxa reduziu para 5,92 por 1.000 nascidos vivos, representando uma queda expressiva em relação ao ano anterior. Essa diminuição pode estar associada à intensificação da testagem rápida, ao acompanhamento mais próximo das gestantes durante o pré-natal e à ampliação do acesso ao tratamento.

Apesar dessa redução em 2024, o conjunto dos dados demonstra que a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública no município, já que sua ocorrência é considerada evitável e reflete diretamente a qualidade do cuidado pré-natal. O aumento progressivo até 2023 e a elevada taxa registrada naquele ano reforçam a necessidade de fortalecer ações de vigilância epidemiológica, ampliar o rastreamento precoce em todas as gestantes, garantir o tratamento oportuno de gestantes e parceiros e monitorar continuamente os indicadores relacionados à saúde materno-infantil.

A meta a ser perseguida em âmbito nacional é a redução progressiva da sífilis congênita como condição evitável, buscando taxas cada vez mais próximas da eliminação. Para isso, o município de Caarapó deve consolidar estratégias de diagnóstico precoce, tratamento adequado e ações educativas permanentes, garantindo a melhoria da qualidade do pré-natal e a proteção da saúde da criança.

1.4.8.3. Hepatites Virais B e C

As hepatites virais constituem um dos principais agravos de saúde pública no Brasil e no mundo, caracterizadas por infecções que afetam o fígado e podem ser causadas por diferentes vírus, sendo os principais tipos A, B, C, D e E. Essas doenças apresentam modos de transmissão variados: a hepatite A e a E estão mais relacionadas às condições de saneamento básico e higiene, enquanto as hepatites B, C e D são transmitidas principalmente por via sexual, sanguínea e vertical (da mãe para o filho durante a gestação ou parto).

Muitas vezes, as hepatites virais evoluem de forma assintomática ou com sinais inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico precoce. Entretanto, quando não tratadas adequadamente, podem evoluir para formas crônicas, levando a complicações graves, como cirrose e carcinoma hepatocelular, com impacto significativo na qualidade de vida e nos indicadores de morbimortalidade.

Tabela 21 - Incidência das Hepatites virais em Caarapó (2020-2024)

AGRAVO	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
	01	05	05	01	01	13

HESPATITES VIRAIS						
----------------------	--	--	--	--	--	--

Fonte: SINAN

Entre os anos de 2020 a 2024, foram registrados 13 casos de hepatites virais no município de Caarapó. A distribuição anual mostra baixa incidência em 2020 (1 caso), seguida de um aumento significativo em 2021 e 2022 (5 casos cada ano), e posteriormente uma redução em 2023 e 2024 (1 caso em cada ano). Essa flutuação indica a ocorrência de picos ocasionais, possivelmente relacionados a fatores como intensificação das ações de busca ativa, campanhas de testagem, notificações tardias ou surtos localizados, seguidos de redução da transmissão ou maior controle das medidas preventivas.

As hepatites virais constituem importante problema de saúde pública devido à sua evolução frequentemente silenciosa, podendo levar a complicações graves como cirrose e carcinoma hepatocelular. Nesse sentido, a série histórica evidencia a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, ampliação da testagem rápida, garantia do acesso ao tratamento oportuno, além de estratégias permanentes de imunização contra hepatite B, ações educativas sobre formas de transmissão (sexual, sanguínea e vertical) e prevenção de fatores de risco (como compartilhamento de objetos cortantes, práticas sexuais desprotegidas e uso de drogas injetáveis).

Em síntese, embora o número total de casos seja relativamente baixo (13 em cinco anos), os registros indicam que as hepatites virais estão presentes no território, demandando vigilância constante e ações contínuas de promoção, prevenção e diagnóstico precoce, de forma a evitar complicações e reduzir a transmissão na comunidade.

1.4.8.4. Dengue

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, causada por um vírus da família *Flaviviridae*, transmitido principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*, vetor que também é responsável pela transmissão de outros arbovírus, como zika e chikungunya. A doença é considerada um dos maiores problemas de saúde pública

no Brasil, devido à sua ampla distribuição territorial, elevada incidência e ocorrência de epidemias sazonais, especialmente nos períodos quentes e chuvosos, que favorecem a proliferação do vetor.

Clinicamente, a dengue pode variar desde formas leves, caracterizadas por febre, dores musculares, cefaleia e exantema, até casos graves, que cursam com choque, hemorragias e risco de óbito. A ausência de tratamento antiviral específico reforça a importância do manejo clínico adequado, do diagnóstico precoce e da vigilância ativa para identificação e acompanhamento dos casos.

No campo da prevenção, as ações mais efetivas concentram-se no controle do vetor, por meio da eliminação de criadouros de água parada, uso de larvicidas em locais estratégicos, monitoramento da infestação predial e mobilização social contínua. A participação comunitária é elemento essencial para o sucesso das medidas, já que a maioria dos focos do *Aedes aegypti* encontra-se no ambiente domiciliar. Além disso, a vacinação contra dengue, recentemente incorporada em determinados grupos populacionais, surge como uma estratégia complementar para a redução da gravidade da doença e da sobrecarga nos serviços de saúde.

Tabela 22 - Casos de Dengue Municipal por Bairro em Caarapó 2024

Bairro/Localidade	Nº de Casos Notificados
Aldeia Indígena Tey Kue	128
Jardim Aprazível	63
Capitão Vigário	101
Capitão Vigário 2	60
Campo Dourado	10
Centro	173
Distrito de Cristalina	17
Eco Park	29
Jardim Adonai	25
Jardim Adonai 2	34
Jardim Capilé	12
Jardim Moria	9
Jardim Shalon	44
Distrito de Nova América	16
Santa Marta	27
Santa Marta 2	3
Santo Antônio	58
São Jorge	23
Vila Jary	25

Vila Planalto	412
Vila Jatobá	3
Vila Nova	15
Vila 70	16
Vila Waldomiro	2
Vila industrial	3
Vival dos Ipês	2
Zona Rural	110
Outros Municípios	38
Total	1.458

Fonte: SMS/Departamento de Epidemiologia

No período de 2024, o município registrou um total de 1.458 casos notificados de dengue, distribuídos entre diversos bairros e localidades, evidenciando diferenças significativas na ocorrência da doença. Observa-se que determinadas áreas apresentam uma concentração mais elevada de casos, destacando-se a Vila Planalto, com 412 notificações, representando aproximadamente 28% do total de casos. Esse dado indica que a Vila Planalto constitui um ponto crítico para a transmissão do vírus, demandando atenção especial das ações de prevenção e controle.

Outras localidades com registros expressivos incluem o Centro (173 casos), Aldeia Indígena Tey Kue (128 casos) e a Zona Rural (110 casos). Esses números sugerem que tanto áreas urbanas densamente povoadas quanto localidades rurais podem apresentar vulnerabilidade à dengue, embora por fatores possivelmente distintos, como densidade populacional, condições de saneamento, acúmulo de água parada e mobilidade de pessoas.

Bairros como Capitão Vigário (101 casos) e Jardim Aprazível (63 casos) também merecem destaque, reforçando a necessidade de estratégias de vigilância epidemiológica e intervenções específicas em diferentes regiões do município. Por outro lado, algumas localidades apresentaram poucos casos, como Vila Waldomiro e Vival dos Ipês, com apenas 2 casos cada, sugerindo menor exposição ou eficácia de medidas preventivas locais.

É relevante observar que os casos não se concentram apenas em áreas urbanas, mas também em regiões indígenas e rurais, indicando que o combate à dengue deve englobar ações integradas, que considerem a realidade socioambiental de cada território. A análise dos dados permite identificar áreas prioritárias para

campanhas de conscientização, eliminação de criadouros do mosquito Aedes aegypti, e fortalecimento da atenção básica à saúde para diagnóstico e tratamento precoce.

Diante desse cenário, o município deve reforçar a vigilância epidemiológica, implementar ações educativas contínuas e promover mutirões de limpeza, com foco especial nas localidades de maior incidência, como Vila Planalto, Centro e Aldeia Indígena Tey Kue. O monitoramento constante e a articulação entre saúde, educação e meio ambiente são fundamentais para reduzir a ocorrência de novos casos e minimizar os impactos da dengue sobre a população.

1.4.8.5. Febre do Chikungunya

A febre Chikungunya é uma doença viral transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Caracteriza-se por início súbito de febre alta e dores articulares intensas, podendo ser acompanhada de cefaleia, fadiga e exantema. Embora raramente cause óbito, pode gerar incapacidades temporárias, com impacto na qualidade de vida e na demanda dos serviços de saúde. O diagnóstico é clínico e laboratorial, e o tratamento é sintomático, não existindo medicamento específico. As principais medidas de prevenção são o controle dos criadouros do vetor, uso de repelentes e proteção individual.

Tabela 23 - Situação de Febre Chikungunya em Caarapó (2020-2024)

Ano	Notificado	Confirmado	Descartado	Análise/Interpretação
2020	13	0	0	Baixa notificação, sem casos confirmados.
2021	2	0	0	Notificações esporádicas, sem confirmação.
2022	10	0	0	Casos isolados, ausência de circulação confirmada.
2023	146	15	141	Início da circulação viral no município; alta taxa de descartes (96,6%).
2024	1.147	14	1.132	Grande aumento nas notificações, mas baixa proporção de

				confirmados (1,2%); desafio no diagnóstico diferencial.
--	--	--	--	---

Fonte: SMS/Departamento de Epidemiologia

Entre os anos de 2020 e 2022, o município de Caarapó registrou apenas notificações esporádicas de casos suspeitos de febre Chikungunya, sem confirmação laboratorial da circulação viral. Nesse período, os registros variaram entre 2 e 13 notificações anuais, sem confirmação ou descarte oficial, o que demonstra ocorrência limitada e sem relevância epidemiológica.

O cenário passou a se modificar em 2023, quando houve um aumento expressivo das notificações, totalizando 146 casos, dos quais 15 foram confirmados e 141 descartados. Esse resultado marca o início da circulação do vírus no município e evidencia, ao mesmo tempo, a dificuldade de diferenciação clínica frente a outras arboviroses, como a dengue e a zika.

Em 2024, observou-se um salto significativo no número de notificações, chegando a 1.147 casos. Apesar desse volume elevado, apenas 14 casos foram confirmados e 1.132 descartados, o que corresponde a uma taxa de confirmação de apenas 1,2%. Esse dado demonstra que, embora tenha havido ampliação da vigilância epidemiológica e maior mobilização da rede de saúde para notificação, a maioria dos casos esteve associada a outras doenças febris, o que reforça a importância do diagnóstico diferencial e da realização de exames laboratoriais oportunos.

De maneira geral, a análise do período 2020–2024 indica que a febre Chikungunya passou a ter relevância epidemiológica em Caarapó apenas a partir de 2023. O grande volume de notificações em 2024 sugere tanto maior sensibilização da rede de saúde quanto maior circulação de arboviroses no município. Embora o número absoluto de casos confirmados tenha se mantido estável, o risco de ocorrência de surtos permanece presente, especialmente em função da ampla infestação do vetor *Aedes aegypti*.

Esse cenário traz implicações diretas para o planejamento em saúde, destacando a necessidade de:

- Reforçar a vigilância epidemiológica e laboratorial, com ênfase no diagnóstico diferencial entre arboviroses.
- Ampliar as ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti*, integrando vigilância em saúde e atenção básica.
- Promover capacitação contínua dos profissionais de saúde para identificação clínica e manejo da febre Chikungunya.
- Intensificar as estratégias de educação em saúde, visando à mobilização comunitária para eliminação de criadouros e adoção de medidas de proteção individual.

Assim, embora a febre Chikungunya ainda não se apresente como um agravo de grande magnitude em termos de casos confirmados, os dados reforçam a importância da preparação da rede municipal de saúde para prevenir a expansão de sua circulação, mitigar riscos de surtos e reduzir os impactos sociais e econômicos decorrentes de sua ocorrência.

1.4.8.6. Febre por Vírus Zika

A febre causada pelo vírus Zika é uma doença viral transmitida predominantemente pelo mosquito *Aedes aegypti*, vetor comum também da dengue e da chikungunya. O vírus Zika foi identificado pela primeira vez em 1947, na Uganda, e passou a ter relevância global após sua rápida disseminação nas Américas a partir de 2015, destacando-se, especialmente, no território brasileiro.

A transmissão ocorre principalmente por meio da picada do mosquito infectado. Entretanto, são descritas outras formas de contágio, incluindo a transmissão sexual, a transmissão vertical durante a gestação e, mais raramente, a transfusão sanguínea. A transmissão vertical preocupa especialmente os serviços de saúde, devido à associação do vírus com microcefalia e outras alterações congênitas em recém-nascidos.

Clinicamente, a infecção por Zika é geralmente leve e autolimitada, caracterizando-se por febre baixa, exantema pruriginoso, conjuntivite não purulenta, cefaleia e dores musculares e articulares. Embora a maioria dos casos evolua de

forma benigna, podem ocorrer complicações neurológicas, como a Síndrome de Guillain-Barré, reforçando a importância da vigilância epidemiológica.

O diagnóstico baseia-se, prioritariamente, na avaliação clínica e no histórico epidemiológico, com apoio laboratorial por meio de RT-PCR ou sorologia, sendo que esta última pode apresentar interferência cruzada com outros flavivírus, como a dengue. O tratamento é sintomático, incluindo hidratação adequada e uso de analgésicos e antitérmicos, sem necessidade de antivirais específicos.

A prevenção da febre por vírus Zika requer a integração de estratégias individuais e coletivas, priorizando o controle do vetor, a eliminação de criadouros do mosquito, o uso de repelentes e barreiras físicas, além da promoção de campanhas educativas e da orientação sobre prevenção sexual em áreas endêmicas.

Diante dos potenciais impactos obstétricos e neurológicos, a febre por vírus Zika representa um desafio à saúde pública municipal, exigindo ações contínuas de vigilância, monitoramento epidemiológico, mobilização comunitária e articulação entre os serviços de atenção primária, especializados e de vigilância em saúde. A implementação de políticas preventivas eficazes e o engajamento da população são essenciais para reduzir a incidência da doença e mitigar seus efeitos sobre a saúde materno-infantil e a qualidade de vida da população.

Gráfico 7 – Evolução dos casos de Febre por Vírus Zika (2020-2024)



Fonte: SINAN

Observa-se que, ao longo do período analisado, os casos apresentaram oscilações importantes, com destaque para o ano de 2023, que registrou 102 casos, representando um aumento expressivo em relação aos anos anteriores. Essa elevação sugere a ocorrência de um surto local, possivelmente associado a fatores ambientais, aumento da população do vetor Aedes aegypti, maior circulação viral, sazonalidade climática ou intensificação da notificação de casos.

Nos anos anteriores (2020–2022), os registros foram relativamente baixos, indicando uma incidência controlada, embora ainda presente. Em 2021, houve uma redução acentuada para 2 casos, seguida de retomada para 13 casos em 2022. Já em 2024, observa-se uma diminuição para 9 casos, sugerindo efeito de ações de prevenção, controle do vetor ou variação natural do ciclo epidemiológico da doença.

A análise evidencia que o vírus Zika permanece endêmico no município, com risco potencial de surtos. Portanto, é necessária a manutenção e intensificação das ações de vigilância epidemiológica, bem como estratégias de prevenção integradas, que incluem:

- Controle sistemático do mosquito Aedes aegypti e eliminação de criadouros;
- Educação em saúde e mobilização comunitária para reduzir fatores de risco;
- Monitoramento contínuo da população e notificação de casos suspeitos;
- Orientação sobre prevenção da transmissão sexual e atenção especial à gestante, devido ao risco de complicações congênitas.

O histórico epidemiológico reforça a importância de ações contínuas e articuladas entre as áreas de atenção primária, vigilância em saúde e comunicação, garantindo resposta rápida a possíveis surtos e redução do impacto da febre por vírus Zika na população.

1.4.8.7. Covid-19

A pandemia da Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, representou o maior desafio sanitário das últimas décadas, com repercussões diretas na organização dos serviços de saúde e em toda a sociedade. Em Caarapó, assim como

em todo o país, os primeiros casos foram registrados em 2020, período marcado pela necessidade de reorganização emergencial da rede municipal de saúde, com adoção de protocolos de triagem, criação de fluxos específicos de atendimento, fortalecimento da vigilância epidemiológica e ampliação da capacidade de resposta hospitalar e ambulatorial.

Tabela 24 – Situação Covid-19 Caarapó (2020-2024)

ANOS	CASOS POSITIVOS	ÓBITOS
2020	1.258	14
2021	2.952	43
2022	2.747	09
2023	193	02
2024	124	02
TOTAL	7.274	70

Fonte: SMS/Departamento de Vigilância Epidemiológica

Gráfico 8 – Evolução Covid-19 (2020-2024)



Fonte: SMS/Departamento de Vigilância Epidemiológica

No período 2020–2021, o município vivenciou os momentos de maior impacto, com elevada incidência de casos, internações e óbitos. Houve forte pressão sobre os serviços de saúde, exigindo estratégias de enfrentamento como: implantação de unidades de referência para atendimento respiratório, intensificação da testagem, monitoramento ativo de contatos e campanhas de prevenção junto à população. A vacinação, iniciada em janeiro de 2021, representou o principal marco para redução

dos casos graves e óbitos, contribuindo para o controle da pandemia a partir do segundo semestre do mesmo ano.

Em 2022, observou-se redução significativa da gravidade dos casos, embora ainda com registro de ondas sazonais associadas a novas variantes. O município manteve ações de monitoramento, aplicação de doses de reforço da vacina e manutenção de medidas de prevenção em ambientes coletivos. Já em 2023 e 2024, a Covid-19 passou a se comportar como uma doença de padrão endêmico, com ocorrência de casos esporádicos e surtos localizados, geralmente com formas leves, graças à imunidade adquirida pela vacinação e por infecções anteriores.

Apesar da redução da gravidade, a Covid-19 permanece como um agravo de importância em saúde pública, sobretudo para grupos vulneráveis, como idosos e pessoas com comorbidades. Isso exige a manutenção da vigilância epidemiológica ativa, a oferta permanente de vacinação, a atualização dos protocolos clínicos e a integração das ações de prevenção e cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A experiência da pandemia trouxe importantes aprendizados para o município, como a necessidade de fortalecimento da capacidade de resposta rápida a emergências sanitárias, a importância da articulação intersetorial e comunitária e o valor da informação em saúde para tomada de decisão. Assim, a Covid-19 deve continuar sendo monitorada no ciclo 2026–2029, com estratégias voltadas para prevenção, vacinação e cuidado integral da população.

1.4.9. Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada principalmente pelo comprometimento da pele e dos nervos periféricos. Trata-se de uma enfermidade de longa duração, com evolução lenta, mas que, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode resultar em incapacidades físicas permanentes e deformidades, impactando significativamente a qualidade de vida do indivíduo.

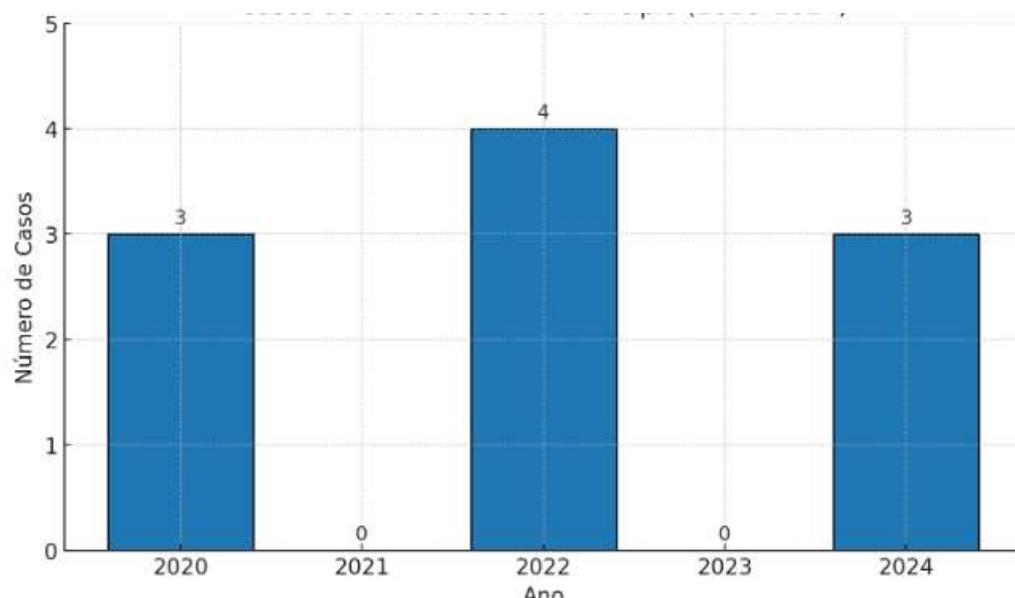
A transmissão ocorre, em grande parte, por via respiratória, através de gotículas provenientes de casos multibacilares, sendo a convivência prolongada com

pessoas infectadas o principal fator de risco. Embora não seja altamente contagiosa, a hanseníase ainda representa um desafio de saúde pública, principalmente em regiões com vulnerabilidades socioeconômicas, acesso limitado a serviços de saúde e condições de moradia precárias.

O diagnóstico precoce é essencial para interromper a cadeia de transmissão e prevenir complicações. Os principais sinais clínicos incluem manchas hipopigmentadas ou avermelhadas na pele com alteração de sensibilidade, formigamento, dormência ou fraqueza muscular em regiões afetadas. A classificação da doença em paucibacilar (casos com poucos bacilos) ou multibacilar (casos com maior carga bacilar) orienta o tratamento, que é realizado por meio da terapia combinada com antibióticos específicos (Poliquimioterapia – PQT), fornecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além do tratamento medicamentoso, a hanseníase exige acompanhamento contínuo para a prevenção de incapacidades físicas, reabilitação e apoio psicossocial, considerando o estigma histórico associado à doença. A educação em saúde, o rastreamento de contatos domiciliares e a integração da hanseníase às ações da atenção básica são estratégias fundamentais para o controle da doença, redução de complicações e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Gráfico 9 - Casos de Hanseníase no município (2020-2024)



Fonte: SINAN

A análise dos dados revela que, apesar da ocorrência esporádica da doença, a incidência anual permanece baixa. Os anos de 2021 e 2023 não apresentaram casos, o que indica um controle relativamente efetivo da hanseníase no município, embora seja fundamental manter a vigilância epidemiológica para evitar subnotificação e permitir a detecção precoce de novos casos.

O baixo número de casos não deve levar à redução das ações preventivas. Medidas como rastreamento de contatos domiciliares, educação em saúde sobre sinais e sintomas, diagnóstico precoce e tratamento com Poliquimioterapia (PQT) são essenciais para interromper a cadeia de transmissão e prevenir incapacidades. A atenção básica desempenha papel central, garantindo acompanhamento clínico adequado, reabilitação física e suporte psicossocial aos pacientes, além de manter a população informada sobre a doença.

Essa estratégia integrada fortalece o controle da hanseníase no município, minimiza os impactos físicos e sociais da doença e contribui para a manutenção da qualidade de vida da população.

1.4.10. Tuberculose (TB)

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica causada principalmente pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Afeta principalmente os pulmões, caracterizando-se como tuberculose pulmonar, mas pode acometer outros órgãos e sistemas, configurando a tuberculose extrapulmonar. Apesar de ser uma doença antiga, a tuberculose permanece como um importante problema de saúde pública global, especialmente em países em desenvolvimento.

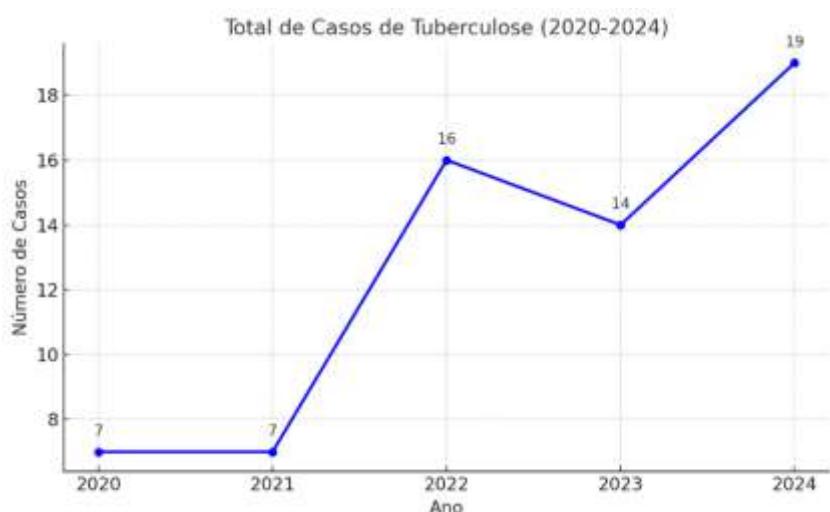
A tuberculose é uma das principais causas de mortalidade por doenças infecciosas no mundo. Estima-se que milhões de pessoas são infectadas anualmente, com maior incidência em populações vulneráveis, como portadores de HIV, pessoas em situação de pobreza, e indivíduos com desnutrição. A transmissão ocorre principalmente por via respiratória, através de gotículas expelidas por indivíduos infectados ao tossir, espirrar ou falar.

Após a inalação do bacilo, este atinge os alvéolos pulmonares, onde é fagocitado pelos macrófagos. Em alguns casos, o sistema imunológico consegue

conter a infecção, mantendo o bacilo em estado latente, caracterizando a tuberculose latente, que não apresenta sintomas e não é contagiosa. Em outros casos, ocorre a multiplicação do bacilo, levando à tuberculose ativa, com manifestações clínicas evidentes.

A tuberculose extrapulmonar pode se manifestar de diversas formas, dependendo do órgão afetado, como linfonodos, ossos, rins, meninges ou trato geniturinário.

Gráfico 10 – Total de casos de tuberculose (2020-2024)



Fonte: SINAN

Os dados apresentados sobre a tuberculose entre os anos de 2020 e 2024 evidenciam uma tendência crescente no número total de casos registrados, embora com algumas flutuações. Em 2020 e 2021, o número de casos permaneceu estável, com 7 casos anuais, sugerindo um período de relativa constância na detecção da doença. Essa estabilidade pode estar associada a fatores como a manutenção das estratégias de vigilância epidemiológica e medidas de prevenção já consolidadas, ou ainda a subnotificação de casos durante os primeiros anos da pandemia de COVID-19, quando o acesso aos serviços de saúde foi significativamente reduzido.

Em 2022, observa-se um aumento acentuado para 16 casos, mais que o dobro dos anos anteriores. Este crescimento pode indicar uma maior eficiência na identificação dos casos, possivelmente devido à retomada dos serviços de saúde após

o período crítico da pandemia, ou um aumento real na incidência da doença, possivelmente associado a fatores socioeconômicos e ambientais que favorecem a transmissão da tuberculose.

No ano de 2023, os casos apresentaram uma leve redução para 14, sugerindo um possível efeito das ações de controle, como tratamento eficaz, rastreamento de contatos e campanhas de prevenção. Entretanto, em 2024, verifica-se novo aumento para 19 casos, indicando que a tuberculose continua sendo um desafio para a saúde pública local. Este crescimento pode refletir tanto a retomada da vigilância ativa quanto mudanças nos determinantes sociais da saúde, como aumento da vulnerabilidade populacional, condições habitacionais precárias ou desafios no acesso contínuo ao tratamento.

Em termos gerais, a série histórica revela uma tendência ascendente no período analisado, evidenciando a necessidade de estratégias contínuas de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento rigoroso do tratamento, principalmente em populações vulneráveis. O aumento progressivo dos casos alerta para a importância de políticas de saúde pública que combinem vigilância epidemiológica eficaz, educação em saúde e intervenção comunitária, garantindo controle efetivo da tuberculose e redução da sua disseminação.

1.4.11. Leishmaniose Visceral Humana

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH), também conhecida como calazar, é uma zoonose de evolução sistêmica causada por protozoários do complexo *Leishmania donovani/infantum* e transmitida ao homem pela picada de fêmeas de flebotomíneos (popularmente: mosquito-palha, birgui). É a forma clínica mais grave das leishmanioses, com potencial de evolução para óbito se não diagnosticada e tratada adequadamente. A principal espécie vetorial no Brasil é *Lutzomyia longipalpis*.

Clinicamente apresenta febre de longa duração, perda de peso, esplenomegalia, hepatoesplenomegalia, anemia e sinais de imunossupressão. O diagnóstico é feito por critérios clínicos e laboratoriais (ex.: sorologia imunocromatográfica, IFI, PCR e/ou exames parasitológicos) e o tratamento deve ser

instituído conforme protocolos do Ministério da Saúde. O encerramento adequado dos casos e a notificação no SINAN são essenciais para vigilância.

Conforme consulta ao banco de dados do SINAN/DATASUS, nos últimos 5 anos (período 2020–2024) o município de Caarapó registrou apenas 1 (um) caso confirmado, ocorrido em 2024. Esse indicador demonstra baixa ocorrência registrada no município no quinquênio, o que exige manter vigilância ativa e medidas preventivas para evitar reemergência.

No nível estadual, a Leishmaniose Visceral apresenta circulação mais persistente e registros regulares em diversos municípios. Relatórios e painéis epidemiológicos (DATASUS / boletins da Secretaria de Estado de Saúde de MS) indicam que o estado tem notificações distribuídas ao longo dos anos e concentra casos em determinados municípios urbanos (por exemplo, relatos e séries históricas de Campo Grande evidenciam centenas a milhares de casos em séries históricas locais). Em resumo: enquanto Caarapó apresenta baixa notificação recente (1 caso em 2024), o Mato Grosso do Sul mantém ocorrência endêmica/hiperendêmica em alguns municípios, com notificações ano a ano registradas no SINAN e nos boletins estaduais — o que reforça a necessidade de vigilância entomológica e canina no âmbito municipal.

1.4.12. Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitida ao homem pela picada de insetos flebotomíneos (mosquito-palha). Caracteriza-se por lesões cutâneas e/ou mucosas que podem evoluir de forma crônica e causar deformidades se não diagnosticadas e tratadas adequadamente. Por sua natureza incapacitante e estigmatizante, representa um problema de saúde pública, especialmente em áreas rurais e de mata, mas também em zonas periurbanas em alguns municípios brasileiros.

O município de Caarapó apresenta baixa ocorrência de Leishmaniose Tegumentar Americana, com apenas um caso confirmado nos últimos 5 anos (2020), segundo o SINAN. Apesar da baixa incidência, o município deve manter vigilância

ativa, capacitação de profissionais e ações educativas, considerando a circulação da doença no estado e os fatores de risco locais. O objetivo é garantir diagnóstico precoce, evitar complicações e reduzir o risco de reintrodução ou aumento da transmissão no território.

1.4.13. Raiva

A raiva é uma zoonose viral aguda e letal em quase 100% dos casos, transmitida ao homem principalmente pela mordedura de cães e gatos infectados, além de animais silvestres (morcegos, raposas, entre outros). Apesar dos avanços no controle da doença, ela permanece como prioridade de saúde pública devido à sua gravidade e letalidade.

No município de Caarapó, foram registrados 02 casos de raiva humana no ano de 2022, fato que reforça a necessidade de manter e ampliar as estratégias de prevenção e controle. Esse evento alerta para a importância da vacinação animal e da vigilância epidemiológica ativa, uma vez que a doença, embora controlada, ainda representa risco para a população.

A Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MS), realiza anualmente a Campanha de Vacinação Antirrábica, contemplando tanto a zona urbana quanto a rural.

Tabela 25 - Dados de animais vacinados no município

Ano	Nº de Animais Vacinados		Total
	Gatos	Cães	
2020	1.259	5.338	6.597
2021	1.251	4.070	5.321
2022	1.324	3.128	4.452
2023	1.260	3.068	4.328
2024	1.325	2.775	4.100

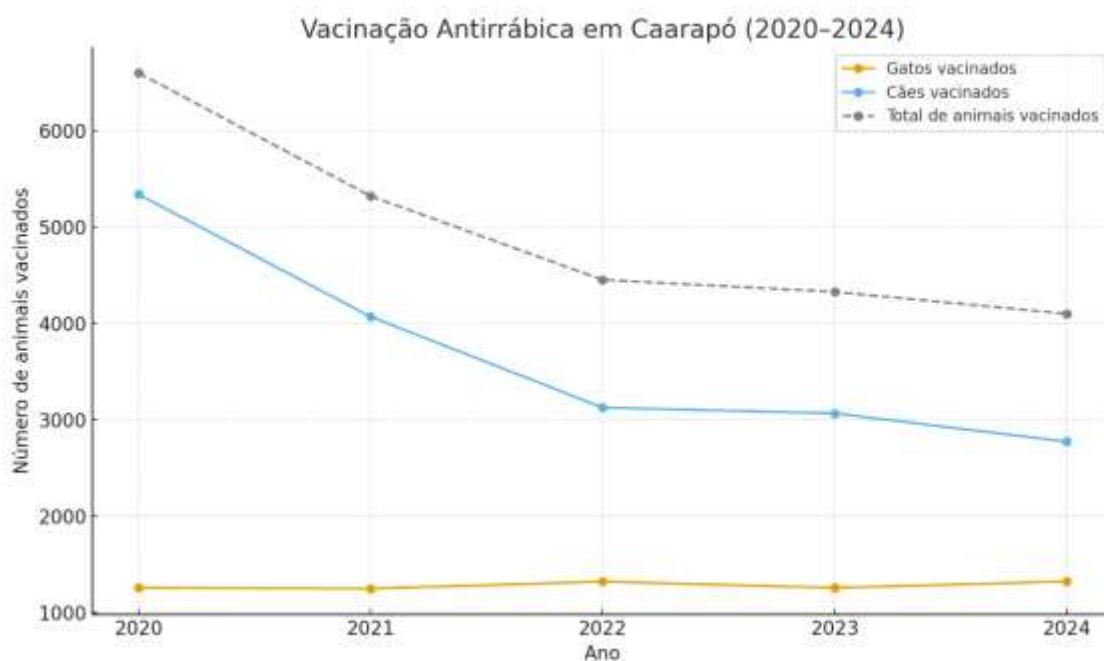
Fonte: SMS/Vigilância Sanitária

O total de animais vacinados apresentou redução progressiva: de 6.597 em 2020 para 4.100 em 2024 (queda aproximada de 38%). A queda foi mais acentuada entre cães, que passaram de 5.338 vacinados em 2020 para 2.775 em 2024. O

número de gatos vacinados manteve-se estável, em torno de 1.250 a 1.325 ao longo do período.

Essa redução pode estar relacionada a fatores como dificuldades logísticas nas campanhas, menor adesão da população e impactos externos, como a pandemia de COVID-19.

Gráfico 11 – Vacinação antirrábica em Caarapó (2020-2024)



Fonte: SMS/Vigilância Sanitária

O município de Caarapó vem garantindo a continuidade da campanha de vacinação antirrábica, embora apresente tendência de queda no número total de animais vacinados nos últimos cinco anos, especialmente entre cães. Para manter a raiva controlada e prevenir casos humanos, é essencial reverter essa tendência por meio de estratégias de ampliação da cobertura vacinal, vigilância epidemiológica efetiva e fortalecimento das ações educativas junto à comunidade.

1.4.13.1. Atendimento Antirrábico em Humanos

O atendimento antirrábico em humanos é uma medida essencial de saúde pública, destinada a prevenir a raiva, doença viral quase sempre fatal após o início

dos sintomas. A conduta inclui identificação da exposição, higienização imediata, avaliação clínica e imunoprofilaxia.

A exposição é classificada em três tipos: Tipo I, sem ferimento ou mordida superficial sem sangramento; Tipo II, mordida leve ou arranhão com sangramento superficial; e Tipo III, mordida profunda, múltiplas mordidas ou contato da saliva com mucosa ou ferida aberta.

Após a exposição, a ferida deve ser lavada imediatamente com água corrente e sabão por pelo menos 15 minutos, seguida de aplicação de antisséptico. O profissional de saúde avalia a gravidade da exposição, o histórico vacinal do paciente e a condição do animal envolvido.

A profilaxia é indicada de acordo com o tipo de exposição e o histórico vacinal. Pacientes não vacinados recebem vacina antirrábica humana em cinco doses e, em exposições Tipo III, soro antirrábico humano. Pacientes previamente vacinados recebem duas doses de vacina; o soro não é necessário. Animais saudáveis devem ser observados por 10 dias; animais suspeitos ou silvestres exigem a profilaxia completa, independentemente da observação.

Todos os casos devem ser notificados ao serviço de saúde, conforme legislação vigente.

1.4.14. Sarampo

O sarampo é uma doença viral altamente contagiosa, caracterizada por febre, tosse, coriza, conjuntivite e exantema cutâneo, podendo evoluir com complicações graves, como pneumonia, encefalite e até óbito, especialmente em crianças menores de cinco anos e pessoas imunocomprometidas. Apesar de ser prevenível por vacina, continua sendo considerada uma ameaça à saúde pública em diferentes partes do mundo, principalmente devido à queda das coberturas vacinais.

No município de Caarapó, nos últimos cinco anos não foram registrados casos de sarampo, o que demonstra a efetividade das ações de vigilância epidemiológica e, principalmente, da vacinação como medida de prevenção e controle da doença. Contudo, é fundamental destacar que a manutenção desse cenário depende

diretamente da adesão da população ao calendário vacinal, em especial à vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

A imunização em altas coberturas populacionais é a única forma de impedir a reintrodução e circulação do vírus. Por isso, é essencial que o município continue fortalecendo as ações de busca ativa, campanhas de vacinação, monitoramento das coberturas vacinais e estratégias específicas para alcançar populações mais vulneráveis. A vigilância contínua e a vacinação em massa permanecem como os principais instrumentos para garantir a proteção coletiva e a manutenção da condição de município sem casos de sarampo.

1.4.15. Rubéola

A rubéola é uma doença viral de transmissão respiratória, geralmente benigna, mas que apresenta grande relevância em saúde pública devido ao risco de síndrome da rubéola congênita (SRC) quando a infecção ocorre em gestantes, podendo causar aborto, natimortalidade ou malformações congênitas graves.

No município de Caarapó, não há registro de casos de rubéola nos últimos anos, o que reflete a efetividade das ações de vigilância epidemiológica e, sobretudo, da vacinação de rotina. A imunização com a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é a principal estratégia de prevenção, sendo fundamental para a manutenção da eliminação da circulação do vírus no território nacional.

Apesar da ausência de casos, é imprescindível manter altas coberturas vacinais, com especial atenção às mulheres em idade fértil, garantindo a proteção contra a doença e prevenindo a ocorrência da síndrome da rubéola congênita. Além disso, o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, a investigação de casos suspeitos e a sensibilização da comunidade sobre a importância da vacinação permanecem como medidas essenciais para assegurar a condição de município livre da circulação do vírus da rubéola.

1.4.16. Tracoma

O tracoma é uma doença ocular de origem infecciosa, causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, e constitui uma das principais causas evitáveis de cegueira

no mundo. A transmissão ocorre principalmente por contato direto com secreções oculares ou nasais de pessoas infectadas, ou por meio de moscas que tenham contato com secreções contaminadas. A prevenção envolve medidas de higiene pessoal, saneamento básico adequado, tratamento de casos diagnosticados e campanhas de educação em saúde.

No município, não há registros de casos de tracoma nos últimos anos, indicando que a população encontra-se em situação de baixo risco quanto a essa doença. Apesar da inexistência de casos, é fundamental manter estratégias de vigilância e educação em saúde, assegurando a detecção precoce de possíveis ocorrências, a promoção da higiene ocular e ambiental, e o fortalecimento das ações preventivas em escolas e comunidades, prevenindo a introdução e disseminação da doença.

1.4.17. Imunização – Cobertura Vacinal

A imunização é uma das estratégias mais eficazes de prevenção de doenças, reduzindo significativamente a morbimortalidade por enfermidades imunopreveníveis e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. No âmbito municipal, a manutenção de elevadas coberturas vacinais é essencial para garantir a proteção coletiva, evitar surtos e impedir a reintrodução de doenças já controladas ou eliminadas.

A análise da série histórica de coberturas vacinais de Caarapó no período de 2023 a 2025 evidencia avanços importantes, mas também desafios que precisam ser enfrentados. De modo geral, observa-se que a maior parte dos imunobiológicos apresentou índices satisfatórios, muitas vezes superiores a 100%, resultado que pode refletir atualização de registros e busca ativa de não vacinados em anos anteriores.

Entre os destaques positivos, em 2024 e 2025, vacinas como a tríplice viral (1^a dose), pneumo 10 (reforço), meningo C (reforço) e pólio oral superaram significativamente a meta de 95% de cobertura, atingindo valores acima de 120% em alguns casos. Esses resultados demonstram a efetividade das estratégias de intensificação e mobilização realizadas pelo município.

Entretanto, algumas vacinas apresentaram cobertura vacinal inferior à meta, indicando pontos de atenção. A varicela registrou queda progressiva, chegando a apenas 86,80% em 2025. A tríplice viral (2^a dose) também se manteve aquém da meta, especialmente em 2025 (87,31%), o que pode representar risco para a reintrodução de doenças como o sarampo e a rubéola. Outro ponto sensível é a cobertura da febre amarela, que apresentou redução expressiva em 2025 (85,28%), exigindo ações de busca ativa e sensibilização da população.

Ainda merece destaque a melhoria nas coberturas de reforços vacinais, como a DTP (1º reforço), que passou de 86,77% em 2023 para 103,05% em 2025, evidenciando avanço nas estratégias de acompanhamento das crianças.

De forma geral, a série histórica demonstra que o município conseguiu manter elevada cobertura vacinal em grande parte dos imunobiológicos, o que contribui para a prevenção de surtos e manutenção de indicadores favoráveis. Contudo, as vacinas que apresentaram queda, especialmente em varicela, febre amarela e tríplice viral (2^a dose), requerem atenção redobrada. O fortalecimento das ações de vigilância, a busca ativa de não vacinados e a realização de campanhas de sensibilização da população são fundamentais para garantir coberturas homogêneas e sustentáveis, assegurando a proteção integral da comunidade.

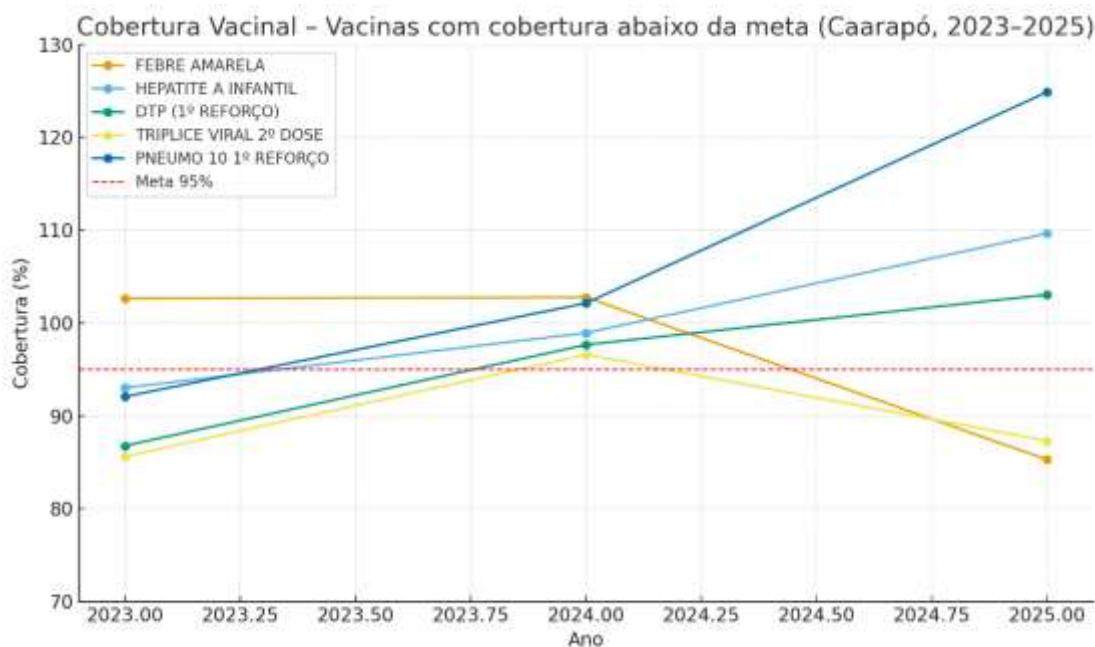
Tabela 26 – Taxa de cobertura vacinal – Caarapó (2023-2025)

Vacina	2023	2024	2025
BCG	100,38%	110,87%	100,51%
HB(<30 DIAS)	111,91%	111,30%	98,98%
HEPATITE B	101,13%	110,23%	99,49%
DTP	101,13%	110,02%	100,00%
FEBRE AMARELA	102,65%	102,77%	85,28%
POLIO	101,13%	108,10%	101,02%
INJETAVEL(VIP)			
PNEUMO 10	101,89%	107/04%	106,09%
MENINGO C	97,35%	108,10%	100,00%
PENTA (dtp/hepb/hib)	101,13%	109,81%	100,00%
ROTAVIRUS	98,30%	103,84%	107,11%
HEPATITE A INFANTIL	93,01%	98,93%	109,64%
DTP (1º REFORÇO)	86,77%	97,65%	103,05%

TRÍPLICE VIRAL 1º DOSE	99,43%	104,90%	123,86%
TRÍPLICE VIRAL 2º DOSE	85,63%	96,59%	87,31%
PNEUMO 10 1º REFORÇO	92,06%	102,13%	124,87%
POLIO ORAL	80,34%	96,38%	107,11%
VARICELA	91,49%	89,55%	86,80%
MENINGO C(1º REFORÇO)	94,14%	103,20%	123,86%
DTPA ADULTO	81,10%	97,65%	91,31%

Fonte: SMS/Departamento de Vigilância Epidemiológica

Gráfico 12 – Vacinas com cobertura abaixo da meta (Caarapó 2023-2025)



Fonte: SMS/Departamento de Vigilância Epidemiológica

As baixas coberturas vacinais, ainda que pontuais, evidenciam a necessidade de estratégias específicas para os reforços vacinais e segunda dose, que historicamente apresentam maior abandono. Ações como busca ativa, campanhas escolares, horários estendidos de vacinação e comunicação social direcionada são fundamentais para garantir a homogeneidade da cobertura vacinal e evitar riscos de surtos de doenças imunopreveníveis no município.

1.4.18. Proporção de Casos Residentes Encerrados Oportunamente por Agravo

A Proporção de Casos Residentes Encerrados Oportunamente por Agravo constitui um dos principais indicadores de desempenho da Vigilância em Saúde, pois permite avaliar a capacidade do município em realizar o acompanhamento e a finalização das investigações epidemiológicas dentro dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O encerramento oportuno dos casos notificados é fundamental para assegurar a fidedignidade das informações epidemiológicas, possibilitar a tomada de decisões ágeis, orientar a adoção de medidas de prevenção e controle e, consequentemente, reduzir os riscos de transmissão de doenças e agravos na comunidade.

Esse indicador é calculado a partir da razão entre os casos de residentes encerrados dentro do prazo preconizado e o total de casos notificados no período. Sua análise, portanto, reflete diretamente a qualidade da vigilância, a capacidade de resposta dos serviços de saúde e a integração entre as equipes de atenção básica, vigilância epidemiológica e demais áreas técnicas.

No contexto do município de Caarapó, a busca pela melhoria desse indicador é estratégica, visto que o desempenho adequado assegura não apenas o cumprimento das normas de vigilância em saúde, mas também o fortalecimento da gestão baseada em evidências. A Secretaria Municipal de Saúde compromete-se a intensificar a qualificação das equipes de Estratégia Saúde da Família e da vigilância, garantindo fluxos eficientes de comunicação, o monitoramento constante das notificações e a devolutiva periódica dos resultados. Dessa forma, busca-se consolidar uma prática de gestão que priorize a transparência, a confiabilidade da informação e a resposta oportuna às necessidades da população.

A meta estabelecida em âmbito nacional é que, progressivamente, os municípios alcancem 90% de casos encerrados oportunamente, parâmetro que será adotado também por Caarapó como referência para o quadriênio 2026–2029. Assim, o acompanhamento deste indicador no Plano Municipal de Saúde permitirá não apenas avaliar a evolução da vigilância em saúde, mas também subsidiar a elaboração de estratégias de prevenção, fortalecer a integração das ações do SUS no território e reafirmar o compromisso da gestão municipal com a qualidade da atenção e a proteção da saúde da população.

Tabela 27 - Agravos Utilizados como Indicadores para Encerramento Oportuno Ano 2023 e 2024.

Agravos	2023			2024		
	Notificados Total	Encerrados oportunamente	%	Notificados Total	Encerrados oportunamente	%
Cólica	0	0	0	0	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0
Febre Tifóide	0	0	0	0	0	0
Síndrome Rubéola Congênita	0	0	0	0	0	0
Tétano Neonatal	0	0	0	0	0	0
Paralisia Flácida Aguda	0	0	0	0	0	0
Chagas Aguda	01	01	100%	0	0	0
Raiva Humana	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0
Sarampo	0	0	0	0	0	0
Tétano acidental	0	0	0	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0
Meningite	01	01	100%	03	03	100%
Malária	0	0	0	01	01	100%
Leishmaniose Tegumentar	0	0	0	01	01	100%
Leptospirose	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose Visceral	0	0	0	0	0	0
Hepatites Virais	01	01	100%	0	0	0
Hantavirose	0	0	0	0	0	0
Febre A Marela	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN

A análise da Proporção de Casos Residentes Encerrados Oportunamente por Agravos no município de Caarapó, referente aos anos de 2023 e 2024, evidencia o compromisso da gestão municipal em manter a vigilância em saúde qualificada e em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde. Observa-se que, em diversos agravos de notificação compulsória, os registros permanecem zerados nos dois anos avaliados. Esse resultado não significa falha de notificação ou ausência de encerramento, mas sim que não houve casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nesses períodos.

Nos agravos em que houve registro de casos, como Doença de Chagas Aguda, Meningite, Malária, Leishmaniose Tegumentar e Hepatites Virais, verificou-se que 100% das notificações foram encerradas dentro do prazo oportuno, demonstrando

eficiência nos fluxos de investigação, registro e fechamento dos casos. Destaca-se, por exemplo, o registro de um caso de Chagas Aguda em 2023, devidamente encerrado, e a ampliação das notificações de Meningite em 2024, todas também concluídas de forma tempestiva.

O desempenho apresentado reforça a importância da integração entre a Vigilância Epidemiológica e a Atenção Básica, permitindo respostas rápidas e qualificadas sempre que há suspeita ou confirmação de casos. Além disso, evidencia a capacidade do município em garantir a qualidade da informação epidemiológica, condição essencial para o planejamento de ações de prevenção e controle de agravos.

De forma geral, os resultados indicam que o município mantém uma vigilância consistente, com alto percentual de encerramento oportuno (100%) nos agravos notificados, e com monitoramento contínuo daqueles que não apresentaram registros. Esse cenário reafirma o compromisso da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó com a transparência, a agilidade na investigação e a confiabilidade dos dados, elementos fundamentais para a proteção da saúde da população e para a consolidação de políticas públicas baseadas em evidências.

1.4.19. Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

As Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) constituem um importante problema de saúde pública, pois impactam diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores e geram repercussões sociais e econômicas significativas. São caracterizados por condições de saúde que têm sua origem ou agravamento relacionados à atividade laboral, abrangendo desde acidentes típicos até doenças crônicas decorrentes da exposição ocupacional a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

Entre os agravos mais comuns estão as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), doenças respiratórias ocupacionais, perdas auditivas induzidas por ruído (PAIR), intoxicações exógenas, acidentes com material biológico, além de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao estresse ocupacional.

No município de Caarapó, a economia é fortemente marcada pela agricultura e pecuária, atividades que expõem trabalhadores a riscos como uso de agrotóxicos, esforço físico intenso, acidentes com máquinas e animais, além de longas jornadas laborais. Esse contexto demanda atenção especial às ações de vigilância em saúde do trabalhador, com ênfase na prevenção de intoxicações, acidentes graves e agravos crônicos relacionados ao trabalho rural.

A Rede de Atenção à Saúde desempenha papel fundamental na identificação, notificação e acompanhamento dos casos de DART. A Notificação Compulsória desses agravos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é essencial para subsidiar o planejamento de políticas públicas, permitindo a adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

O fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no município, integrado à Atenção Primária e às ações intersetoriais, é estratégico para reduzir a ocorrência desses agravos. Entre as medidas prioritárias, destacam-se:

- capacitação das equipes de saúde para identificar e notificar agravos relacionados ao trabalho;
- intensificação da fiscalização e orientação sobre o uso seguro de agrotóxicos e equipamentos de proteção individual (EPI);
- promoção de ações educativas voltadas a trabalhadores rurais, industriais e de serviços;
- articulação com sindicatos, cooperativas e órgãos de fiscalização para fortalecimento da saúde do trabalhador.

Em síntese, as DART representam um desafio para a saúde pública local, exigindo vigilância constante, integração das políticas de saúde do trabalhador e fortalecimento de estratégias de prevenção, a fim de garantir condições laborais mais seguras e a preservação da saúde da população economicamente ativa do município.

Tabela 28 - Registro de acidentes de trabalho 2020-2024

Ano	Total de Acidentes Registrados
2020	7

2021	15
2022	12
2023	23
2024	73

Fonte: SINAN

A análise da série histórica de acidentes de trabalho registrados em Caarapó, no período de 2020 a 2024, evidencia um cenário de preocupação crescente para a saúde do trabalhador. Em 2020, foram registrados apenas 7 casos, possivelmente influenciados pela pandemia da Covid-19, quando houve redução de atividades econômicas e provável subnotificação. No ano seguinte, 2021, o número mais que dobrou, chegando a 15 registros, refletindo a retomada gradual das atividades produtivas e maior captação das notificações.

Em 2022, houve uma discreta redução para 12 casos, mas, em 2023, o município registrou 23 acidentes, representando um aumento de 91,6% em relação ao ano anterior. O dado mais alarmante, entretanto, ocorreu em 2024, com 73 acidentes notificados, configurando um crescimento de 217,4% em comparação a 2023 e de mais de 940% em relação a 2020.

Esse aumento expressivo pode estar associado tanto à intensificação das atividades econômicas locais, sobretudo no setor agrícola e industrial, quanto ao fortalecimento da vigilância e das notificações realizadas pelos serviços de saúde. Todavia, também indica a persistência de falhas em medidas preventivas, como treinamento insuficiente, uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI) e condições de trabalho inseguras.

Diante desse cenário, faz-se necessária a ampliação das ações de vigilância em saúde do trabalhador, com ênfase na qualificação das notificações, na investigação dos casos e na articulação intersetorial com sindicatos, empresas e órgãos de fiscalização. Além disso, é fundamental promover campanhas educativas e treinamentos voltados à prevenção de acidentes, bem como intensificar a capacitação dos profissionais de saúde para identificar, atender e notificar corretamente os agravos relacionados ao trabalho.

O enfrentamento dessa realidade deve ser incorporado como prioridade no Plano Municipal de Saúde, estabelecendo metas claras para a redução dos acidentes de trabalho e a promoção de ambientes laborais mais seguros, garantindo a proteção da saúde dos trabalhadores e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população de Caarapó.

1.4.20. Acidentes por Animais Peçonhentos

Os acidentes com animais peçonhentos representam um problema relevante para a saúde pública, devido ao potencial de gravidade e à frequência com que ocorrem, especialmente em áreas urbanas e rurais. Esses acidentes envolvem animais como escorpiões, serpentes, aranhas e alguns tipos de insetos, cujas picadas ou ferroadas podem causar desde sintomas leves até condições potencialmente fatais. A ocorrência desses acidentes está intimamente relacionada a fatores ambientais, climáticos e socioeconômicos, como aumento da urbanização, desmatamento, alterações no clima, acúmulo de resíduos e falta de conscientização da população sobre medidas preventivas.

A série histórica de registros do município evidencia variações significativas no número de acidentes ao longo dos últimos anos. Entre 2020 e 2022, os casos permaneceram relativamente estáveis, com média anual de 13 registros, indicando um risco controlado. No entanto, em 2023, observou-se um aumento expressivo para 39 casos, refletindo possivelmente maior exposição da população ou alterações ambientais que favoreceram a atividade dos animais peçonhentos. Em 2024, os registros diminuíram para 29, mantendo-se acima da média dos anos anteriores e indicando que o risco permanece elevado.

A prevenção desses acidentes é essencial e deve envolver múltiplas estratégias. Dentre elas, destacam-se: campanhas de conscientização da população sobre cuidados domiciliares e ambientais, medidas de controle de pragas e manutenção adequada de áreas urbanas e rurais, além do uso de equipamentos de proteção individual em atividades de risco, como agricultura ou limpeza de terrenos. Paralelamente, é imprescindível garantir a capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico precoce e atendimento rápido, incluindo a disponibilidade de soros antiveneno e protocolos clínicos adequados.

O monitoramento contínuo e a implementação de ações preventivas estruturadas são fundamentais para reduzir a morbimortalidade associada aos acidentes com animais peçonhentos e proteger a saúde da população.

Tabela 29 – Registro de acidentes com animais peçonhentos 2020-2024

Ano	Total de Acidentes Registrados
2020	12
2021	14
2022	13
2023	39
2024	29

Fonte: SINAN

2. Rede de Estabelecimento e Serviços de Saúde

O município de Caarapó organiza seu sistema de saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando uma rede de atenção que busca garantir acesso universal, integral e equânime à população urbana, rural e indígena.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada prioritária dos serviços, sendo operacionalizada por meio de Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas de forma a cobrir tanto a sede municipal quanto os distritos e assentamentos rurais. Essas equipes desenvolvem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, articulando-se com a vigilância em saúde e com os demais níveis de atenção.

No âmbito da Atenção Especializada, o município conta com unidades ambulatoriais que oferecem consultas em diversas especialidades médicas, odontológicas e multiprofissionais, muitas vezes em articulação com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da região. Procedimentos de média e alta complexidade são regulados e referenciados para polos regionais, especialmente Dourados, que dispõe de hospitais de maior porte e serviços de referência estadual.

A rede municipal de saúde também abrange a atenção hospitalar, com unidade hospitalar de pequeno porte destinada a atendimentos de urgência, internações clínicas de baixa complexidade e apoio ao cuidado materno-infantil, articulando-se com a rede estadual para casos de maior gravidade.

A Vigilância em Saúde exerce papel estratégico na identificação e monitoramento dos agravos e determinantes do processo saúde-doença, compreendendo as áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. O município mantém ações sistemáticas de imunização, controle de endemias, inspeções sanitárias e monitoramento de doenças crônicas e transmissíveis, com enfoque na prevenção e na promoção da saúde.

No campo da saúde indígena, conta com relevante presença da comunidade indígena guarani-kaiowá, atendida por meio da articulação com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e equipes multidisciplinares, garantindo a integração das políticas específicas à rede municipal de serviços.

A gestão municipal busca integrar e fortalecer todos esses componentes por meio de instrumentos de planejamento, regulação e participação social, assegurados pelo Conselho Municipal de Saúde, que atua como espaço de controle social e deliberação. O financiamento das ações é garantido pela composição tripartite de recursos – municipal, estadual e federal, com aplicação vinculada às prioridades estabelecidas no Plano Municipal de Saúde.

Assim, a organização da saúde em Caarapó se fundamenta na articulação entre os diferentes níveis de atenção, na descentralização dos serviços e no compromisso com a equidade, buscando superar desigualdades territoriais e garantir cuidado integral a toda a população do município.

2.1.1. Capacidade Instalada

A física de estabelecimentos de saúde do município evidencia uma estrutura concentrada em unidades municipais, representando 24 dos 25 estabelecimentos existentes, enquanto apenas um hospital geral opera em regime de gestão dupla, sem presença de unidades estaduais.

Entre os tipos de estabelecimentos, observa-se que as unidades de atenção primária à saúde são predominantes, destacando-se os centros de saúde/unidades básicas (7 unidades) e os pólos de Academia de Saúde e postos de saúde (2 unidades cada), o que demonstra o foco do município na oferta de serviços de atenção básica e preventiva, garantindo acesso próximo à população. As unidades de atenção à saúde indígena aparecem com 3 estabelecimentos, refletindo a atenção às populações específicas e a necessidade de atendimento culturalmente adequado.

Em relação à atenção especializada, o município dispõe de policlínica (1), clínica centro de especialidades (2), unidade de apoio e diagnóstico (1) e centro de atenção psicossocial (1), evidenciando uma oferta limitada, mas presente, de serviços de média e alta complexidade. A existência de uma farmácia municipal (2) e uma unidade móvel terrestre (1) indica esforços para ampliar o acesso a medicamentos e serviços em localidades mais afastadas ou em áreas de difícil cobertura.

De modo geral, a rede municipal de saúde apresenta uma estrutura predominantemente voltada à atenção primária, com complementaridade de serviços especializados e estratégicos, garantindo cobertura territorial e acesso à população, embora a concentração em unidades municipais e a limitada presença de estabelecimentos de atenção especializada indiquem oportunidades para ampliação da oferta e diversificação dos serviços.

Tabela 30 - Rede física de estabelecimento de saúde por tipo de estabelecimento

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Hospital Geral	1	0	0	1
Pólo Academia de Saúde	0	0	2	2
Posto de Saúde	0	0	2	2
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0	3	3
Central de Regulação de Acesso	0	0	1	1
Policlínica	0	0	1	1
Central de Gestão em Saúde	0	0	1	1
Centro de Saúde/Unidade Básica	0	0	7	7
Clínica Centro de Especialidade	0	0	2	2

Farmácia	0	0	2	2
Unidade de Apoio e Diagnose Terapia	0	0	1	1
Unidade Móvel Terrestre	0	0	1	1
Centro de Atenção Psicossocial	0	0	1	1
Total	1	0	24	25

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Tabela 31 - Rede Física por Natureza Jurídica

Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
Administração Pública				
Município	20	0	0	20
Orgão Público do Poder Executivo Federa	1	0	0	1
Entidades Empresariais				
Sociedade Empresária Ltda.	2	0	0	2
Entidades sem fins lucrativos				
Associação Privada	1	0	0	1
Total	24	0	1	25

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A rede física de estabelecimentos de saúde do município, considerando a natureza jurídica, evidencia que a maioria dos serviços está sob gestão municipal, correspondendo a 20 dos 25 estabelecimentos registrados. Isso demonstra que o município é o principal responsável pela oferta de serviços de saúde, garantindo a execução direta de políticas públicas e o acesso da população aos serviços essenciais.

Além da administração municipal, existe um órgão público federal, evidenciando a presença de serviços com gestão federal, ligados a saúde indígena, e um estabelecimento em regime de gestão dupla, que envolve a participação compartilhada entre esferas de governo. A rede ainda conta com entidades empresariais privadas (2 sociedades empresárias Ltda.) e uma associação privada sem fins lucrativos, que complementam a oferta de serviços e contribuem para a

diversidade de formas de gestão, especialmente em áreas especializadas ou de atenção complementar.

De forma geral, a estrutura municipal de saúde apresenta forte centralização na administração pública local, garantindo controle direto e coordenação dos serviços, enquanto a presença limitada de entidades privadas e federais oferece suporte complementar, ampliando a cobertura e a diversidade de serviços disponíveis à população.

Tabela 32 - Detalhamento da Rede Física de Estabelecimento de Saúde

Nome Estabelecimento	CNES	Endereço	Telefone
Academia da Saúde Santo Antônio	9199683	Rua Joao PessoaA Quadra 105 Lotes 15 e 16	
Academia da Saúde Vila Nova	9200347	Rua Justo Pastor Penha s/n	
APAE Caarapó MS	9672451	Avenida Tiradentes, 1005, Centro	
Central de Abastecimento Farmacêutico	4901754	Rua Mario de Andrade, 1380, capitão vigário I	
Central Municipal de Regulação e Transportes	7178484	Rua Ezildo Marques, 576, Vila Planalto	
Centro de Atenção Psicossocial CAPS I	7257066	Rua Barão do Rio Branco, Centro	67 3453-3269
ESF Altair Pinto Reco	4699181	Rua Mario De Andrade, 1380, Capitão Vigário I	
ESF Benedito Cardoso	2536501	Rua Ezildo Marques, 576, Vila Planalto	67 3453-1704
ESF Cirila Mareco	2376083	Rua Fernando Correia Da Costa, 370, Vila 70	67 3453-1406
ESF Evanir Gomes	7745273	Rua Fernando Correia Da Costa, 1330, Vila Planalto	67 3453-1553
ESF Mariza Rodrigues dos Santos	2376210	Rua Joao Pessoa, 670, Santo Antônio	67 3453-3423
ESF Valberto Ferreira Costa	4927001	Avenida Dom Pedro II, S/N, Vila Planalto	
ESF Valdemar Ferreira Muzzi	3488381	Rua Da Saudade, 37, Vila Jary	67 3453-4284
Farmácia Especializada	4824881	Av Fernando Correia Da Costa, 1267, Centro	

Hospital Beneficente São Mateus	2376091	Av. XV De Novembro, 566, Centro	67 99834-3563
Policlínica Caarapó	2376180	R Santos Dumont, 401, Vila Planalto	67 3453-5100
Pólo Base de Caarapó	6825486	Rua Xv De Novembro, 1296	67 3453-1687
Posto de Saúde Indígena Jorge Paulo	6352227	Aldeia Tey Kue, S/N Saverá	
Posto de Saúde Indígena Zacarias Marques	6352294	Aldeia Tey Kue, S/N Nhandejara	
Secretaria Municipal de Saúde	2558874	Rua Presidente Vargas, 575 (Fundos), Centro	67 3453-1571
Unidade Básica de Saúde Felomena Rosa Martins	2376199	Rua Floriano Peixoto, 167, Distrito De Cristalina	67 3484-1073
Unidade Básica de Saúde Idália Rosa de Jesus	2376202	Rua Paraguai, 601, Distrito De Nova América	67 3498-1146
Unidade Odontológica Móvel de Caarapó	5733766	Rua João Pessoa, 670, Santo Antônio	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

2.1.2. Atenção Especializada

A atenção especializada em Caarapó é estruturada para complementar a rede de atenção primária, atendendo às necessidades da população em casos que não exigem internação hospitalar.

Os serviços de exames laboratoriais e fisioterapia são realizados por meio de contratos terceirizados, garantindo acesso à população a exames complementares e reabilitação física. A Policlínica de Caarapó desempenha papel central na atenção especializada, estando capacitada para atender pacientes em diversas áreas, exceto quando há necessidade de internação. A unidade conta com equipe multiprofissional composta por clínico geral, cirurgião geral, ortopedista, neuropediatra, ginecologista, pediatra, enfermeiros, nutricionista, psicóloga, assistente social, farmacêuticos e fonoaudiólogo, permitindo atendimento integral e humanizado.

Os médicos da Policlínica atendem pacientes em regime ambulatorial, tanto da população urbana quanto rural, incluindo casos encaminhados pelas unidades de saúde com justificativa clínica. São realizados pequenos procedimentos cirúrgicos,

porém a unidade não oferece cirurgias de média ou alta complexidade. Além disso, a Policlínica está equipada com serviços de diagnóstico por imagem, incluindo radiografia (RX) e ultrassonografia, ampliando a capacidade de avaliação diagnóstica e acompanhamento clínico.

Dessa forma, a atenção especializada é organizada de maneira integrada à atenção primária, garantindo acesso à população a serviços especializados, diagnóstico e tratamento ambulatorial de qualidade, com encaminhamento seguro para urgências hospitalares quando necessário.

2.1.3. Unidade Hospitalar Caarapó

O Hospital Beneficente São Mateus é uma instituição filantrópica que desempenha papel fundamental na assistência à saúde da população de Caarapó, especialmente em casos de urgência e emergência. O município não possui hospital próprio, mantendo convênio com a unidade para atendimento fora do horário de funcionamento da rede municipal, incluindo feriados, sábados e domingos, bem como para custeio de plantões médicos e de enfermagem.

O hospital oferece atendimento ambulatorial, internações, obstetrícia, exames laboratoriais, diagnóstico por imagem (radiografia e ultrassonografia), ortopedia, fisioterapia e procedimentos cirúrgicos de média e baixa complexidade por meio do programa estadual “Opera MS”. Serviços como fisioterapia e exames laboratoriais são contratualizados. Com sua equipe multiprofissional, o hospital garante suporte integral à população, atuando como referência regional para atendimentos que exigem estrutura hospitalar e assistência especializada.

Número de leitos hospitalares

A distribuição de leitos hospitalares no município de Caarapó evidencia que a capacidade instalada é relativamente limitada e concentrada em setores específicos de atenção clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. No setor cirúrgico, existem 3 leitos, sendo 2 vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), destinados a procedimentos de cirurgia geral. Já no setor clínico, observa-se maior oferta, com 15 leitos existentes, dos quais 9 atendem pacientes do SUS, voltados para internações de média complexidade em clínica geral.

O setor obstétrico conta com 12 leitos, sendo 3 cirúrgicos e 2 clínicos vinculados ao SUS, destinados ao cuidado de gestantes, tanto para partos cirúrgicos quanto clínicos, demonstrando atenção à saúde materna, embora a quantidade de leitos SUS seja inferior à demanda potencial. No setor pediátrico, são 9 leitos existentes, com 4 vinculados ao SUS, voltados ao atendimento infantil e à atenção às condições clínicas de crianças internadas.

De forma geral, os dados sugerem que, embora haja cobertura para diferentes áreas de atenção hospitalar, a quantidade de leitos é insuficiente para atender plenamente a demanda da população pelo SUS, exigindo estratégias complementares, como o uso de leitos conveniados, otimização da rede de referência e encaminhamentos estratégicos, garantindo acesso a internações quando necessário e promovendo atendimento seguro e contínuo.

Tabela 33 - Número de Leitos Hospitalares HBSM

CIRÚRGICO			
Código	Descrição	Existente	Sus
03	<u>CIRURGIA GERAL</u>	3	2
TOTAL CIRÚRGICO		3	2
CLÍNICO			
Código	Descrição	Existente	Sus
33	<u>CLINICA GERAL</u>	15	9
TOTAL CLÍNICO		15	9
OBSTÉTRICO			
Código	Descrição	Existente	Sus
10	<u>OBSTETRICIA CIRURGICA</u>	8	3
43	<u>OBSTETRICIA CLINICA</u>	4	2
TOTAL OBSTÉTRICO		12	5
PEDIATRICO			
Código	Descrição	Existente	Sus
45	<u>PEDIATRIA CLINICA</u>	9	4
TOTAL PEDIÁTRICO		9	4
Sumário			
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		18	11
TOTAL GERAL		3	

Fonte: SCNES

Em relação aos equipamentos:

Tabela 34 - Número de equipamentos hospitalares

Código	Equipamento	Existentes	Em Uso	Existentes SUS	Em Uso SUS
8 - EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA					
87	<u>EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES</u>	1	1	1	1
TOTAL		1	1	1	1
1 - EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM					
05	<u>Raio X de 100 a 500 mA</u>	1	1	1	1
06	<u>Raio X mais de 500mA</u>	2	2	2	2
07	<u>Raio X Dentario</u>	12	11	4	4
11	<u>Tomógrafo Computadorizado</u>	1	1	1	1
14	<u>Ultrassom Ecografo</u>	1	1	1	1
15	<u>Ultrassom Convencional</u>	1	1	1	1
17	<u>MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO</u>	1	1	1	1
TOTAL		19	18	11	11
2 - EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA					
19	<u>AR CONDICIONADO</u>	35	35	26	26
20	<u>CAMARA FRIGORIFICA</u>	1	1	1	1
22	<u>Grupo Gerador</u>	2	2	2	2
25	<u>CAMARA PARA CONSERVACAO DE IMUNOBIOLOGICOS</u>	2	2	2	2
66	<u>REFRIGERADOR</u>	4	4	4	4
TOTAL		44	44	35	35
7 - EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA					
80	<u>Equipo Odontologico</u>	29	29	14	14
81	<u>Compressor Odontologico</u>	23	23	12	12
82	<u>Fotopolimerizador</u>	27	27	14	14
83	<u>Caneta de Alta Rotacao</u>	41	41	20	20
84	<u>Caneta de Baixa Rotacao</u>	29	29	12	12
85	<u>Amalgamador</u>	22	22	12	12
86	<u>Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato</u>	21	21	10	10
TOTAL		192	192	94	94
9 - EQUIPAMENTOS DE TELESSAÚDE					
01	<u>CAMERA PARA RECONHECIMENTO FACIAL</u>	1	1	1	1
04	<u>DERMATOSCOPIO</u>	1	1	1	1
05	<u>DETECTOR FETAL PORTATIL</u>	1	1	1	1
12	<u>ELETROCARDIOGRAMA</u>	3	3	3	3
TOTAL		6	6	6	6
5 - EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA					
53	<u>Berço Aquecido</u>	3	3	3	3
55	<u>Debitometro</u>	3	3	3	3
56	<u>Desfibrilador</u>	3	3	3	3
57	<u>Equipamento de Fototerapia</u>	2	2	2	2
58	<u>Incubadora</u>	1	1	1	1
60	<u>Monitor de ECG</u>	2	2	2	2
62	<u>Monitor de Pressao Nao-Invasivo</u>	2	2	1	1
63	<u>Reanimador Pulmonar/AMBU</u>	13	13	13	13
64	<u>Respirador/Ventilador</u>	5	5	5	5
65	<u>MONITOR MULTIPARAMETRO</u>	1	1	1	1
TOTAL		35	35	34	34

4 - EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS					
41	Eletrocardiografo	16	16	12	12
42	Eletroencefalografo	2	2	1	1
TOTAL		18	18	13	13
6 - OUTROS EQUIPAMENTOS					
71	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	2	2	1	1
72	Aparelho de Eletroestimulacao	7	7	3	3
TOTAL		9	9	4	4

Fonte: CNES

O levantamento dos equipamentos de saúde do município de Caarapó evidencia uma infraestrutura ampla e diversificada, contemplando equipamentos de diagnóstico por imagem, odontologia, manutenção da vida, telemedicina, audiologia, métodos gráficos e outros dispositivos auxiliares.

No diagnóstico por imagem, o município dispõe de 19 equipamentos, sendo 18 em uso, incluindo aparelhos de raio X de diferentes capacidades, tomógrafo computadorizado, ultrassons convencionais e mamógrafo computadorizado, com 11 destes vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa disponibilidade demonstra a capacidade do município de realizar exames diagnósticos essenciais para detecção precoce de doenças, planejamento terapêutico e acompanhamento clínico.

Quanto aos equipamentos de infraestrutura, a rede municipal apresenta 44 unidades, todas em uso, como ar-condicionado, câmaras frigoríficas, grupos geradores e câmaras para conservação de imunobiológicos, sendo 35 vinculadas ao SUS. Esses equipamentos são fundamentais para garantir condições adequadas de funcionamento das unidades de saúde, preservação de vacinas e medicamentos, além de assegurar conforto e segurança operacional.

A área de odontologia apresenta destaque, com 192 equipamentos existentes e 94 em uso no SUS, incluindo equipo odontológico, compressor, fotopolimerizador, canetas de alta e baixa rotação, amalgamadores e aparelhos de profilaxia. A quantidade e diversidade desses equipamentos refletem a atenção municipal à promoção da saúde bucal, atendendo à demanda preventiva e curativa da população.

Na manutenção da vida, o município possui 35 equipamentos, sendo 34 em uso pelo SUS, incluindo berços aquecidos, desfibriladores, incubadoras, monitores

multiparâmetros, respiradores e reanimadores pulmonares (ambu). A presença desses equipamentos demonstra capacidade de atendimento a emergências, suporte à vida neonatal e monitoramento de pacientes críticos, garantindo resposta adequada em situações de urgência e emergência.

Os equipamentos por métodos gráficos, como eletrocardiógrafos e eletroencefalógrafos, somam 18 unidades, com 13 em uso pelo SUS, proporcionando suporte para diagnósticos cardiológicos e neurológicos de forma eficiente. Os equipamentos de telemedicina, incluindo câmeras para reconhecimento facial, dermatoscópio, detector fetal portátil e eletrocardiógrafos, totalizam 6 unidades, todas em uso pelo SUS, fortalecendo a integração e monitoramento remoto de pacientes.

Por fim, o município conta com outros equipamentos especializados, como aparelhos de diatermia por ultrassom e eletroestimulação, com 4 unidades em uso pelo SUS. Esses recursos complementam a oferta de serviços terapêuticos e de reabilitação.

De forma geral, o município apresenta uma infraestrutura tecnológica robusta, com equipamentos diversificados e em sua maioria operacionais, possibilitando atenção integral e de qualidade em diversas áreas da saúde. Contudo, a análise evidencia que nem todos os equipamentos existentes estão em uso, indicando necessidade de manutenção, atualização ou redistribuição, garantindo plena operacionalidade e otimização dos recursos disponíveis para o atendimento da população.

2.1.4. Produção de Serviços – SIA e SIH

A produção hospitalar no Sistema Único de Saúde é monitorada e registrada por meio de dois sistemas de informação distintos e complementares: o SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial) e o SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar). Ambos têm como finalidade garantir o registro, o acompanhamento e a avaliação das ações e serviços de saúde prestados à população, constituindo instrumentos estratégicos para a gestão municipal.

O SIA/SUS é responsável pelo registro da produção ambulatorial de média e alta complexidade, abrangendo consultas especializadas, procedimentos

diagnósticos, terapêuticos e atendimentos multiprofissionais. Esse sistema possibilita à gestão municipal acompanhar o volume e o perfil dos atendimentos realizados, bem como analisar a distribuição dos serviços prestados por especialidade, subsidiando o planejamento de ações e a contratualização com prestadores de serviços. Além disso, o SIA permite monitorar a utilização dos recursos financeiros destinados às ações ambulatoriais, garantindo maior transparência e eficiência na aplicação dos recursos públicos.

O SIH/SUS, por sua vez, concentra-se nos registros de internações hospitalares, sendo alimentado a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esse sistema fornece informações detalhadas sobre diagnósticos, procedimentos realizados, tempo de permanência hospitalar, taxas de ocupação e perfil epidemiológico dos pacientes internados. Para o município, o SIH é ferramenta essencial tanto para o acompanhamento da morbidade hospitalar quanto para a análise da utilização da rede de serviços, permitindo avaliar a capacidade instalada e identificar necessidades de expansão ou reorganização da oferta de leitos.

No contexto do município de Caarapó, a análise integrada dos dados do SIA/SUS e SIH/SUS é fundamental para compreender o comportamento da demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como para orientar políticas de saúde mais eficientes. O monitoramento contínuo desses sistemas possibilita identificar os principais agravos responsáveis por internações, o perfil de utilização da atenção especializada e as tendências epidemiológicas, elementos que são determinantes para o planejamento das ações no próximo quadriênio (2026–2029).

Ademais, os registros do SIA e do SIH também constituem fonte de informação estratégica para o processo de prestação de contas e para o acompanhamento pelos órgãos de controle interno e externo, reforçando o compromisso do município com a transparência, a gestão baseada em evidências e a adequada utilização dos recursos do SUS.

Tabela 35 – Produção SIA/SUS Caarapó 2020-2024

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
0201010020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	16	15	37	38	19	125

211020036	ELETROCARDIOGRAMA	74	105	496	1.171	1.634	3.480
211040029	COLPOSCOPIA	44	31	48	48	31	202
211050040	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO			137	216	224	577
211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO					404	404
211060100	FUNDOSCOPIA					393	393
211060151	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL					404	404
211060259	TONOMETRIA					429	429
211070424	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA	448	296	257	234	315	1.550
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)	2.133	2.287	7.581	36.544	46.973	95.518
301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	24.910	27.41	5	38.105	42.382	48.610
301040141	INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	1	3	15	22	24	65
301040176	INSERCAO DE IMPLANTE SUBDERMICO LIBERADOR DE ETONGESTREL			2	5	11	18
301060029	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	1.807	1.716	2.504	2.702	7.721	16.450
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	998	1.076	2.182	2.083	2.548	8.887
301060100	ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	132	122	216	149	133	752
301060118	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO		805	4.688	18.268	41.353	65.114
301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	6.259	20.51	0	25.256	25.001	22.944
401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO	18	96	22	21	63	220
401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	316	327	325	411	465	1.844
401010066	EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	412	1.022	260	242	215	2.151
401010074	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	80	74	231	117	5	507
401010112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	44	52	25	12	4	137
401020177	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	4	1	6	3	6	20
404010270	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	77	58	60	40	17	252
404010300	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	32	35	28	25	28	148
404010318	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	5	6	16	19	23	69

CODIGO	SUBGRUPO DE PROCEDIMENTOS						
202	DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	53.668	55.15 6	78.029	122.04 1	134.77 4	443.668
204	DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA	5.085	5.051	6.698	10.442	12.754	40.030
205	Diagnóstico por ultrasonografia	1.728	1.894	2.778	3.692	4.152	14.244
211	Metodos diagnosticos em especialidades	1.728	1.894	2.778	3.692	4.152	14.244
302	FISIOTERAPIA	9.937	9.135	16.625	21.271	27.482	84.450

Fonte: SIA DATASUS

A análise da produção ambulatorial registrada no SIA/SUS no período de 2020 a 2024 evidencia uma evolução significativa nos procedimentos realizados em Caarapó-MS, refletindo tanto a ampliação da oferta de serviços especializados quanto o fortalecimento da rede municipal de atenção.

Observa-se um crescimento expressivo das consultas médicas em atenção especializada, que saltaram de 24.910 em 2020 para 48.610 em 2024, acumulando mais de 181 mil registros no período. De forma complementar, as consultas de outros profissionais de nível superior na atenção especializada (como fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas) também apresentaram forte expansão, totalizando 95.518 atendimentos. Esse avanço demonstra a ampliação do acesso da população aos serviços multiprofissionais, alinhada às diretrizes da integralidade do cuidado.

No campo dos atendimentos de urgência em atenção especializada, destaca-se a implementação do acolhimento com classificação de risco, que passou a ser registrado a partir de 2021, atingindo 41.353 atendimentos em 2024 e um total acumulado superior a 65 mil registros. Essa prática reforça a organização da porta de entrada do sistema, qualificando o acesso e garantindo a priorização de casos conforme o grau de gravidade.

Os procedimentos diagnósticos laboratoriais e de imagem também apresentaram tendência ascendente. O grupo de diagnóstico por laboratório clínico concentra o maior volume de procedimentos, com mais de 443 mil registros no período analisado. Já os procedimentos de radiologia e ultrassonografia somaram, respectivamente, 40.030 e 14.244 registros, evidenciando o crescimento da capacidade diagnóstica instalada no município. Destaca-se ainda a ampliação de

exames especializados em oftalmologia (como fundoscopia, tonometria e biomicroscopia), que foram incorporados ao rol de procedimentos ambulatoriais a partir de 2024.

No campo da fisioterapia, verificou-se um crescimento contínuo, saindo de 9.937 atendimentos em 2020 para 27.482 em 2024, totalizando 84.450 procedimentos no período. Esse dado indica a ampliação da oferta de reabilitação física, em resposta à demanda crescente decorrente de traumas, agravos osteomusculares e necessidades de recuperação funcional.

Quanto aos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais de menor porte, como excisão de lesões de pele, drenagem de abscessos e cirurgias de unha, observa-se volume significativo, com destaque para a excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões, que acumulou 2.151 procedimentos. Isso reflete o fortalecimento da resolutividade do nível ambulatorial, reduzindo a necessidade de encaminhamentos hospitalares.

Por fim, chama atenção a ampliação dos procedimentos relacionados à saúde da mulher, como a inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e de implantes subdérmicos de etonogestrel, que somaram 83 procedimentos no período. Essa expansão está diretamente relacionada às políticas de planejamento reprodutivo e saúde sexual.

Em síntese, os dados da produção ambulatorial evidenciam:

- Expansão da atenção especializada em consultas médicas e multiprofissionais;
- Fortalecimento do atendimento de urgência com acolhimento e classificação de risco;
- Crescimento da capacidade diagnóstica, especialmente em exames laboratoriais e de imagem;
- Maior resolutividade ambulatorial, com aumento de cirurgias e procedimentos de pequeno porte;
- Ampliação da reabilitação em fisioterapia;
- Avanço nas ações de saúde da mulher com oferta de métodos contraceptivos de longa duração.

Esses resultados reforçam o compromisso com a ampliação do acesso, a integralidade do cuidado e a qualificação da rede ambulatorial, elementos fundamentais para o planejamento estratégico da saúde no quadriênio 2026–2029.

2.1.5. Produção Ambulatorial por Subgrupos de Procedimento

A produção ambulatorial constitui um dos principais eixos de acompanhamento da efetividade das ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao ser organizada por subgrupos de procedimentos, essa produção permite uma análise mais detalhada e estratégica da oferta de serviços, da demanda assistencial e da alocação de recursos, oferecendo subsídios essenciais para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde no âmbito municipal, estadual e federal.

No contexto da atenção ambulatorial, os procedimentos são classificados em grupos e subgrupos conforme sua natureza, complexidade e finalidade. Entre os subgrupos mais comuns, destacam-se: consultas médicas especializadas, procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, exames diagnósticos e terapêuticos, entre outros. Essa segmentação facilita a identificação das áreas com maior volume de atendimento, bem como das que apresentam maior custo ou impacto epidemiológico.

A análise da produção por subgrupos permite à gestão municipal identificar padrões de atendimento, gargalos na rede assistencial, subutilização de serviços ou sobrecarga em determinados pontos da rede. Por exemplo, um elevado número de exames de imagem pode indicar aumento da resolubilidade na atenção básica, mas também pode apontar para uma possível sobreposição de solicitações ou ausência de protocolos clínicos bem definidos.

Além disso, essa análise contribui para o acompanhamento da eficiência e eficácia dos contratos com prestadores de serviços, sejam eles públicos ou privados, por meio do monitoramento da produção efetivamente realizada. Os dados extraídos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) tornam-se fundamentais para a prestação de contas junto aos órgãos de controle e à população, assegurando transparência e responsabilidade na gestão pública.

Outro aspecto importante diz respeito ao financiamento da atenção ambulatorial. A correta classificação e registro dos procedimentos realizados impactam diretamente no repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde, sendo, portanto, imprescindível que as equipes técnicas estejam capacitadas para o correto preenchimento das fichas de produção e alimentação dos sistemas de informação.

No âmbito local, a leitura crítica da produção ambulatorial por subgrupos deve ser integrada à vigilância em saúde e às ações de planejamento territorializado, permitindo que o município atue de forma preventiva e proativa, em sintonia com as reais necessidades da população.

Em suma, a produção ambulatorial por subgrupos de procedimentos não se resume a um instrumento burocrático, mas configura-se como uma ferramenta de gestão estratégica. Quando bem utilizada, contribui para qualificar a assistência, otimizar recursos e fortalecer a tomada de decisão baseada em evidências, promovendo um sistema de saúde mais eficiente, equânime e centrado no cidadão.

Tabela 36 - Produção ambulatorial por subgrupo de procedimentos Caarapó – 2020 a 2024

Grupo de Procedimento	2020	2021	2022	2023	2024	Total
01 Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	33	1.973	4.562	1.102	201	7.871
02 Procedimentos com finalidades Diagnósticas	10.551	13.543	16.784	13.620	14.257	68.755
03 Procedimentos clínicos	19.663	29.608	45.299	35.775	42.131	172.476
04 Procedimentos cirúrgicos	413	473	586	864	1.029	3.365
05 Transplantes de órgãos Tecidos e células	79	158	147	64	58	506
06 Medicamentos	93.020	107.851	106.050	115.138	135.726	557.785
07 Órteses próteses e materiais especiais	1.526	2.102	3.330	2.913	2.892	12.763

08	Ações complementares da atenção à Saúde	1.322	1.026	1.945	1.805	3.344	9.442
Total		126.607	156.734	178.703	171.281	199.638	832.963

Fonte: DATASUS

A produção ambulatorial no município entre os anos de 2020 e 2024 revela um panorama significativo da evolução dos atendimentos e serviços prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise por subgrupos de procedimentos evidencia não apenas o volume de produção, mas também reflete os impactos de fatores externos, como a pandemia de COVID-19, além do fortalecimento das ações em saúde nos anos seguintes.

Crescimento Contínuo e Expansão da Assistência

Ao longo dos cinco anos analisados, observa-se um crescimento expressivo da produção ambulatorial, passando de 126.607 registros em 2020 para 199.638 em 2024, o que representa um aumento de aproximadamente 57,7% no período. O total acumulado foi de 832.963 procedimentos ambulatoriais.

Esse crescimento está diretamente relacionado à retomada das atividades de saúde pós-pandemia, à reorganização da rede de atenção e à ampliação dos serviços ambulatoriais prestados à população.

Destaques por Subgrupo

1. Medicamentos (Subgrupo 06)

Representando o maior volume entre os subgrupos, os registros relacionados à dispensação de medicamentos somaram 557.785 procedimentos, o que corresponde a 67% da produção total no período. O crescimento contínuo, saindo de 93.020 em 2020 para 135.726 em 2024, indica tanto o fortalecimento da assistência farmacêutica quanto a ampliação do acesso da população aos tratamentos medicamentosos no SUS.

2. Procedimentos Clínicos (Subgrupo 03)

Com um total de 172.476 registros, os procedimentos clínicos aparecem como o segundo maior volume, evidenciando a intensa demanda por atendimentos médicos, curativos, aferições, administrações de medicamentos e outros serviços de natureza clínica. Após um pico em 2022 (45.299), houve uma leve redução em 2023, seguida de nova elevação em 2024 (42.131), demonstrando oscilação compatível com a reorganização dos serviços.

3. Procedimentos Diagnósticos (Subgrupo 02)

Os procedimentos com finalidade diagnóstica, como exames laboratoriais e de imagem, também mostraram aumento expressivo, totalizando 68.755 procedimentos no quinquênio. O crescimento gradual reflete o fortalecimento da capacidade diagnóstica da rede municipal de saúde, essencial para a resolutividade da atenção primária e especializada.

4. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (Subgrupo 07)

Com 12.763 registros, esse subgrupo também apresentou crescimento significativo, refletindo o atendimento a pacientes com necessidades especiais ou reabilitação, além de indicar investimento na melhoria da qualidade de vida dos usuários.

5. Procedimentos Cirúrgicos (Subgrupo 04)

Apesar do volume inferior (3.365 procedimentos no total), os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais mais que dobraram entre 2020 (413) e 2024 (1.029), demonstrando recuperação pós-pandemia e ampliação da oferta de cirurgias de baixa complexidade no âmbito ambulatorial.

6. Promoção e Prevenção em Saúde (Subgrupo 01)

Esse subgrupo, com 7.871 registros, teve um pico em 2021 (1.973) e 2022 (4.562), possivelmente impulsionado pelas ações de vacinação, campanhas preventivas e enfrentamento à COVID-19. A queda nos anos seguintes pode indicar o encerramento de ações emergenciais e a necessidade de retomada de estratégias regulares de promoção da saúde.

7. Ações Complementares (Subgrupo 08)

Apresentando um crescimento mais evidente em 2024 (3.344), totalizou 9.442 registros. Esse subgrupo compreende ações como acompanhamento terapêutico, práticas integrativas, entre outros, e seu crescimento pode estar associado à ampliação da rede de serviços multiprofissionais e de apoio ao cuidado integral.

8. Transplantes (Subgrupo 05)

Com um volume reduzido (506 registros no total), os transplantes mantêm-se como procedimentos de média/alta complexidade, realizados de forma eventual no município, e com número flutuante ao longo dos anos.

A análise da produção ambulatorial por subgrupos de procedimentos no período de 2020 a 2024 revela um cenário de recuperação, expansão e reorganização dos serviços de saúde, especialmente após os impactos da pandemia. Destacam-se a ampliação do acesso a medicamentos, a intensificação de atendimentos clínicos e diagnósticos, e o fortalecimento de ações terapêuticas e cirúrgicas no âmbito ambulatorial.

Esses dados são fundamentais para o planejamento de ações futuras, para a avaliação do desempenho da rede assistencial, e para a alocação eficiente de recursos, visando garantir maior resolutividade, integralidade e equidade na atenção à saúde da população.

2.1.6. Sistema de Informações Hospitalares

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) constitui-se em uma importante ferramenta de gestão do Sistema Único de Saúde, sendo responsável pelo registro e monitoramento das internações hospitalares financiadas pelo SUS em todo o território nacional. Sua finalidade central é organizar e disponibilizar dados que subsidiam o controle administrativo e financeiro dos serviços prestados, além de oferecer informações relevantes para o planejamento, a avaliação e a formulação de políticas públicas em saúde.

Por meio do SIH-SUS são coletados dados referentes ao perfil dos pacientes internados, aos diagnósticos principais e secundários, aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados, ao tempo de permanência hospitalar, aos custos das internações e aos óbitos ocorridos no período da internação. Esses registros permitem não apenas o acompanhamento da produção hospitalar, mas também a identificação das principais causas de morbidade que demandam atenção hospitalar no âmbito do SUS.

A utilização das informações produzidas pelo sistema é fundamental para os gestores municipais, estaduais e federais, uma vez que possibilita avaliar a demanda por serviços hospitalares, direcionar recursos financeiros de forma mais adequada e monitorar a efetividade das ações de saúde. Além disso, constitui uma base de dados importante para estudos epidemiológicos e análises sobre o perfil de adoecimento da população, contribuindo para a vigilância em saúde.

Entretanto, o SIH-SUS apresenta limitações, como o fato de abranger exclusivamente internações custeadas pelo SUS, não contemplando a produção hospitalar da rede privada não conveniada, além de depender da qualidade das informações encaminhadas pelos estabelecimentos de saúde. Apesar dessas restrições, trata-se de um instrumento estratégico para o fortalecimento da gestão e da transparência do sistema de saúde, oferecendo suporte às decisões que visam à melhoria da assistência hospitalar e à eficiência na aplicação dos recursos públicos.

3. Organização e Estrutura da Saúde

3.1. Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) em Caarapó desempenha um papel central e estruturante na organização da Rede de Atenção à Saúde, sendo a principal porta de entrada do sistema de saúde e responsável pelo cuidado contínuo e integral da população. No município, a APS está totalmente informatizada por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS AB PEC), ferramenta que permite o registro, acompanhamento e monitoramento em tempo real das ações em saúde, otimizando os fluxos assistenciais e fortalecendo a continuidade do cuidado.

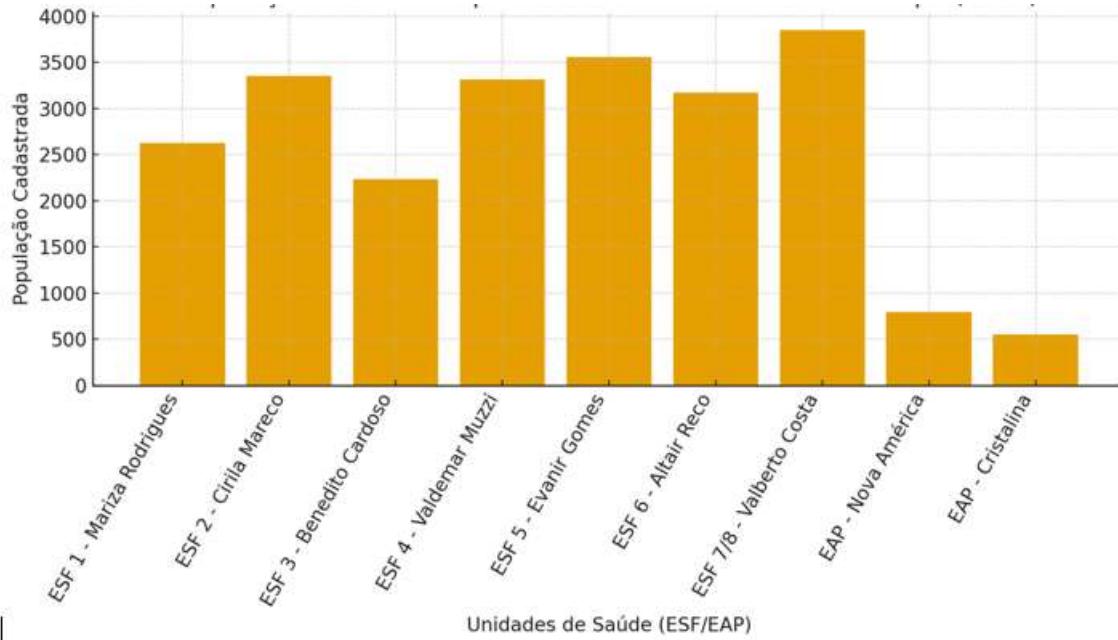
Atualmente, Caarapó conta com 24.420 pessoas cadastradas na APS, distribuídas em 10 equipes — sendo 8 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 2 Equipes de Atenção Primária (EAP), localizadas nos distritos de Nova América e Cristalina. Essa estrutura assegura a cobertura integral do território urbano e distrital, garantindo atendimento a todas as faixas etárias e grupos prioritários.

A informatização dos processos por meio do e-SUS AB PEC fortalece a capacidade de resposta das equipes, promovendo maior resolutividade e eficiência no cuidado. A partir do uso desse sistema, as equipes de saúde conseguem integrar as informações dos usuários ao longo da rede de atenção, favorecendo a coordenação do cuidado e a tomada de decisões clínicas mais precisas.

Além da assistência individual, a APS em Caarapó desenvolve ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Essas ações são realizadas de forma articulada com outros setores como educação, assistência social e saneamento, refletindo a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a importância dos determinantes sociais da saúde.

Com essa organização, Caarapó garante o acesso universal, contínuo e integral à saúde, consolidando um modelo de atenção centrado nas necessidades da população, com foco na humanização, acolhimento e na resolutividade dos serviços oferecidos.

Gráfico 13 - População Cadastrada na Atenção Primária à saúde – Caarapó 2025



Fonte: E SUS-PEC

A Atenção Primária à Saúde (APS) de Caarapó apresenta atualmente 24.420 pessoas cadastradas, distribuídas entre 10 equipes de saúde, sendo 8 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 2 Equipes de Atenção Primária (EAP), conforme os dados extraídos do Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS AB PEC). Esses dados demonstram uma cobertura integral do território urbano e distrital, assegurando o acompanhamento de todas as faixas etárias e grupos prioritários, conforme os princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise da distribuição populacional entre as unidades evidencia diferenças significativas na carga assistencial das equipes. A ESF 7/8 – Valberto Costa concentra o maior número de pessoas cadastradas, com aproximadamente 3.900 usuários, seguida da ESF 5 – Evanir Gomes, com cerca de 3.600 cadastros. Outras unidades como a ESF 2 – Cirila Mareco e a ESF 4 – Valdemar Muzzi também apresentam números elevados, em torno de 3.300 usuários cada.

Por outro lado, observa-se que as Equipes de Atenção Primária localizadas nos distritos de Nova América e Cristalina apresentam os menores quantitativos de população cadastrada, com cerca de 900 e 600 pessoas, respectivamente. Essa variação está relacionada à densidade populacional naturalmente menor nas áreas

rurais, o que justifica uma cobertura populacional reduzida, mas que ainda assim garante a atenção à saúde nos territórios mais distantes do centro urbano.

As demais unidades – como a ESF 1 – Mariza Rodrigues, ESF 3 – Benedito Cardoso e ESF 6 – Altair Reco – apresentam uma distribuição intermediária, com cadastros variando entre 2.200 e 3.200 pessoas, mantendo-se próximas da média populacional por equipe no município.

Esse panorama destaca a importância de uma gestão cuidadosa da força de trabalho e da alocação de recursos, considerando a demanda específica de cada unidade. As unidades com maior número de pessoas cadastradas podem demandar reforço na equipe multiprofissional, ampliação de infraestrutura e ações específicas para manter a qualidade e a resolutividade da atenção. Ao mesmo tempo, é essencial garantir que as unidades com menor densidade populacional mantenham sua capacidade de resposta, especialmente por sua importância na atenção às populações mais vulneráveis e geograficamente distantes.

O uso do sistema informatizado e-SUS AB PEC fortalece esse processo, permitindo o monitoramento em tempo real das ações em saúde, otimizando os fluxos assistenciais e favorecendo a continuidade do cuidado. A análise contínua desses dados é fundamental para subsidiar o planejamento, a tomada de decisões e a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas no âmbito da APS.

Dessa forma, a organização da Atenção Primária em Caarapó reflete o compromisso com a equidade, a integralidade e a eficiência na gestão do cuidado, assegurando o acesso universal e qualificando a resposta do sistema municipal de saúde às necessidades da população.

3.1.1. Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, política pública integrante da Atenção Primária à Saúde (APS), tem como objetivo principal a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população por meio da prática regular de atividades físicas e adoção de hábitos saudáveis. Em Caarapó, o programa está presente em dois polos ativos, localizados nos bairros Santo Antônio e Vila Nova, funcionando

como importantes equipamentos públicos voltados à prevenção de agravos e promoção do bem-estar coletivo.

Os polos estão integrados às ações das Equipes de Saúde da Família (ESF) das respectivas áreas, garantindo uma abordagem ampliada e intersetorial no cuidado à saúde. Essa integração favorece o acompanhamento dos usuários de forma contínua e articulada, reforçando o vínculo entre os profissionais de saúde, educadores físicos e a comunidade atendida.

Os polos contam com a atuação de educador físico que desenvolve atividades orientadas durante 20 horas semanais, com foco na promoção da atividade física regular, na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão, diabetes e obesidade) e na melhoria dos indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida. As ações são direcionadas a todas as faixas etárias, com atenção especial aos grupos prioritários, como idosos, pessoas com doenças crônicas, usuários com sobrepeso, entre outros.

Além das atividades físicas, os espaços das Academias da Saúde funcionam como ambientes de convivência e mobilização comunitária, estimulando a participação popular, o autocuidado, a educação em saúde e o fortalecimento da cidadania. Essa proposta está alinhada com os princípios da promoção da saúde, conforme estabelecido na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e contribui diretamente para o enfrentamento do sedentarismo e a redução dos fatores de risco associados ao adoecimento.

Assim, os polos do Programa Academia da Saúde em Caarapó configuram-se como estratégias fundamentais para a qualificação das ações da APS, ampliando o cuidado para além do âmbito clínico e fortalecendo o papel da saúde como promotora da vida ativa, saudável e integrada à comunidade.

3.2. Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) constitui uma estratégia organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturada para garantir a integralidade do cuidado por meio da articulação integrada e contínua dos diferentes pontos de atenção, respeitando as necessidades de saúde da população. Fundamentada nos princípios

da universalidade, integralidade e equidade, a RAS busca superar o modelo fragmentado de atenção, promovendo maior eficiência, resolutividade e qualidade na assistência à saúde.

No âmbito municipal, a RAS se organiza a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede. A APS atua como porta de entrada preferencial do SUS e desempenha papel estratégico na detecção precoce de agravos, na gestão do cuidado e no encaminhamento adequado dos usuários aos demais níveis de atenção, conforme critérios clínicos e de risco. Essa coordenação é fortalecida por mecanismos como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS AB PEC), que permite o registro e o acompanhamento longitudinal dos usuários no território.

3.2.1. Rede Aline

A Rede Alyne é uma estratégia nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para o fortalecimento da atenção materno-infantil, substituindo e ampliando os princípios e diretrizes da antiga Rede Cegonha. Inspirada na história de Alyne da Silva Pimentel, jovem mulher negra que morreu por complicações obstétricas evitáveis, a Rede Alyne representa um compromisso com a equidade, a humanização e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente de mulheres em situação de maior vulnerabilidade.

Seu principal objetivo é garantir o acesso universal, equânime e de qualidade à atenção integral à saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal, infantil e das adolescências, com foco na redução da mortalidade materna e infantil, na qualificação do cuidado e no respeito às diversidades sociais, étnico-raciais, culturais e territoriais.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede Alyne atua como ponto de partida essencial para o acompanhamento das mulheres e crianças, promovendo o cuidado contínuo e humanizado desde o planejamento reprodutivo até o puerpério e os primeiros anos de vida da criança. Entre as ações estratégicas da rede estão:

- Qualificação do pré-natal com no mínimo seis consultas, exames laboratoriais completos e acesso ao ultrassom obstétrico.

- Vinculação prévia da gestante à maternidade de referência, garantindo segurança e previsibilidade no parto.
- Atenção ao parto e nascimento com práticas baseadas em evidências e respeito às escolhas da mulher.
- Acompanhamento do puerpério e da saúde infantil na APS, com atenção à amamentação, ao desenvolvimento neuropsicomotor e à imunização.
- Fortalecimento da assistência às adolescentes, com foco na prevenção da gravidez não planejada e no acesso a métodos contraceptivos.

A Rede também incorpora ações de educação em saúde, fortalecimento do vínculo com a comunidade, cuidado compartilhado com a família e articulação intersetorial, incluindo áreas como assistência social e educação, para ampliar a proteção às gestantes e crianças em contextos de maior vulnerabilidade.

Além disso, a Rede Alyne reforça a importância da **humanização do cuidado**, do combate ao racismo obstétrico e da garantia dos direitos das mulheres, contribuindo para a construção de um modelo de atenção centrado na dignidade, no respeito e na vida.

A implementação da Rede Alyne no município representa um avanço no compromisso com a saúde pública, exigindo articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, capacitação permanente das equipes e monitoramento dos indicadores de saúde materno-infantil. Seu sucesso depende do protagonismo da Atenção Primária, da escuta qualificada e da atuação multiprofissional e intersetorial.

3.2.2. Rede de Urgência e Emergência – RUE

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para a organização e integração dos serviços que prestam atendimento em situações de urgência e emergência, buscando garantir o acesso universal, oportuno e de qualidade ao cuidado em todos os níveis de complexidade. Em Caarapó, a RUE desempenha um papel essencial na assistência imediata à população, articulando ações de forma integrada entre os serviços locais e regionais.

No município, os principais pontos de atenção à urgência e emergência são a Policlínica Municipal e o Hospital Beneficente São Mateus, que atuam de maneira

complementar na resposta às demandas agudas da população. A Policlínica realiza atendimentos médicos em regime de pronto atendimento, voltado a casos de baixa e média complexidade, enquanto o Hospital São Mateus é referência municipal para internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, além de prestar atendimentos de urgência 24 horas.

Além dos atendimentos locais, Caarapó está inserido na Rede de Regulação Estadual, o que permite o encaminhamento de casos de maior complexidade para hospitais de referência da macrorregião, por meio de fluxos regulados via Central de Regulação. Para garantir esse processo, o município conta com serviço de transporte sanitário de urgência, que realiza remoções intermunicipais de pacientes conforme necessidade clínica e disponibilidade de vagas reguladas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) também integra a RUE como componente fundamental, atuando tanto na prevenção de agravos que podem evoluir para urgência quanto no acompanhamento pós-atendimento de pacientes que passaram por situações agudas. O fortalecimento da APS contribui para a qualificação do cuidado, redução da demanda evitável nos serviços de urgência e melhoria nos desfechos clínicos dos usuários.

Além disso, a articulação com as áreas de vigilância em saúde, saúde mental e assistência social amplia a capacidade de resposta da rede em situações complexas ou de vulnerabilidade, como surtos, acidentes, violências ou eventos climáticos extremos.

Para o pleno funcionamento da RUE em Caarapó, é necessário o contínuo fortalecimento da infraestrutura dos serviços, a capacitação das equipes, a padronização de protocolos de atendimento e a integração dos sistemas de informação e regulação, de forma a garantir maior resolutividade, segurança e humanização no cuidado prestado.

Assim, a organização da Rede de Urgência e Emergência no município reafirma o compromisso com a saúde pública, assegurando o direito ao cuidado em tempo oportuno, de forma integrada e eficiente, mesmo diante das limitações estruturais e de recursos.

3.2.3. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui-se como um arranjo de serviços articulados que buscam garantir o cuidado integral às pessoas com transtornos mentais e aos usuários de álcool, tabaco e outras drogas. Sua organização se fundamenta na lógica da atenção territorial, multiprofissional e intersetorial, respeitando a singularidade de cada usuário e assegurando a continuidade do cuidado.

Na Atenção Básica, as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) assumem papel central no acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico e problemas relacionados ao uso de substâncias. São responsáveis pelo acolhimento inicial, pela estratificação de risco, pela garantia de vínculo e responsabilização sobre a população de seu território. Além disso, desempenham ações de prevenção e promoção da saúde com foco no tabagismo, no uso de álcool e outras drogas e na saúde mental de forma ampliada. Compete à Atenção Básica ordenar o cuidado, articular a rede intra e intersetorial, assegurar a resolutividade dos casos de baixo e médio risco e compartilhar com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o acompanhamento de casos de maior complexidade.

Na Atenção Psicossocial, o CAPS configura-se como serviço de referência para os casos de alto risco e situações de crise. Sua atuação abrange o acolhimento, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a oferta de atividades de reabilitação psicossocial, oficinas terapêuticas, grupos de apoio, acompanhamento familiar e ações de redução de danos. O CAPS também realiza matriciamento junto às equipes de Atenção Básica, garantindo suporte técnico e compartilhamento do cuidado. Em sua prática cotidiana, busca promover a reinserção social e fortalecer a autonomia dos usuários, assegurando-lhes espaços de escuta qualificada e de convivência comunitária.

No âmbito da Atenção de Urgência e Emergência, a Policlínica/PAM desempenha função essencial no atendimento imediato às crises de natureza clínica ou psiquiátrica. Realiza classificação de risco, garante o primeiro manejo clínico, orienta familiares e encaminha os usuários para a continuidade do cuidado nos demais pontos da rede. Esse nível de atenção se articula tanto com o CAPS quanto com a Atenção

Básica, assegurando que o atendimento emergencial não se encerre de forma isolada, mas seja parte de um percurso terapêutico integral.

Já a Atenção Hospitalar, representada pelo Hospital Beneficente São Mateus (HBSM), constitui-se como retaguarda para os casos de médio e alto risco, quando esgotados os recursos terapêuticos nos demais serviços da rede. O hospital oferece internação de curta permanência, manejo das comorbidades clínicas, atendimento a situações de crise e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico. Após o processo de remissão dos sintomas, o hospital encaminha o usuário para continuidade do cuidado em outros pontos da RAPS, garantindo a integralidade da assistência.

A estruturação da Rede de Atenção Psicossocial em Caarapó evidencia o compromisso do município com a política nacional de saúde mental, fortalecendo práticas de cuidado humanizadas e territorializadas. Ainda que desafios persistam, como a necessidade de ampliar a integração intersetorial, aumentar a oferta de atividades comunitárias e qualificar continuamente os profissionais, o município avança na consolidação de uma rede que busca assegurar o direito à saúde, à cidadania e à dignidade das pessoas em sofrimento psíquico e em uso problemático de álcool e outras drogas.

Tabela 37 – Rede de Atenção Psicossocial Caarapó

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	ESF/UBS	Acolhimento, Estratificação de risco das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool/tabaco e outras drogas; ações de prevenção e promoção da saúde com foco em tabaco, saúde mental e álcool/drogas; Ordenamento do Cuidado, Articulação da rede intra e intersetorial, cadastramento, vínculo e responsabilidade pelos usuários de seu território; Garantia do cuidado e da resolutibilidade da atenção para o usuário de baixo e médio risco; Compartilhamento com o CAPS (quando o município tem implantado) do cuidado do usuário de alto risco; Educação em saúde mental e em prevenção ao tabaco; atividades coletivas em cuidado em saúde mental e cessação do tabagismo.
PONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Atenção Psicossocial	CAPS	Acolhimento; Reabilitação psicossocial (reinserção social, assembleias, oficinas, atenção aos familiares, atividades em grupo ou coletivas, etc); Projeto Terapêutico Singular; Matriciamento; Compartilhamento com a AB do cuidado ao usuário de alto risco; Atenção às situações de crises; Atendimento multiprofissional; Articulação das redes intra e intersetorial; Redução de danos; Acompanhamento de SRT (caso tenha vinculado).

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Atenção de Urgência e Emergência	Policlinica/PAM	Atendimento à crise; Classificação de Risco (clínico/psiquiátrico); Orientação aos familiares; Referenciar para continuidade do cuidado.
COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Atenção Hospitalar	HBSM	Atendimento aos usuários de médio e alto risco após esgotados os outros recursos terapêuticos; Atendimento à crise; Internamento de curta permanência; Atendimento às comorbidades clínicas; Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico- psiquiátrico; Referenciar para a continuidade do cuidado; Orientação aos familiares.

Fonte: SMS/2025.

3.2.4. Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência é uma das componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída com o objetivo de garantir o cuidado integral, universal e equânime às pessoas com deficiência, desde a prevenção de agravos até a reabilitação, passando pelo diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento contínuo. Essa rede tem como princípio o respeito à dignidade, à autonomia e à inclusão social das pessoas com deficiência, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

No município de Caarapó, a atenção à saúde da pessoa com deficiência se dá de forma integrada entre os diferentes níveis de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado. As Equipes de Saúde da Família (ESF) desempenham papel central na identificação precoce de deficiências, no acolhimento das famílias, no acompanhamento das condições de saúde e no encaminhamento para os serviços especializados quando necessário. Esse acompanhamento é registrado de forma sistemática no e-SUS AB PEC, o que permite monitorar em tempo real as condições de saúde e as ações realizadas junto a essa população.

O município também conta com suporte da Policlínica Municipal, que oferece atendimentos especializados em áreas como ortopedia, fonoaudiologia, voltados para a reabilitação e o acompanhamento de pessoas com deficiência física, sensorial ou intelectual. Quando necessário, os usuários são encaminhados para serviços de

referência em reabilitação na rede estadual ou em municípios vizinhos, por meio do sistema de regulação.

Além dos atendimentos clínicos, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência em Caarapó é fortalecida por ações intersetoriais, especialmente com as áreas de educação, assistência social e direitos humanos, fundamentais para garantir o acesso a serviços, a inclusão escolar e a proteção social. A articulação com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) permite maior suporte às famílias em situação de vulnerabilidade.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento de ações educativas e de promoção da acessibilidade, visando à superação de barreiras físicas, atitudinais e comunicacionais. A inclusão de pessoas com deficiência nas ações comunitárias de saúde, como grupos operativos, atividades da Academia da Saúde e campanhas de prevenção, também contribui para a integração social e para o fortalecimento do protagonismo dessas pessoas.

Apesar dos avanços, ainda são desafios para o município a ampliação da oferta de serviços especializados, a redução das filas de espera para reabilitação, a adequação da infraestrutura dos serviços de saúde à acessibilidade universal e a capacitação permanente das equipes para o cuidado humanizado e inclusivo.

3.2.5. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas constitui uma das principais estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentar o crescente impacto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e condições de saúde mental. Essas enfermidades representam grande parte da carga de morbimortalidade e dos custos em saúde, exigindo uma resposta articulada, contínua e centrada nas necessidades dos usuários.

No município de Caarapó, essa rede está organizada com base na Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do sistema. As equipes de Saúde da Família (ESF) realizam o acompanhamento regular das pessoas com condições crônicas, por meio de

consultas, monitoramento de exames, administração de medicamentos, visitas domiciliares e ações de educação em saúde. O uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS AB PEC) permite o registro sistemático e o acompanhamento longitudinal desses usuários, favorecendo a continuidade do cuidado e a detecção precoce de complicações.

Além disso, Caarapó conta com o apoio da Policlínica Municipal, que oferece atendimentos especializados e suporte diagnóstico para os casos que demandam acompanhamento mais complexo. O Hospital Beneficente São Mateus também integra essa rede, prestando atendimento em situações agudas ou descompensações clínicas, com articulação via regulação municipal e estadual para encaminhamento a serviços de maior complexidade quando necessário.

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas em Caarapó é fortalecida ainda por ações intersetoriais e programas de promoção da saúde, como o Programa Academia da Saúde, que oferece atividades físicas regulares orientadas por profissionais capacitados, com foco na prevenção e no controle de fatores de risco como sedentarismo, sobrepeso e estresse.

Destaca-se também a atuação das equipes na estratificação de risco dos usuários com doenças crônicas, permitindo a definição de planos terapêuticos individualizados, com base na gravidade da condição e na vulnerabilidade social. Essa abordagem permite direcionar os recursos e esforços para os casos que mais demandam atenção especializada, aumentando a eficiência do sistema de saúde.

Apesar dos avanços, a consolidação plena da rede exige o fortalecimento da integração entre os níveis de atenção, a capacitação contínua das equipes de saúde, o acesso regular a exames de rotina, o fornecimento adequado de medicamentos e a ampliação de ações de educação em saúde e autocuidado.

Dessa forma, a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas em Caarapó reflete o compromisso com um modelo de atenção integral, humanizado e resolutivo, que reconhece a complexidade dessas condições e busca oferecer respostas efetivas, sustentáveis e centradas na pessoa e em sua realidade de vida.

I- ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;
II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
III -propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;
IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;
V - ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;
VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e
VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.

3.3. Saúde Bucal

A saúde bucal no município tem apresentado avanços importantes nos últimos anos, resultado de investimentos na ampliação da cobertura assistencial e na qualificação da atenção odontológica. Entretanto, ainda persistem desafios estruturais e operacionais que comprometem a integralidade do cuidado e a equidade no acesso, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social e em regiões rurais.

Tabela 38 – Equipes de saúde bucal cadastradas em Caarapó

	ESB 40h Mod. I	ESB 40h Mod. II	ESB C.H.D 30h	ESB C.H.D 20h	ESB Mod. I - Quilombola Assentados	ESB 06h - Prisional I	Cobertura de eSB na APS
CAARAPÓ	6	0	0	4	0	1	75,60

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação Saúde Bucal

Atualmente, o município conta com 06 Equipes de Saúde Bucal (ESB) de 40 horas vinculadas à Estratégia Saúde da Família, 02 ESB de 20 horas em Unidades Básicas de Saúde voltadas ao atendimento de distritos e populações rurais limítrofes, 02 ESB de 20 horas atuando na Policlínica para atendimento da população urbana e rural, além de 01 ESB Prisional, responsável pela assistência à população privada de

liberdade. Complementarmente, Caarapó dispõe de um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) credenciado, que oferta prótese total e prótese parcial removível, ampliando a resolutividade das ações em saúde bucal.

O financiamento das ESB se dá de forma tripartite, por meio de recursos federais oriundos do Bloco de Custeio da Atenção Primária à Saúde (PAB), repassados pelo Ministério da Saúde, complementados por contrapartidas estaduais e municipais. Essa composição garante a manutenção das equipes e possibilita a ampliação da cobertura. Já o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) é igualmente custeado com recursos federais destinados ao incentivo de prótese dentária, somados ao aporte do município, que assegura a continuidade do serviço e a gratuidade na oferta de próteses totais e parciais removíveis à população.

Apesar dessa estrutura de financiamento, observa-se que a cobertura populacional, atualmente em 75,60%, ainda se mantém aquém do ideal, refletindo barreiras de acesso em áreas rurais e algumas regiões urbanas. A infraestrutura odontológica também apresenta limitações, com equipamentos em estado de obsolescência e necessidade constante de manutenção. No campo epidemiológico, permanecem elevados os índices de cárie dentária em crianças, doenças periodontais em adultos e edentulismo em idosos, evidenciando a necessidade de intensificação de estratégias preventivas e educativas, que hoje ainda ocorrem de forma pontual e com alcance restrito.

Outro ponto de atenção refere-se à oferta de serviços especializados, limitada em áreas como endodontia, odontopediatria, cirurgia bucomaxilofacial, patologia bucal e atendimento a pacientes com necessidades especiais, que frequentemente precisam ser encaminhados para outros municípios. Soma-se a isso a fragilidade na gestão da informação, marcada por inconsistências em registros e subnotificação de procedimentos nos sistemas oficiais, o que dificulta o planejamento baseado em evidências.

Como resposta a parte dessas lacunas, em 2025 o município foi contemplado com uma Unidade Odontológica Móvel (UOM), destinada a ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde bucal. Essa unidade tem como finalidade atender comunidades rurais, assentamentos, áreas de difícil acesso e localidades com

menor disponibilidade de infraestrutura, assegurando consultas odontológicas, ações educativas e procedimentos clínicos básicos. A UOM representa um reforço estratégico para garantir a universalização do cuidado e reduzir desigualdades territoriais em saúde bucal.

Nesse contexto, para o quadriênio 2026–2029, impõe-se o desafio de consolidar avanços, ampliar a cobertura e garantir maior integralidade da atenção. Para tanto, destacam-se como prioridades: a modernização da infraestrutura odontológica; o fortalecimento das ações de promoção e prevenção, com ênfase em escolares, gestantes e idosos; a ampliação progressiva da oferta de serviços especializados, seja por meio de parcerias regionais, seja pela incorporação gradativa de profissionais; e a qualificação da gestão da informação, assegurando registros fidedignos e consistentes. Assim, o município poderá avançar na construção de uma política de saúde bucal mais equânime, resolutiva e centrada nas necessidades da população.

3.4. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica constitui-se como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento e os insumos farmacêuticos como elementos fundamentais. Ela compreende todas as etapas que vão desde a seleção e aquisição de medicamentos até a dispensação e o acompanhamento do uso pelos usuários do SUS, assegurando o acesso, a qualidade e a racionalidade no tratamento.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Assistência Farmacêutica é organizada de forma descentralizada e financiada de maneira tripartite, envolvendo União, Estado e Município. Sua finalidade é garantir que a população disponha de medicamentos essenciais de forma equitativa e contínua, conforme as necessidades epidemiológicas e clínicas.

A gestão da Assistência Farmacêutica envolve:

- seleção de medicamentos, por meio da elaboração e atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);

- programação e aquisição, assegurando a previsão adequada da demanda e a disponibilidade contínua dos insumos;
- armazenamento e distribuição, com controle de estoque e boas práticas logísticas;
- dispensação orientada ao usuário, assegurando acesso e orientação quanto ao uso racional.

Mais do que a simples entrega de medicamentos, a Assistência Farmacêutica atua como estratégia de cuidado integral, promovendo educação em saúde, prevenindo riscos decorrentes do uso inadequado de fármacos e contribuindo para a efetividade das políticas públicas de saúde.

Os principais desafios enfrentados no setor envolvem: a necessidade de informatização plena dos processos; a dependência de fornecedores externos para aquisição de medicamentos; a garantia de recursos humanos qualificados; e a ampliação das práticas de cuidado clínico farmacêutico.

3.4.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) garante o acesso da população a medicamentos essenciais utilizados no tratamento de agravos de maior prevalência na Atenção Primária à Saúde. Seu financiamento é tripartite, sendo que a União, o Estado e o Município aportam recursos específicos para sua execução, cabendo ao município a gestão da maior parte do processo, incluindo programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

Atualmente, Caarapó conta com três farmácias municipais, sendo uma localizada no perímetro urbano, na Policlínica de Caarapó, e duas em distritos, no Posto de Saúde Idália Rosa de Jesus e no Posto de Saúde Filomena Martins Rosa. Além disso, o município dispõe de uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), responsável por gerenciar e coordenar a distribuição de medicamentos e materiais de consumo hospitalar para todas as unidades de saúde, para o Pronto Atendimento Médico (PAM) e para o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

O município também possui uma Farmácia Especializada, destinada à distribuição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência

Farmacêutica, bem como suplementos alimentares, dietas, fraldas geriátricas e medicamentos judicializados, garantindo que pacientes com condições crônicas ou necessidades especiais tenham acesso contínuo a tratamentos adequados. A Coordenação da Assistência Farmacêutica, localizada nessa unidade, supervisiona todas as operações do setor, assegurando que os fluxos e processos ocorram de forma organizada e eficaz, de modo a garantir o atendimento e abastecimento da rede municipal de saúde em tempo ágil.

Os medicamentos disponibilizados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica estão elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, no caso de Caarapó, na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), ajustada às necessidades epidemiológicas locais. Esses medicamentos abrangem principalmente o tratamento de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma, dislipidemias, epilepsia, transtornos mentais, além de antibióticos e insumos destinados a condições agudas e prevenção de agravos.

3.4.2. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia do SUS voltada a garantir o acesso da população a medicamentos de alto custo ou destinados ao tratamento de condições clínicas específicas, geralmente de caráter crônico, raro ou complexo, que não são contempladas pelo Componente Básico. Sua execução ocorre de forma tripartite, com responsabilidades compartilhadas entre União, Estado e Município, estando organizada a partir de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

No município de Caarapó, o CEAF é operacionalizado por meio da Farmácia Especializada, unidade que desempenha papel fundamental na dispensação de medicamentos de uso contínuo para pacientes com doenças crônicas, raras ou de alta complexidade. Além dos medicamentos do CEAF, essa farmácia também é responsável pela entrega de suplementos alimentares, dietas especiais, fraldas geriátricas e medicamentos judicializados, assegurando que pacientes com necessidades específicas tenham acesso garantido aos insumos indispensáveis ao tratamento e à qualidade de vida.

A Coordenação da Assistência Farmacêutica, instalada na Farmácia Especializada, gerencia o fluxo de recebimento, armazenamento e distribuição desses insumos, bem como a análise da documentação necessária para inclusão e renovação de pacientes nos programas. Esse setor é ainda responsável por garantir que os processos sejam conduzidos de acordo com os protocolos estabelecidos, promovendo agilidade e eficiência no atendimento e assegurando que a rede municipal esteja devidamente abastecida.

Sua execução está fundamentada nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, que são documentos técnico-científicos baseados em evidências. Esses protocolos estabelecem critérios para o diagnóstico, indicação de tratamento, acompanhamento clínico e monitoramento dos resultados terapêuticos, garantindo segurança, eficácia e padronização na utilização dos medicamentos.

Os medicamentos disponibilizados no âmbito do CEAF são fundamentais para o manejo de diversas doenças crônicas e de maior impacto na qualidade de vida dos pacientes, tais como esclerose múltipla, artrite reumatoide, doença renal crônica, asma grave, puberdade precoce, glaucoma, entre outras. Dessa forma, o componente se consolida como instrumento estratégico para assegurar o acesso universal e equânime a terapias complexas, promovendo continuidade do cuidado e reduzindo as iniquidades em saúde.

Atualmente, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) dispõe de um elenco de 173 fármacos em 323 apresentações farmacêuticas, destinados ao tratamento de diversas condições clínicas contempladas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

Para ter acesso aos medicamentos disponibilizados pelo CEAF, o paciente deve cumprir um fluxo regulado, que inclui:

- preenchimento do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (LME), emitido por médico especialista responsável pelo acompanhamento clínico;
- apresentação da prescrição médica correspondente ao tratamento;

- entrega de cópias do documento de identificação, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e comprovante de residência;
- anexação dos exames e documentos exigidos no respectivo PCDT, que comprovem a indicação clínica do medicamento solicitado.

No município temos atualmente 326 pacientes cadastrados no CEAF, sendo que 32 novos cadastros foram realizados nos últimos 100 dias, evidenciando a crescente demanda pelo acesso a medicamentos de alto custo e terapias complexas.

3.4.3. Qualifar SUS

O Qualifar-SUS é uma estratégia nacional voltada à qualificação da Assistência Farmacêutica, buscando aprimorar a gestão, a estrutura, a dispensação de medicamentos e o cuidado clínico aos usuários do SUS. Em Caarapó, o programa contribui para a modernização das farmácias municipais, a informatização dos processos, a capacitação de profissionais e a integração da Assistência Farmacêutica à rede de atenção à saúde.

O município utiliza o Qualifar-SUS como ferramenta para fortalecer o acompanhamento farmacoterapêutico, melhorar a distribuição de medicamentos, ampliar a eficiência na gestão e garantir o uso racional de fármacos. Essa atuação reforça o acesso equitativo aos medicamentos e produtos de saúde, promovendo a qualidade do atendimento e a melhoria da saúde da população.

3.5. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde constitui um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando de forma integrada na promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção da população e controle de riscos. Diferencia-se por seu caráter transversal e intersetorial, articulando ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, da saúde do trabalhador e da vigilância em saúde de populações em situação específica, como indígenas e privados de liberdade.

A Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reafirma a vigilância em saúde como uma política pública estratégica e propõe o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), em

conformidade com os princípios do SUS. Essa resolução destaca a importância da vigilância em saúde no processo de planejamento e avaliação das políticas públicas, reforçando a necessidade de integração das ações em todos os níveis de atenção e a participação social no controle das políticas de saúde.

Na prática, a vigilância em saúde no município de Caarapó é responsável por monitorar riscos e agravos, investigar surtos, analisar determinantes sociais, ambientais e ocupacionais, além de orientar intervenções que busquem reduzir desigualdades e melhorar as condições de vida da população. Isso envolve desde o acompanhamento de doenças transmissíveis e crônicas até o controle da qualidade da água, dos alimentos, do ambiente e das condições de trabalho.

Outro aspecto central é a utilização de sistemas de informação em saúde, que permitem a coleta, análise e interpretação contínua de dados epidemiológicos e ambientais, subsidiando a gestão e a tomada de decisões. Tais informações são fundamentais para identificar precocemente situações de risco, orientar ações preventivas e garantir respostas rápidas diante de emergências em saúde pública.

Assim, a vigilância em saúde consolida-se como um campo estratégico, articulador entre atenção à saúde e políticas intersetoriais, essencial para a construção de um SUS mais resolutivo, equânime e democrático. O município de Caarapó, alinhado às diretrizes nacionais, busca fortalecer sua estrutura de vigilância, ampliar a integração entre os diferentes componentes e garantir que as decisões em saúde sejam fundamentadas em evidências, assegurando o direito da população a uma vida saudável e com qualidade.

3.5.1. Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é um dos pilares essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel estratégico no monitoramento contínuo da situação de saúde da população. Sua função central é produzir informações qualificadas e tempestivas, que orientem gestores, profissionais e a sociedade na tomada de decisões para a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Por meio da coleta, análise, interpretação e disseminação de dados, a vigilância epidemiológica possibilita a detecção precoce de surtos, o acompanhamento de

tendências e a identificação de fatores condicionantes e determinantes que interferem no processo saúde-doença. Esse monitoramento sistemático fornece o suporte técnico necessário para subsidiar ações de planejamento, execução e avaliação de políticas públicas de saúde, garantindo respostas rápidas e eficazes frente a situações emergenciais.

Entre seus objetivos primordiais, destacam-se a prevenção, o diagnóstico oportuno e a orientação de medidas de controle que busquem interromper a cadeia de transmissão das doenças infecciosas, reduzindo riscos e protegendo a coletividade. Ao mesmo tempo, a vigilância epidemiológica também atua sobre fatores não transmissíveis e determinantes sociais, reforçando a visão ampliada da saúde.

Sua relevância está em articular a produção de conhecimento com a prática cotidiana dos serviços, aproximando gestores, equipes técnicas e comunidade. Dessa forma, constitui-se em ferramenta fundamental para a consolidação da integralidade do cuidado, para a proteção da saúde pública e para a efetividade das ações do SUS em nível municipal, estadual e nacional.

3.5.2. Vigilância em Saúde Ambiental e Toxicológica

A Vigilância em Saúde Ambiental e Toxicológica integra o escopo da Vigilância em Saúde e tem como finalidade identificar, monitorar e intervir nos fatores ambientais e substâncias químicas que possam interferir negativamente na saúde da população. Essa área atua no reconhecimento dos riscos presentes no ar, na água, no solo, nos alimentos, nos resíduos e em produtos químicos de uso industrial, agrícola e doméstico, além de acompanhar casos de intoxicações exógenas e acidentes com animais peçonhentos.

O objetivo central da vigilância ambiental e toxicológica é prevenir agravos, reduzir vulnerabilidades e propor medidas de controle que minimizem os impactos ambientais e químicos sobre o processo saúde-doença. Para isso, utiliza instrumentos de análise de risco, monitoramento de exposições e investigação de eventos adversos relacionados ao meio ambiente e a substâncias tóxicas.

No município de Caarapó não há um departamento específico de Vigilância em Saúde Ambiental e Toxicológica. Entretanto, as ações pertinentes a essa área são

desempenhadas pela Vigilância Sanitária, que, em articulação com a Vigilância Epidemiológica e outros setores da saúde, atua na fiscalização, investigação de denúncias, notificação de intoxicações e adoção de medidas de prevenção e controle. Essa integração tem permitido dar respostas locais às situações de risco relacionadas ao ambiente e às intoxicações químicas, embora ainda represente um desafio em termos de estruturação e fortalecimento institucional.

Em relação à meta de monitoramento da qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA), destaca-se que os parâmetros de coliformes totais, cloro e turbidez das análises realizadas no município encontram-se de acordo com a meta nacional instituída para cada município, evidenciando a efetividade das ações de vigilância da qualidade da água em Caarapó.

Tabela 39 – Monitoramento da qualidade da água para consumo humano

PARÂMETROS	2020	2021	2022	2023	ESTIMATIVA DO PERÍODO
Cloro	112	155	97	0	728
Coliformes Totais	125	165	136	156	582
Turbidez	126	166	136	50	478

Fonte: SISAGUA

Já no âmbito da toxicologia, entre os anos de 2021 e 2024, Caarapó registrou 20 notificações de intoxicações exógenas relacionadas ao uso de agrotóxicos, com destaque para o expressivo aumento em 2024 (11 casos). Observa-se que a maior parte das notificações refere-se a produtos de uso em saúde pública, representando aproximadamente dois terços do total, o que sugere forte relação com as atividades de controle vetorial e outras medidas coletivas de enfrentamento de endemias. Além disso, nota-se crescimento progressivo das notificações vinculadas ao uso agrícola, sobretudo em 2024, o que reforça a necessidade de maior atenção à exposição ocupacional de trabalhadores rurais.

O monitoramento contínuo desses eventos pela Vigilância Epidemiológica é essencial, não apenas para a detecção precoce de mudanças no perfil das intoxicações, mas também para subsidiar decisões oportunas de saúde pública. A

análise sistemática dos dados possibilita identificar tendências, elucidar fatores de risco e direcionar investigações que permitam distinguir se o aumento das notificações decorre de maior exposição real, de mudanças nas práticas de aplicação de agrotóxicos ou de melhorias no processo de notificação e registro.

Nesse contexto, as ações da Vigilância Sanitária se apresentam como fundamentais e complementares, sobretudo no campo da prevenção. A atuação sanitária pode envolver a fiscalização da comercialização e do armazenamento de agrotóxicos, a verificação do cumprimento das normas de rotulagem e uso, a inspeção de estabelecimentos agrícolas e de saúde que manipulam tais produtos, bem como a orientação de trabalhadores e da população sobre práticas seguras de manejo. A articulação entre Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária fortalece a capacidade de resposta do município, integrando o monitoramento de casos às medidas de intervenção direta sobre as fontes de exposição.

Dessa forma, o enfrentamento das intoxicações exógenas por agrotóxicos em Caarapó deve combinar vigilância ativa, investigação qualificada e ações regulatórias e educativas, garantindo proteção tanto aos trabalhadores quanto à população em geral.

Tabela 40 - Número de notificações exógenas por agrotóxicos em Caarapó (2021 a 2024)

Agente Tóxico	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Agrotóxico uso agrícola	1	2	1	5	11	20
Agrotóxico uso doméstico	1	1	0	1	0	03
Agrotóxico uso saúde pública	5	5	6	27	17	60
Raticida	1	0	0	0	2	03
Produto uso veterinário	1	1	1	2	0	05
Total	9	9	8	35	30	91

Fonte: TabNet em agosto de 2025.

Dessa forma, o município busca consolidar gradualmente ações que contemplam a saúde ambiental e toxicológica, reconhecendo sua importância estratégica para a proteção da saúde coletiva. O fortalecimento dessa área, aliado ao apoio técnico do estado e da União, representa um passo essencial para ampliar a capacidade de resposta frente a riscos ambientais e químicos que impactam a saúde da população.

3.5.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é uma das áreas fundamentais dentro das ações de vigilância em saúde, tendo como principal objetivo identificar, monitorar e intervir nos fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho. Atua na prevenção de agravos, promoção da saúde e melhoria das condições laborais, contribuindo para a efetivação do direito à saúde dos trabalhadores, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, a efetivação da VISAT depende da estruturação adequada nos municípios e da existência de equipes técnicas capacitadas e comprometidas com as ações de vigilância em saúde do trabalhador. Em muitos municípios de pequeno e médio porte, como é o caso de Caarapó, no estado de Mato Grosso do Sul, essa estrutura ainda é incipiente ou inexistente.

Atualmente, Caarapó não possui um departamento específico voltado à saúde do trabalhador, o que dificulta a realização de ações sistemáticas de vigilância e acompanhamento das condições de trabalho locais. A inexistência de um setor próprio compromete o monitoramento contínuo de riscos ocupacionais e a implementação de medidas preventivas voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores em diferentes setores econômicos.

Dessa forma, a Vigilância Sanitária do município tem atuado de forma limitada, respondendo apenas a demandas externas, especialmente aquelas encaminhadas pelo Ministério Público do Trabalho (MPT). Isso evidencia uma atuação reativa, em vez de preventiva e planejada, como propõe a lógica da vigilância em saúde. A ausência de uma política municipal estruturada nessa área impede que ações

educativas, fiscalizatórias e de notificação de agravos relacionados ao trabalho sejam realizadas de forma contínua e integrada.

A construção de uma política de saúde do trabalhador em Caarapó passa, portanto, pela necessidade de fortalecimento institucional, com a criação de um setor específico ou, ao menos, a capacitação de profissionais da vigilância sanitária para atuar também nas demandas da saúde ocupacional de maneira mais ativa. Além disso, é fundamental promover articulações intersetoriais com órgãos como o MPT, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), sindicatos e demais entidades representativas dos trabalhadores e empregadores.

Em suma, enquanto a vigilância em saúde do trabalhador representa um componente essencial para garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis, sua efetivação no município ainda enfrenta desafios estruturais. O fortalecimento dessa área deve ser compreendido como uma prioridade para a promoção da saúde pública e a valorização da dignidade do trabalhador.

3.5.4. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) é uma das principais áreas de atuação da saúde pública, com responsabilidade direta pela proteção e promoção da saúde da população, por meio do controle de riscos sanitários presentes em produtos, serviços e ambientes. Suas ações abrangem desde a inspeção de estabelecimentos comerciais e de saúde até a regulação e fiscalização de bens de consumo e serviços que possam impactar direta ou indiretamente a saúde da coletividade.

No âmbito municipal, a Vigilância Sanitária exerce um papel estratégico, sendo responsável pela fiscalização de estabelecimentos comerciais, de serviços de saúde, alimentação, estética, farmácias, entre outros. No município em questão, há um total de aproximadamente 1.200 estabelecimentos sujeitos à atuação da VISA, o que exige uma estrutura organizacional eficiente e equipes técnicas capacitadas para garantir a vigilância contínua desses locais.

Esses estabelecimentos são periodicamente inspecionados para verificar o cumprimento das normas sanitárias vigentes, visando assegurar a qualidade dos produtos e serviços ofertados à população. As ações incluem, por exemplo, a

verificação de condições higiênico-sanitárias, regularidade de documentação, controle de prazos de validade, armazenamento adequado de alimentos e medicamentos, e o cumprimento das boas práticas de manipulação.

No entanto, os serviços de alta complexidade, que demandam maior capacidade técnica e estrutura especializada, são realizados em parceria com a Vigilância Sanitária Estadual. Essa cooperação é fundamental para garantir o atendimento das demandas que ultrapassam a capacidade do município, como é o caso de investigações mais detalhadas, perícias técnicas, análise de produtos irregulares e suporte em situações de risco sanitário ampliado.

A articulação entre os entes municipais e estaduais reforça o caráter integrado do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), promovendo uma atuação mais eficaz e abrangente, especialmente no município onde a estrutura local é limitada para atender todas as demandas com autonomia plena.

Dessa forma, a Vigilância Sanitária no município tem buscado cumprir seu papel, mesmo diante dos desafios impostos pela grande quantidade de estabelecimentos sob sua responsabilidade. O fortalecimento dessa área, por meio da capacitação contínua das equipes, ampliação do quadro técnico e investimento em infraestrutura, é essencial para garantir a qualidade dos serviços prestados e a segurança sanitária da população.

3.5.5. Controle de Vetores

O controle de vetores é uma das estratégias fundamentais da Vigilância em Saúde, especialmente no enfrentamento de arboviroses como dengue, zika e chikungunya, doenças transmitidas principalmente pelo mosquito Aedes aegypti. A atuação sistemática no território municipal tem como objetivo reduzir os índices de infestação e, consequentemente, o risco de transmissão dessas doenças à população.

No município, são realizadas regularmente visitas domiciliares e em pontos estratégicos, com foco na eliminação de criadouros e orientação da população sobre medidas preventivas. Os pontos estratégicos incluem locais com maior potencial de proliferação do vetor, como borracharias, ferro-velhos, oficinas, cemitérios, entre

outros. Essas ações são fundamentais para a identificação precoce de focos e para a redução do número de criadouros do mosquito.

Além das visitas de campo, o município realiza periodicamente o Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti (LIRAA), ferramenta essencial para o mapeamento da infestação do vetor por bairros e regiões. Os dados obtidos no LIRAA subsidiam a definição de áreas prioritárias para intervenção e fortalecem o planejamento das ações de combate.

Outra estratégia adotada é o Monitoramento Vetorial com Ovitrampas, que permite acompanhar a densidade populacional do Aedes aegypti de forma mais contínua e precisa. As ovitrampas são armadilhas simples e de baixo custo, utilizadas para captar os ovos do mosquito, permitindo identificar os locais com maior atividade vetorial.

Abaixo, apresentamos o resumo dos dados coletados nos últimos três anos, com base nas ovitrampas instaladas e na quantidade de ovos coletados:

Tabela 41 – Monitoramento vetorial com ouvitrampas (2023-2025)

Ano	Ovos coletados	Ovitrampas	IOD (Índice de Densidade de Ovos)
2023	20.615	960	21,48
2024	76.746	1.920	39,96
2025	38.469	1.120	34,34
Total	135.469	4.160	32,65

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Controle de Votor

Observação: O IDO (Índice de Densidade de Ovos) representa a quantidade média de ovos por ovitrampa, sendo um indicador útil para avaliar a intensidade da infestação do Aedes aegypti em diferentes períodos.

Os dados acima demonstram uma variação significativa no número de ovos coletados ao longo dos anos, com pico em 2024, evidenciando a importância do monitoramento contínuo e do reforço nas ações de controle, especialmente em épocas de maior risco.

A consolidação dessas estratégias – visitas de campo, LIRAA e ovitrampas – compõe uma abordagem integrada e eficaz no combate ao Aedes aegypti. No entanto, o sucesso dessas ações depende também do envolvimento da população, sendo a educação em saúde uma ferramenta essencial para sensibilizar e mobilizar a comunidade na eliminação de criadouros dentro dos domicílios e quintais.

Dessa forma, o controle de vetores segue como uma prioridade no município, exigindo ações permanentes, planejamento estratégico e cooperação intersetorial para conter a disseminação das arboviroses e proteger a saúde coletiva.

3.5.6. Imunização

A imunização é uma das mais efetivas e custo-efetivas intervenções em saúde pública, com papel central na prevenção, controle e erradicação de doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis. Por meio da administração de vacinas seguras e eficazes, é possível proteger a população contra uma série de agravos, reduzindo significativamente a morbimortalidade e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

No município, as ações de imunização são coordenadas com o objetivo de garantir o acesso da população às vacinas previstas no Programa Nacional de Imunizações (PNI), promovendo a vacinação de forma sistemática, segura e eficiente. A atuação se dá em apoio direto às unidades de saúde, oferecendo suporte técnico e logístico para o planejamento e execução das campanhas e rotinas de vacinação, assegurando que todas as faixas etárias sejam contempladas de acordo com o calendário vacinal vigente.

Para atingir melhores níveis de cobertura vacinal, são adotadas diferentes estratégias de alcance e mobilização, como:

- Vacinação extramuros, em escolas, comunidades rurais e áreas de difícil acesso;
- Campanhas nacionais e locais de vacinação, como as de multivacinação e contra a gripe;
- Ampliação de horários de atendimento, em datas específicas, para facilitar o acesso da população trabalhadora;

- Busca ativa de não vacinados, com o apoio das equipes de Estratégia Saúde da Família;
- Parcerias intersetoriais, com escolas, instituições e outros órgãos públicos, para mobilização e conscientização.

Essas ações são planejadas de forma contínua, com base na análise dos dados de cobertura vacinal, identificação de grupos com baixa adesão e definição de metas a serem alcançadas. A vigilância dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV) também é parte integrante do processo, garantindo a segurança e a credibilidade do sistema de imunização.

Mesmo com os avanços alcançados, o cenário nacional e local ainda impõe desafios importantes, como a queda nas coberturas vacinais em alguns grupos populacionais, devido a desinformação, hesitação vacinal ou dificuldades de acesso. Diante disso, a educação em saúde e a comunicação clara e acessível com a população tornam-se estratégias indispensáveis para o enfrentamento da hesitação vacinal e a valorização da importância das vacinas.

Em resumo, o setor de imunização do município desempenha um papel essencial na proteção da saúde pública, atuando de forma articulada com as unidades de saúde e demais setores, com o compromisso de ampliar o acesso à vacinação e manter sob controle doenças que historicamente causaram grande impacto na população. O fortalecimento contínuo dessa área é indispensável para a manutenção de indicadores positivos e para a consolidação de uma sociedade mais saudável e protegida.

4. Gestão em Saúde no Município

4.1. Gestão

A gestão da saúde no município constitui um processo estratégico que busca articular recursos, políticas públicas e ações voltadas para a garantia do direito constitucional à saúde. Inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o município enfrenta o desafio de alinhar as diretrizes nacionais às necessidades locais, promovendo serviços que sejam universais, equânimes e resolutivos.

Entre os principais eixos da gestão municipal está o fortalecimento da atenção primária à saúde, considerada a porta de entrada preferencial do sistema. O investimento na Estratégia Saúde da Família, na expansão da cobertura assistencial e na qualificação das equipes multiprofissionais é fundamental para ampliar o acesso, prevenir doenças e reduzir as desigualdades no cuidado.

Outro aspecto relevante é a gestão eficiente dos recursos financeiros. A correta aplicação das transferências constitucionais e voluntárias, aliada à capacidade de captação de novos investimentos, garante a sustentabilidade das ações de saúde. Nesse sentido, a adoção de práticas de planejamento integrado, como o Plano Municipal de Saúde e as Programações Anuais, confere maior transparência, controle social e alinhamento às metas pactuadas com os entes federativos.

Além disso, a gestão em Caarapó enfrenta desafios relacionados à assistência de média e alta complexidade, muitas vezes dependente da rede regionalizada. O fortalecimento de parcerias intermunicipais e a utilização racional dos consórcios de saúde são estratégias importantes para assegurar o acesso a serviços especializados.

Por fim, a valorização dos profissionais da saúde, a incorporação de tecnologias em informação e a ampliação da participação da comunidade, por meio dos conselhos e conferências de saúde, constituem elementos essenciais para a consolidação de uma gestão democrática, eficiente e centrada no usuário.

Assim, a gestão da saúde em Caarapó mantém o equilíbrio entre planejamento, execução e avaliação das políticas públicas, garantindo que cada recurso investido se reverta em melhorias concretas na qualidade de vida da população.

4.1.1. Organização Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde

Figura 9 – Organograma Secretaria Municipal de Saúde Caarapó



Fonte: SMS/ Lei Complementar nº 105/2024, de 30 de abril de 2024.

A Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó possui uma estrutura administrativa organizada em diretorias, coordenações, departamentos e seções, de forma a garantir a gestão eficiente dos serviços prestados à população e o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa organização busca integrar a atenção primária, especializada, vigilância em saúde e gestão administrativa, assegurando maior eficiência, transparência e qualidade no atendimento.

A Assessoria atua como instância de apoio técnico e estratégico, fornecendo subsídios para o planejamento e a tomada de decisões da Secretaria.

A Diretoria da Atenção Especializada é responsável por coordenar os serviços de maior complexidade, englobando a Coordenação de Unidade de Atendimento Especializado, que se desdobra em duas supervisões: a de Aplicações de Técnicas Radiológicas, dedicada ao controle da execução de exames de imagem, e a Supervisão Clínica, voltada à organização do atendimento médico especializado. Além disso, essa diretoria contempla o Departamento de Regulação Ambulatorial, responsável pela ordenação do acesso aos serviços e pela Seção de Agendamento

Ambulatorial, e o Departamento de Transportes, que assegura a locomoção de pacientes para tratamentos e consultas.

No âmbito da gestão de medicamentos, a Coordenação da Assistência Farmacêutica atua de forma centralizada, garantindo a aquisição, distribuição e acompanhamento do uso racional de medicamentos. Vinculado a ela está o Departamento de Controle e Gerenciamento de Estoque, que assegura a organização e a disponibilidade contínua de insumos.

A Diretoria da Atenção Primária e Vigilância em Saúde é um dos eixos fundamentais da estrutura, responsável por coordenar as Unidades de Atendimento à Saúde e as Unidades Distritais, garantindo a oferta de serviços básicos à população. A ela também estão vinculados o Departamento de Saúde Bucal, o Departamento de Vigilância Sanitária e o Departamento de Vigilância Epidemiológica, este último contando com a Seção de Monitoramento de Doenças Infectocontagiosas. Complementa essa estrutura o Departamento de Controle de Vetores, que atua no enfrentamento de doenças transmitidas por agentes como o mosquito Aedes aegypti.

Por fim, a Coordenação Administrativa, Planejamento e Gestão sustenta o funcionamento da Secretaria, com foco na organização interna e na prestação de contas. A ela estão vinculados o Departamento de Fiscalização, a Seção de Expediente, Almoxarifado e Apoio e a Seção de Planejamento e Prestação de Contas, garantindo o suporte logístico, administrativo e contábil para a manutenção dos serviços de saúde.

Dessa forma, a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó reflete a necessidade de articulação entre áreas técnicas, assistenciais e administrativas, permitindo maior integração entre os serviços e fortalecendo a capacidade de resposta do sistema de saúde às demandas da população.

4.2. Planejamento Estratégico e Informação em Saúde

O planejamento estratégico e a avaliação contínua dos sistemas e serviços de saúde são ferramentas essenciais para a qualificação da gestão pública e para a efetividade das ações em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses instrumentos permitem a instrumentalização da gestão e a intervenção adequada,

com base em diagnósticos situacionais que refletem as reais necessidades da população.

No município de Caarapó, o processo de planejamento em saúde é conduzido de forma articulada, integrada e solidária, respeitando as peculiaridades, especificidades e demandas locais. Essa abordagem permite a construção de estratégias que não apenas atendem aos marcos legais e normativos, mas também contribuem para o fortalecimento da gestão, a ampliação da resolubilidade e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população caarapoense.

Desde o ano de 2022, o município vem aprimorando o alinhamento entre os principais instrumentos de planejamento do SUS — o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Plano Plurianual (PPA) —, com o objetivo de garantir coerência, efetividade e integração entre o planejamento estratégico de médio e longo prazo. Essa integração fortalece a governança em saúde e favorece o acompanhamento sistemático das metas estabelecidas.

A partir desse esforço, o monitoramento de metas e indicadores de saúde passou a ser uma prática institucional, possibilitando a identificação de potencialidades e fragilidades na atuação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os dados produzidos e analisados têm sido fundamentais para apoiar a tomada de decisões, otimizar recursos e direcionar os esforços das equipes técnicas conforme as prioridades locais.

Além disso, o planejamento estratégico tem se mostrado um instrumento poderoso para promover espaços de discussão, articulação e integração intersetorial. A criação de momentos de análise crítica e reflexão conjunta entre as áreas técnicas tem contribuído para o fortalecimento das ações em saúde e para o restabelecimento de uma comunicação ampla e transparente, tanto internamente quanto com a população.

Essa comunicação ampliada reforça também a interface com o controle social, promovendo maior participação popular na construção e no acompanhamento das políticas públicas de saúde, como preconizado pelos princípios do SUS.

Portanto, o fortalecimento do planejamento estratégico e da gestão da informação em saúde em Caarapó representa um avanço significativo na consolidação do SUS no território. Ao valorizar o diagnóstico situacional, a integração das equipes e a escuta qualificada da população, o município caminha na direção de uma gestão mais eficaz, responsiva e centrada nas reais necessidades da comunidade.

4.3. Gestão Participativa e Controle Social

A gestão participativa é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) e se materializa por meio da atuação efetiva da população nos processos de formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas de saúde. A participação social é, portanto, essencial para o exercício do controle social, conforme previsto desde as primeiras normas regulamentadoras do SUS, como a Lei nº 8.142/1990, que estabelece os conselhos e conferências de saúde como instâncias formais desse processo democrático.

O controle social consiste na atuação da sociedade civil na gestão do sistema de saúde, garantindo que a população não seja apenas beneficiária das políticas públicas, mas também sujeito ativo na construção das decisões, na definição de prioridades e na fiscalização da aplicação dos recursos. Essa participação amplia a transparência, fortalece a cidadania e contribui para uma gestão mais ética, responsável e condizente com as reais necessidades da comunidade.

Assim, promover e fortalecer a participação social no SUS é mais do que uma obrigação legal — é um compromisso ético e político com a saúde pública, com a justiça social e com a construção coletiva de políticas mais eficazes e alinhadas às reais necessidades da população.

4.3.1. Participação Social

A participação social é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que a população seja protagonista na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde. Em Caarapó, essa participação se dá principalmente por meio do Conselho Municipal de Saúde e das

conferências de saúde, instrumentos legais que possibilitam o controle social e a fiscalização da gestão pública.

O Conselho Municipal de Saúde de Caarapó atua como instância deliberativa, fiscalizadora e consultiva, reunindo representantes do governo, profissionais de saúde e usuários do SUS. Entre suas funções estão a aprovação do Plano Municipal de Saúde, acompanhamento das Programações Anuais de Saúde, análise de relatórios quadrimestrais e monitoramento da execução das políticas públicas. Essa participação assegura transparência, legitimidade das decisões e a corresponsabilidade da sociedade na gestão da saúde.

As conferências de saúde, realizadas periodicamente, constituem espaço de debate coletivo, permitindo que usuários, trabalhadores e gestores discutam prioridades, proponham melhorias e avaliem o desempenho das ações e serviços. Esse processo fortalece a democracia sanitária, promovendo a corresponsabilidade entre sociedade e governo.

Em Caarapó, a participação social contribui diretamente para o aprimoramento da gestão municipal do SUS, pois permite:

- identificar necessidades e demandas da população;
- subsidiar a formulação de políticas públicas mais adequadas;
- monitorar a execução de metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde;
- garantir a transparência e a responsabilidade das ações e recursos destinados à saúde.

Portanto, a participação social não se limita à formalidade, mas constitui um instrumento estratégico de gestão, promovendo a equidade, a integralidade do cuidado e a qualidade dos serviços prestados, fortalecendo o SUS como sistema democrático, universal e participativo.

4.4. Regulação

A regulação em saúde é um componente essencial da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por garantir o acesso equitativo, oportuno e racional aos serviços de saúde, com base na necessidade clínica dos usuários e na

disponibilidade da rede de atenção. No âmbito municipal, a regulação de vagas tem papel estratégico na organização da oferta e na garantia do cuidado integral, articulando os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A regulação municipal de vagas compreende o gerenciamento da oferta de serviços especializados (consultas, exames e procedimentos) e das internações, tanto na rede própria quanto na contratualizada ou referenciada. Esse processo é fundamental para evitar filas desorganizadas, reduzir tempos de espera excessivos e promover o uso mais eficiente dos recursos disponíveis, sempre com base em critérios técnicos e de equidade.

No município, a estrutura de regulação atua de forma articulada com as unidades de saúde da Atenção Primária, que são as principais portas de entrada do sistema. A partir das demandas identificadas e dos encaminhamentos realizados pelos profissionais dessas unidades, a equipe de regulação avalia, organiza e direciona os fluxos para os serviços mais adequados, observando os protocolos clínicos, critérios de prioridade e a pactuação regional estabelecida.

Atualmente, a regulação é realizada por meio dos sistemas SISREG (Sistema Nacional de Regulação) e CORE (Central de Regulação de Vagas Estadual), que permitem o gerenciamento informatizado das solicitações de serviços ambulatoriais e hospitalares. O uso dessas plataformas promove maior transparência, rastreabilidade e agilidade no processo de regulação, além de facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de gestão e prestadores de serviço.

Entre os principais desafios enfrentados na regulação municipal estão: a oferta insuficiente de determinados serviços especializados, a demanda crescente da população, a necessidade de qualificação constante das equipes envolvidas no processo regulatório, e a melhoria contínua dos sistemas de informação para garantir maior agilidade e equidade nas decisões.

Apesar desses desafios, o município tem buscado aprimorar a regulação por meio de ações como:

- Implantação de protocolos e fluxos padronizados;

- Fortalecimento da comunicação entre os profissionais reguladores e as equipes assistenciais;
- Monitoramento de indicadores de acesso e tempo de espera;
- Participação ativa nas pactuações regionais para ampliação da oferta e otimização do acesso.

A regulação, portanto, é um instrumento de gestão que vai além da distribuição de vagas: ela organiza o cuidado, promove a equidade e fortalece o princípio da integralidade no SUS. Uma regulação eficiente, transparente e baseada em critérios técnicos é essencial para garantir que cada cidadão tenha acesso ao cuidado de que precisa, no tempo certo e no lugar adequado.

Principais demandas solicitadas fora do município

A atuação da regulação municipal de Caarapó tem demandado esforços constantes para garantir o acesso da população a serviços não ofertados localmente, por meio de solicitações encaminhadas às centrais regionais e estaduais. Em 2025, destacam-se os seguintes dados:

Tabela 42 – Situação do fluxo da Regulação Ambulatorial – Caarapó 2025

Indicador	Quantidade
Solicitações de vagas realizadas às Centrais de Regulação (Dourados e Estadual)	3.826
Vagas liberadas (incluindo solicitações de 2023 e 2024)	1.865
Pedidos devolvidos ou negados (falta de informações ou necessidade de reclassificação)	208
Pedidos de Ressonância Magnética em espera	388
Pedidos de EEG – Eletroencefalograma pendentes (sem prestador disponível)	188

Fonte: SMS/Departamento de regulação ambulatorial

Esses números evidenciam a necessidade de ampliação da oferta regional de serviços especializados e da manutenção de contratos com prestadores que atendam às necessidades da população local. Também reforçam a importância de uma regulação estruturada, com dados qualificados, comunicação efetiva e atuação constante para garantir o acesso ao cuidado.

4.4.1. Fluxo de Regulação Municipal

O fluxo de regulação municipal é um processo essencial para garantir o acesso ordenado, justo e eficiente aos serviços de saúde no âmbito do SUS. Em Caarapó, esse fluxo tem sido estruturado de forma a assegurar que as solicitações de procedimentos, consultas, exames especializados e internações sejam analisadas e encaminhadas com base em critérios técnicos, priorização clínica e pactuações previamente estabelecidas com a rede regional e estadual.

O processo inicia-se nas unidades de saúde da Atenção Primária, onde os profissionais realizam a avaliação clínica do paciente e, quando necessário, preenchem a solicitação de vaga, informando dados obrigatórios, hipótese diagnóstica, exames prévios e justificativa para o encaminhamento. Essas solicitações são, então, encaminhadas para o setor de Regulação Municipal, que faz a triagem e análise técnica das demandas.

Após análise das informações inseridas nos sistemas, a equipe de regulação verifica a adequação do pedido com os critérios clínicos, prioriza os casos de maior urgência, realiza os ajustes necessários e encaminha às centrais correspondentes (municipal, regional ou estadual), respeitando os fluxos e pactuações previamente estabelecidos.

Os pedidos podem seguir três desfechos principais:

- Autorização da vaga, com posterior agendamento e retorno da informação à unidade solicitante;
- Devolução da solicitação, quando há inconsistências ou ausência de informações, exigindo complementação pelo profissional solicitante;
- Reencaminhamento para outra especialidade, nos casos em que o pedido não corresponde ao perfil do serviço solicitado inicialmente.

O setor de regulação realiza o acompanhamento diário das solicitações, atualiza os dados nos sistemas e mantém diálogo constante com as centrais de regulação, prestadores e unidades de saúde, visando dar maior agilidade às respostas e evitar retrabalho.

A complexidade do processo exige uma equipe técnica capacitada, sensível às necessidades dos usuários e comprometida com os princípios da equidade, integralidade e universalidade do SUS. Além disso, a regulação conta com apoio da gestão municipal para resolver entraves logísticos, ampliar a contratualização de serviços e buscar soluções para demandas reprimidas, especialmente em áreas de maior fragilidade, como exames de imagem de alta complexidade e procedimentos neurológicos.

O fluxo de regulação municipal, portanto, representa uma estratégia de organização do cuidado, assegurando que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma racional, técnica e transparente, com foco na garantia do acesso e na efetivação do direito à saúde para toda a população.

4.4.2. Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é uma estratégia complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria nº 55/1999 do Ministério da Saúde, que tem como objetivo garantir o acesso de pacientes a serviços assistenciais que não estão disponíveis no seu município de residência. O TFD representa um importante instrumento de equidade, ao assegurar que as limitações da oferta local não impeçam o acesso a diagnóstico, tratamento ou reabilitação adequados.

O público-alvo do TFD são pacientes encaminhados por profissionais de saúde da rede pública, mediante avaliação clínica justificada, quando se esgotam todos os meios de tratamento disponíveis no município de origem. A concessão do TFD ocorre somente quando o serviço necessário está referenciado e pactuado com outro município ou estado, e o caso se enquadra nas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Em Caarapó, o setor de TFD é responsável por organizar, acompanhar e viabilizar o deslocamento dos pacientes e seus acompanhantes, conforme critérios técnicos e legais. Isso inclui:

- A análise da documentação apresentada pela unidade de saúde solicitante (laudos médicos, exames, encaminhamentos e formulários específicos);

- A autorização do deslocamento com base na referência pactuada;
- O agendamento de transporte sanitário ou reembolso de passagens para locais previamente autorizados, como Dourados, Campo Grande e outras cidades onde o tratamento esteja disponível;
- A organização da logística para o acompanhamento do paciente, quando autorizado, especialmente nos casos previstos em norma (como menores de idade, idosos ou pessoas com limitações físicas).

Além do transporte, em casos que exigem permanência prolongada fora do domicílio, o programa também pode prever o fornecimento de ajuda de custo para alimentação e hospedagem, conforme avaliação e disponibilidade orçamentária.

O TFD tem um impacto direto na vida de pacientes que dependem de serviços como:

- Exames e cirurgias de alta complexidade (ressonância magnética, cirurgias cardíacas, ortopédicas, neurológicas etc.);
- Tratamentos oncológicos ou nefrológicos contínuos;
- Avaliações e procedimentos especializados não ofertados na rede local ou regional.

Entretanto, a execução do TFD envolve diversos desafios, como:

- A alta demanda reprimida por serviços de média e alta complexidade;
- A limitação de prestadores habilitados nos municípios de referência;
- As dificuldades logísticas e financeiras para garantir o transporte contínuo e digno, principalmente quando há necessidade de deslocamentos frequentes;
- A necessidade de articulação constante com as centrais de regulação, para garantir a compatibilização entre a agenda do paciente e a disponibilidade do serviço.

Apesar desses obstáculos, o município de Caarapó tem buscado manter o TFD como uma prioridade na garantia do acesso à saúde, com organização da logística de transporte, acolhimento dos usuários e esforço contínuo para atender, dentro das possibilidades, todas as solicitações que se enquadram nas normativas.

O TFD é, portanto, uma política pública de extrema relevância, que reforça o princípio da integralidade do SUS, garantindo que o local de moradia do cidadão não seja uma barreira para o cuidado adequado. O fortalecimento dessa estratégia exige planejamento, compromisso institucional e sensibilidade social por parte da gestão municipal.

4.4.3. Ações Judiciais

As ações judiciais na saúde são instrumentos pelos quais cidadãos buscam assegurar o acesso a medicamentos, procedimentos, terapias ou serviços não disponibilizados de forma regular na rede pública. Em Caarapó, assim como em diversos municípios brasileiros, o aumento dessas demandas evidencia a necessidade de equilibrar o direito individual à saúde com a gestão eficiente dos recursos públicos.

O impacto das ordens judiciais na execução orçamentária é significativo. A obrigação de fornecer medicamentos de alto custo ou procedimentos fora do planejamento financeiro do município pode comprometer a programação anual de despesas, exigindo remanejamento de recursos e, por vezes, reduzindo a capacidade de investimento em outras ações essenciais à saúde coletiva. Além disso, o cumprimento dessas determinações judiciais demanda gestão administrativa e acompanhamento contínuo, incluindo processos de compra, logística e entrega dos insumos, além de acompanhamento jurídico e documental.

As demandas judiciais, embora assegurem direitos individuais, geram pressão sobre o orçamento municipal, podendo comprometer metas estratégicas previstas no Plano Municipal de Saúde, como ampliação da Atenção Primária, ampliação da cobertura de programas preventivos e manutenção de serviços essenciais. Por isso, é fundamental que o município adote estratégias de planejamento e gestão proativa, como:

- análise de tendências de demandas judiciais;
- estabelecimento de protocolos e critérios claros para atendimento de casos excepcionais;

- articulação com órgãos estaduais e federais para acesso a medicamentos e procedimentos de alto custo;
- monitoramento do impacto financeiro e inclusão dessas contingências nas Programações Anuais de Saúde.

A gestão das ações judiciais na saúde deve equilibrar direitos individuais e políticas públicas, garantindo que o município cumpra suas obrigações legais sem comprometer a execução orçamentária e a oferta contínua e equitativa de serviços à população.

4.5. Auditoria, Controle e Avaliação

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os mecanismos de auditoria, controle e avaliação são ferramentas fundamentais para assegurar a legalidade, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde ofertados à população. Esses processos visam à verificação do cumprimento dos padrões de conformidade estabelecidos nas normas técnicas, administrativas e legais, servindo como base para o aperfeiçoamento contínuo da gestão e das políticas públicas de saúde.

A avaliação e o controle possibilitam o monitoramento sistemático da produção dos serviços, dos indicadores de desempenho, da aplicação dos recursos financeiros e do cumprimento de metas e contratos com prestadores. Já a auditoria atua como um instrumento técnico-operacional que busca verificar a conformidade e a integridade das ações e serviços de saúde prestados, seja por entidades públicas ou conveniadas, contribuindo com informações fundamentais para a tomada de decisão da gestão.

No município de Caarapó, esses mecanismos têm interface direta com:

- A qualidade da assistência prestada aos usuários, ao identificar possíveis falhas, inconsistências ou ineficiências nos atendimentos, fluxos e procedimentos;
- A otimização dos recursos públicos, ao detectar desperdícios, pagamentos indevidos, duplicidades de registros ou inadequações contratuais;
- A validação das informações lançadas nos sistemas de informação do SUS, como o SISAB, CNES e BPA/SIA/SIH;

- O cumprimento dos contratos e convênios, tanto com a rede própria quanto com os prestadores terceirizados.

Esses processos também servem como base para ajustes estratégicos na gestão, colaborando para a definição de prioridades, o redirecionamento de ações e a correção de distorções, o que fortalece o planejamento em saúde e contribui para o aprimoramento das políticas públicas municipais.

Além disso, os resultados das ações de auditoria, controle e avaliação geram subsídios valiosos para o controle social, ao promover maior transparência sobre a aplicação dos recursos e a efetividade das ações desenvolvidas. Essa transparência, por sua vez, reforça a credibilidade da gestão junto aos conselhos de saúde e à população.

É importante destacar que a atuação nessa área exige capacidade técnica, acesso à informação qualificada, integração com os demais setores da saúde e o compromisso com uma gestão pública ética, eficiente e orientada aos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Assim, a auditoria, o controle e a avaliação não são apenas ferramentas de fiscalização, mas instrumentos estratégicos de gestão qualificada, que, ao serem bem conduzidos, fortalecem a governança pública, aprimoram a assistência em saúde e garantem o uso responsável e transparente dos recursos públicos em benefício da população.

4.6. Força de Trabalho do Sistema Único de Saúde no Município de Caarapó

A força de trabalho é essencial para a efetivação do SUS em Caarapó, sendo determinante para a qualidade dos serviços prestados. O município conta com aproximadamente 266 profissionais na rede de saúde, incluindo 22 médicos, com destaque para a ampliação por meio do Programa Mais Médicos.

Unidades como o CAPS I e o Polo Base Indígena demandam equipes multiprofissionais e qualificação específica, especialmente para o atendimento à população indígena da Aldeia Te'yikue. Contudo, ainda há carência de dados

detalhados sobre a composição e distribuição dos profissionais por categoria e território.

Entre os principais desafios estão: a distribuição equitativa da força de trabalho, o fortalecimento da educação permanente, a retomada de concursos públicos, e a implantação de políticas de atração e retenção de profissionais.

O fortalecimento da força de trabalho deve ir além do aumento quantitativo, incluindo a valorização profissional, melhores condições de trabalho e estratégias de gestão voltadas para a realidade local.

4.6.1 Perfis dos Trabalhadores do SUS

O perfil dos trabalhadores do SUS em Caarapó reflete a diversidade de ocupações, formas de contratação e níveis de formação presentes na rede de saúde municipal. Observa-se que a maior parte dos postos de trabalho está concentrada no setor público, em especial na gestão direta do município (NJ Grupo I), evidenciando a centralidade do serviço público na prestação de cuidados à população.

No setor público, predominam servidores estatutários e empregados públicos, com destaque para médicos, enfermeiros, profissionais de nível superior, técnico e agentes comunitários de saúde (ACS). Especificamente, o quadro de estatutários conta com 16 médicos, 13 enfermeiros, 27 profissionais de nível superior, 108 de nível médio e 15 ACS, demonstrando uma base sólida de recursos humanos com perfil técnico e multiprofissional. Além disso, o município conta com autônomos e bolsistas, que complementam o quadro, totalizando 38 médicos autônomos ou bolsistas, o que evidencia a utilização de vínculos flexíveis para suprir demandas específicas.

No âmbito da contratação temporária e cargos em comissão, observa-se a presença de 8 médicos, 12 enfermeiros, 13 profissionais de nível superior, 50 de nível médio e 9 ACS, demonstrando que o município utiliza instrumentos administrativos para suprir lacunas pontuais e reforçar equipes em funções estratégicas.

Nos prestadores privados, incluindo entidades privadas sem fins lucrativos e com fins lucrativos, a participação é menor e concentrada em médicos e profissionais de nível superior, com menor representatividade de enfermeiros e ACS. Esse quadro

evidencia que a rede privada atua de forma complementar, atendendo demandas específicas, mas não substitui a estrutura pública, que é responsável pela cobertura integral da população.

Em termos gerais, o perfil do trabalhador do SUS em Caarapó apresenta-se multiprofissional, com predominância de vínculos estatutários, complementados por contratos temporários, cargos em comissão, autônomos e bolsistas. A composição demonstra equilíbrio entre profissionais de nível superior e médio, permitindo a execução das ações de atenção básica e especializada, além de garantir o funcionamento das unidades de saúde e a implementação de programas estratégicos como Estratégia Saúde da Família e assistência farmacêutica.

O desafio para a gestão municipal é manter e qualificar continuamente esse quadro, investindo na formação permanente, na valorização dos trabalhadores e no planejamento estratégico do uso de vínculos flexíveis, garantindo cobertura adequada, continuidade e qualidade no atendimento à população.

Tabela 43 – Postos de trabalho ocupados por ocupação e formas de contratação

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação						
Adm. Do Estabelecimento	Formas de Contratação	CBOs Médicos	CBOs Enfermeiro	CBOs (outros) Nível Superior	CBOs (outros) Nível Médio	CBOs ACS
Pública (NJ Grupo I)	Autônomos (0209, 0210)	32	0	0	0	0
	Bolsistas	6	0	0	0	0
	Estatutários e empregados públicos (0209, 0210)	16	13	27	108	15
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	9	0	6	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	1	0	0
em Fins Lucrativos (NJ grupo 3)	Autônomos (0209, 0210)	0	0	5	3	0
	Celetistas (0105)	0	0	1	0	0

Tabela 44 – Postos de trabalho ocupados por contratos temporários e cargos em comissão

Postos de trabalho ocupados, por contato temporário e cargos em comissão						
Adm. Do Estabelecimento	Formas de Contratação	CBOs Médicos	CBOs Enfermeiro	CBOs (outros) Nível Superior	CBOs (outros) Nível Médio	CBOs ACS
Pública (NJ Grupo I)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	8	12	13	50	9

Fonte: CNES

4.6.2. Diagnóstico das Necessidades de Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é fundamental para qualificar continuamente os profissionais que atuam na rede municipal, promovendo atualização técnica, melhoria da prática profissional e fortalecimento do cuidado integral e resolutivo. Em Caarapó, a EPS se apresenta como ferramenta estratégica para atender às demandas da população e alinhar o trabalho das equipes às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O diagnóstico das necessidades de educação permanente em Caarapó evidencia alguns pontos centrais:

- Diversidade de profissionais e níveis de formação: O quadro de trabalhadores do SUS no município é multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, profissionais de nível superior e médio, técnicos, auxiliares e agentes comunitários de saúde. Essa diversidade requer estratégias de capacitação diferenciadas, específicas para cada categoria e nível de atuação.
- Atualização sobre protocolos clínicos e políticas públicas: A necessidade de constante atualização sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Programas Estratégicos do SUS, assistência farmacêutica, atenção básica e atenção especializada é um ponto crítico para garantir qualidade e segurança no cuidado.
- Fortalecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): Capacitação contínua em atenção primária, acolhimento, gestão de casos,

vigilância em saúde e promoção da saúde é essencial para ampliar a cobertura e a resolutividade das unidades.

- Uso de tecnologias e sistemas de informação em saúde: Há demanda por treinamento em sistemas informatizados, prontuário eletrônico e ferramentas de gestão de dados, fundamentais para monitoramento, avaliação e tomada de decisão.
- Educação em práticas integradas e multiprofissionais: A EPS deve incentivar o trabalho colaborativo e o cuidado integral, promovendo integração entre Atenção Básica, Atenção Especializada, assistência farmacêutica e serviços hospitalares.

Com base nesse diagnóstico, é possível planejar ações estratégicas de educação permanente, contemplando:

- cursos e oficinas temáticas por nível de atuação;
- capacitação contínua sobre protocolos clínicos e fluxos assistenciais;
- treinamentos em sistemas de informação e uso de tecnologias em saúde;
- programas de qualificação em atenção multiprofissional e integral;
- avaliação periódica dos resultados da capacitação, garantindo impacto direto na qualidade do atendimento à população.

A implementação efetiva da educação permanente fortalece a capacidade técnica e resolutiva das equipes, contribui para a retenção de profissionais, melhora a satisfação no trabalho e, sobretudo, garante atenção segura, qualificada e centrada nas necessidades da população.

4.7. Saúde Digital

A incorporação de ferramentas de saúde digital ao Sistema Único de Saúde (SUS) tem transformado profundamente a forma de ofertar cuidados à população, promovendo maior equidade, eficiência e resolutividade no acesso aos serviços de saúde. No município de Caarapó, a saúde digital vem sendo progressivamente fortalecida como estratégia de apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) e de ampliação do acesso à assistência especializada, especialmente em contextos de escassez de profissionais e dificuldade de deslocamento dos usuários.

Uma das principais iniciativas implantadas no município é o Telessaúde Mato Grosso do Sul – Fiocruz, que oferece teleconsultorias assíncronas aos profissionais de saúde da rede municipal. Por meio dessa ferramenta, médicos e demais integrantes das equipes da APS podem solicitar pareceres técnicos a especialistas em diversas áreas, como clínica médica, dermatologia, endocrinologia, geriatria, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, ortopedia, nutrição e psicologia. Essa modalidade permite o esclarecimento de dúvidas clínicas, a qualificação das condutas e o apoio à tomada de decisões, promovendo a educação permanente e a resolutividade local. Além disso, reduz o tempo de espera por encaminhamentos e contribui para a coordenação do cuidado.

Outro marco importante da saúde digital em Caarapó é a implantação da Telemedicina Einstein – PROADI-SUS, com ponto de atendimento instalado na ESF Benedito Cardoso. Esse serviço oferece consultas médicas remotas em tempo real com especialistas em cardiologia, endocrinologia, neurologia, reumatologia, psiquiatria, pediatria e neuropediatria, garantindo atendimento direto aos usuários com agendamento prévio e acompanhamento pelas equipes locais. A iniciativa tem sido altamente eficaz na eliminação de filas históricas para consulta com especialistas, assegurando acesso qualificado sem a necessidade de deslocamento até centros urbanos maiores, o que representa um avanço significativo na equidade do cuidado.

Caarapó também integra o Programa Estadual de Teledermatologia, vinculado ao Telessaúde MS/Fiocruz, o qual vem ampliando o acesso ao diagnóstico e acompanhamento de doenças de pele diretamente nas unidades de Atenção Primária. O serviço funciona de forma assíncrona: os profissionais da APS capturam imagens das lesões dermatológicas e preenchem informações clínicas detalhadas no sistema, que são então analisadas por dermatologistas da rede de teleconsultoria. O parecer técnico é emitido em até 72 horas, contribuindo para o diagnóstico precoce, a redução de encaminhamentos desnecessários e a melhora no manejo clínico dos casos.

A utilização dessas ferramentas de saúde digital tem fortalecido a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde em Caarapó, qualificando as equipes, reduzindo barreiras geográficas e econômicas, e promovendo maior integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, essas iniciativas se alinham às diretrizes da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028, que propõe a

transformação digital do SUS como meio de garantir um cuidado mais acessível, eficiente, centrado no cidadão e orientado por dados.

Dessa forma, a expansão da saúde digital no município representa não apenas inovação tecnológica, mas um compromisso efetivo com a melhoria da qualidade do cuidado, a equidade no acesso e a valorização dos profissionais que atuam na linha de frente do SUS.

4.7.1. Diagnóstico Situacional e Necessidades

O município de Caarapó tem avançado na incorporação de ferramentas de saúde digital como estratégia de qualificação do cuidado e ampliação do acesso, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Destacam-se a implantação do e-SUS AB PEC em todas as equipes, a adesão ao Telessaúde Mato Grosso do Sul – Fiocruz, que oferece teleconsultorias assíncronas em diversas especialidades, e a participação na Telemedicina Einstein – PROADI-SUS, com consultas remotas em tempo real, instalada na ESF Benedito Cardoso. Além disso, o município integra o Programa Estadual de Teledermatologia, permitindo o diagnóstico especializado de doenças de pele com agilidade e precisão.

Essas iniciativas já demonstram resultados positivos, como a redução de filas para especialistas, qualificação técnica das equipes e melhora na resolutividade da APS. No entanto, persistem desafios que limitam o pleno uso dessas tecnologias, entre eles: falhas de conectividade, equipamentos desatualizados, baixa capacitação dos profissionais no uso das plataformas digitais e a ausência de protocolos locais padronizados para telessaúde e telemedicina.

Para consolidar a saúde digital no município, são necessárias ações como a modernização da infraestrutura tecnológica, capacitação contínua das equipes, padronização dos fluxos de atendimento digital, integração entre os sistemas de informação e o monitoramento de indicadores de efetividade. A experiência acumulada até o momento, aliada ao compromisso institucional com a inovação, posiciona Caarapó de forma estratégica para o fortalecimento da saúde digital como eixo estruturante da rede de atenção à saúde.

4.7.2. Infraestrutura, Software e Serviços Tecnológicos da Informação

A tecnologia da informação e comunicação (TIC) desempenha um papel cada vez mais estratégico na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental para garantir o acesso, a integralidade, a continuidade e a qualificação do cuidado. O investimento em infraestrutura tecnológica, sistemas de informação (softwares) e serviços de suporte técnico e digital é indispensável para viabilizar ações de saúde digital, aprimorar a gestão de dados e integrar os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

No município de Caarapó, a informatização da Atenção Primária à Saúde está consolidada por meio do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB, implantado em 100% das Unidades de Saúde. Esse sistema permite o registro padronizado das ações em saúde, o monitoramento em tempo real dos indicadores e a organização das informações clínicas dos usuários, promovendo maior segurança, rastreabilidade e continuidade do cuidado.

A estrutura tecnológica municipal conta com computadores, impressoras e acesso à internet nas unidades de saúde. No entanto, ainda existem desafios relacionados à obsolescência de equipamentos, instabilidade da conectividade em algumas áreas, especialmente em regiões mais periféricas ou distritais, e limitações na capacidade técnica local para suporte e manutenção dos sistemas.

Além disso, o município faz uso de sistemas de regulação de acesso, integração com plataformas estaduais e federais (como o e-Gestor, SISREG, CNES, SI-PNI, SIVEP-Gripe, e-Gestor AB, dentre outros), bem como de ferramentas de saúde digital como Telessaúde, Telemedicina e Teleconsultorias, que demandam infraestrutura adequada, protocolos definidos e capacitação permanente das equipes.

Entre os principais desafios identificados estão:

- Modernização e ampliação da infraestrutura física e digital das unidades de saúde.
- Ampliação da capacidade de armazenamento e processamento de dados.
- Garantia de conectividade estável e segura.

- Fortalecimento da segurança da informação e proteção de dados sensíveis dos usuários.
- Capacitação contínua dos profissionais de saúde e das equipes administrativas no uso dos sistemas.
- Implantação de serviços de suporte técnico local, com capacidade de resposta ágil a problemas operacionais.

Nesse contexto, é essencial que o município desenvolva uma estratégia de gestão da informação em saúde, que envolva não apenas a aquisição de equipamentos e softwares, mas também a organização de fluxos de trabalho, a definição de protocolos, a governança de dados e o uso inteligente das informações para apoiar a tomada de decisão, o planejamento em saúde e a avaliação de desempenho dos serviços.

Investir em infraestrutura, software e serviços tecnológicos da informação significa fortalecer a capacidade do sistema de saúde municipal de operar de forma integrada, eficiente, transparente e centrada no cidadão, alinhando-se às diretrizes da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 e promovendo uma atenção mais qualificada, resolutiva e conectada às necessidades da população.

5. Financiamento

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Caarapó segue os parâmetros estabelecidos constitucionalmente, com recursos provenientes das três esferas de governo: União, Estado e Município. Entretanto, observa-se que, na prática, a gestão municipal assume parcela significativa dos custos para garantir a manutenção da rede de serviços e a execução das políticas de saúde.

As transferências federais e estaduais, embora essenciais, não têm acompanhado de forma proporcional o crescimento da demanda local, pressionando o orçamento municipal. Essa realidade torna frequente a necessidade de aportes adicionais de recursos próprios, muitas vezes acima do percentual mínimo legal de 15% da receita de impostos e transferências constitucionais, previsto na Emenda Constitucional nº 29/2000 e regulamentado pela Lei Complementar nº 141/2012.

Entre os principais desafios estão a insuficiência dos repasses para custeio das ações e serviços, a rigidez de parte dos recursos vinculados a programas específicos e a dificuldade de garantir investimentos contínuos em infraestrutura e tecnologia. Além disso, a variação no fluxo de transferências e a defasagem de valores das tabelas de procedimentos impactam diretamente a capacidade de financiamento municipal.

Nesse contexto, o município busca estratégias de otimização da gestão financeira, como a integração de sistemas informatizados de acompanhamento orçamentário, a priorização de gastos em ações de maior impacto e a captação de emendas parlamentares para complementar investimentos.

A sustentabilidade do financiamento do SUS em Caarapó depende, portanto, da ampliação da participação das esferas estadual e federal, da adoção de práticas de gestão eficientes e da busca constante por fontes alternativas de recursos, de forma a assegurar a continuidade e a qualidade das ações de saúde no território.

Tabela 45 - Evolução percentual de Despesas em Saúde Por Fonte de Recurso

Ano	Recurso	Valor Aplicado	%
2020	Municipal	17.864.646,50	55,05
	Estadual	3.398.529,36	10,47
	Federal	11.190.514,07	34,48
	Total	32.453.689,93	100
2021	Municipal	26.040.724,61	68,90
	Estadual	3.477.261,24	9,20
	Federal	8.273.123,86	21,90
	Total	37.791.109,71	100
2022	Municipal	29.188.145,28	66,30
	Estadual	3.756.429,95	8,53
	Federal	11.078.569,22	25,17
	Total	44.023.144,45	100
2023	Municipal	34.325.221,50	77,15
	Estadual	3.370.113,15	7,57
	Federal	6.796.420,49	15,28
	Total	44.491.755,14	100
2024	Municipal	32.967.985,38	70,34
	Estadual	3.764.269,92	8,32
	Federal	10.130.744,37	21,34
	Total	46.862.999,67	100

Fonte: SIOPS

Gráfico 13 - Série histórica de Despesa Total em Saúde por fonte de Recurso

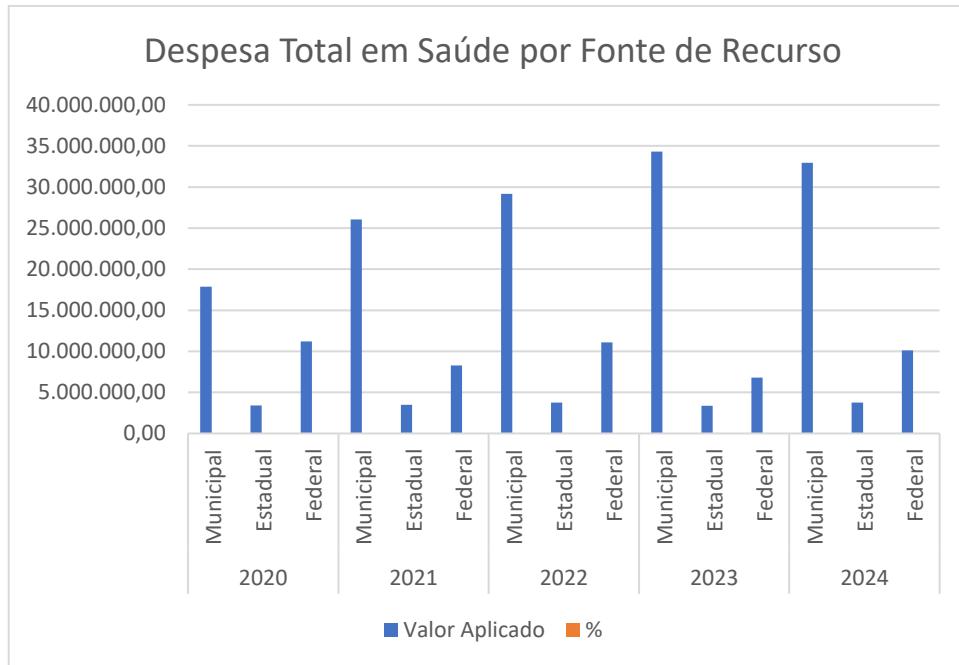


Tabela 44 - Planejamento das Despesas por Subfunção

Plano Plurianual – 2026/2029

Orgão	05.000 - Secretaria Municipal de Saúde				
Unidade	05.001 – Fundo Municipal de Saúde				
	2026	2027	2028	2029	Total
122. Administrativas	1.107.259,00	1.140.476,17	1.174.691,07	1.209.931,78	4.632.358,02
301. Atenção Básica	25.418.843,58	32.263.872,45	33.231.788,63	34.228.742,28	125.143.246,94
302. Assitência Hospitalar e Ambulatorial	20.371.810,06	21.219.864,37	21.856.460,29	22.512.154,09	85.960.288,81
303. Suporte Profilático e Terapêutico	3.314.000,00	3.413.420,00	3.515.822,60	3.621.297,27	13.864.539,87
304. Vigilância Sanitária	639.108,00	658.281,24	678.029,68	698.370,57	2.673.789,49
305. Vigilância Epidemiológica	2.450.979,36	2.524.508,74	2.600.244,00	2.678.251,31	10.253.983,41
Total Geral	53.302.000,00	61.220.423,57	63.057.036,27	64.948.747,30	242.528.207,14

Fonte: SMS/Planejamento das Despesas

O Plano Plurianual (PPA) da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó para o quadriênio 2026–2029 projeta um orçamento total de R\$ 242.528.207,14, distribuído entre funções administrativas, atenção à saúde e vigilância em diferentes níveis. A

análise dos valores evidencia a priorização de áreas estratégicas e o compromisso do município em fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito local.

A Atenção Básica concentra o maior volume de recursos (R\$ 125.143.246,94), correspondendo a mais de 50% do total previsto. Esse dado reflete a centralidade da Atenção Primária como ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção à saúde, em consonância com as diretrizes do SUS.

A Assistência Hospitalar e Ambulatorial representa a segunda maior destinação orçamentária (R\$ 85.960.288,81), sinalizando a relevância da manutenção dos serviços especializados e de urgência, fundamentais para a integralidade da atenção. Ainda assim, os recursos previstos reforçam a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de cuidado, evitando sobrecarga hospitalar.

As funções relacionadas ao Suporte Profilático e Terapêutico (R\$ 13.864.539,87), Vigilância Sanitária (R\$ 2.673.789,49) e Vigilância Epidemiológica (R\$ 10.253.983,41) evidenciam a preocupação com a prevenção, o controle sanitário e a proteção da saúde coletiva, componentes indispensáveis para a sustentabilidade do sistema e a resposta a agravos.

Por fim, a área Administrativa (R\$ 4.632.358,02) apresenta valor proporcionalmente menor, mas estratégico, uma vez que viabiliza a estrutura de gestão, monitoramento e coordenação das ações em saúde.

De forma geral, o PPA demonstra:

- Tendência de crescimento gradual dos investimentos, acompanhando a elevação dos custos de manutenção da rede de serviços e a ampliação da demanda populacional.
- Equilíbrio entre prevenção e assistência, ainda que a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar concentrem mais de 85% do orçamento total.
- Compromisso com a vigilância em saúde, assegurando recursos para monitoramento epidemiológico, sanitário e ações de prevenção.
- Desafio da sustentabilidade financeira, dado que o crescimento das despesas exige constante articulação com as esferas estadual e federal para garantir cofinanciamento adequado.

O PPA 2026–2029 da Secretaria Municipal de Saúde de Caarapó, portanto, reafirma a prioridade do setor saúde na agenda municipal, com ênfase na consolidação da Atenção Primária, no fortalecimento da rede hospitalar e na manutenção das ações de vigilância, alinhando-se às diretrizes nacionais do SUS e às necessidades locais da população.

6. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o principal instrumento de planejamento estratégico da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. Elaborado para o período de quatro anos — em conformidade com os ciclos do Plano Plurianual (PPA) —, o PMS orienta a definição de prioridades, metas e estratégias de ação, com vistas à organização dos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida da população. O presente Plano Municipal de Saúde 2026–2029 expressa os compromissos da gestão municipal com a consolidação dos princípios do SUS, especialmente a universalidade, a integralidade e a equidade.

A construção do plano parte de uma análise situacional detalhada, considerando os determinantes sociais da saúde, os indicadores epidemiológicos e a capacidade instalada da rede municipal. Esse diagnóstico orienta a formulação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores que guiarão a atuação do município nos próximos quatro anos. Esses elementos constituem a base do planejamento em saúde, e sua definição deve ser técnica, participativa e alinhada com as políticas nacionais e estaduais do SUS.

As diretrizes do plano representam os princípios e compromissos gerais da gestão, funcionando como eixos norteadores das políticas e ações a serem implementadas. Elas expressam a visão estratégica para o período e são construídas a partir das necessidades identificadas no território, da escuta qualificada da população e das orientações das conferências de saúde e conselhos municipais.

A partir dessas diretrizes, definem-se os objetivos, que são formulações mais específicas do que se pretende alcançar em cada área prioritária. Os objetivos traduzem as intenções da gestão em ações concretas, estabelecendo um elo entre as diretrizes gerais e as ações programáticas.

Para garantir a operacionalização dos objetivos, são estabelecidas as metas, que quantificam os resultados esperados e determinam prazos para seu alcance. As metas devem ser mensuráveis, realistas e compatíveis com os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, permitindo o acompanhamento sistemático do progresso das ações.

O monitoramento das metas é feito por meio de indicadores, que são ferramentas fundamentais de avaliação da gestão. Os indicadores permitem mensurar resultados, identificar avanços e desafios, e subsidiar decisões baseadas em evidências. Para isso, é fundamental que sejam indicadores validados, atualizáveis e sensíveis às intervenções realizadas no território.

A articulação entre diretrizes, objetivos, metas e indicadores assegura a coerência interna do Plano Municipal de Saúde e permite o seu acompanhamento contínuo ao longo da vigência. Mais do que um instrumento burocrático, o PMS é uma ferramenta de gestão que visa qualificar o cuidado em saúde, fortalecer a governança do SUS e promover a melhoria das condições de saúde da população.

Tabela 47 - Resumo da relação entre eles (DOMI):

Elemento	Função	Exemplo (hipotético)
Diretriz	Define o rumo geral da política de saúde.	Fortalecer a Atenção Primária à Saúde.
Objetivo	Define o que se quer alcançar com essa diretriz.	Aumentar o acesso da população à ESF.
Meta	Define quanto se quer alcançar e até quando.	Elevar a cobertura da ESF para 85% até 2029.
Indicador	Mede se a meta está sendo cumprida.	Cobertura populacional da ESF (%).

DIRETRIZ N° 1 - FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL DO SUS NO MUNICÍPIO

OBJETIVO N° 1.1 – Garantir o acesso universal, equânime e contínuo aos serviços de saúde, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e acompanhamento de condições crônicas.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
1.1.1	Ampliar a cobertura populacional da ESF para 100% até 2029	Percentual	93	2025	100	Cobertura populacional ESF (%)
1.1.2	Garantir que 90% das gestantes realizem no mínimo sete consultas de pré-natal com início até a 12ª semana	Percentual	78	2025	90	Gestantes com ≥6 consultas (%) e 1 puerperal
1.1.3	Aumentar a proporção de diabéticos com boas práticas pelas equipes de APS	Percentual	63	2025	85	Percentual de diabéticos com boas práticas
1.1.4	Elevar a proporção de hipertensos com boas práticas registro no e-SUS PEC	Percentual	68	2025	90	Percentual de Hipertensos com boas práticas (%)
1.1.5	Garantir que 95% das crianças de 0 a 6 anos estejam cadastradas e acompanhadas pelas equipes da APS	Percentual	88	2025	95	Cobertura cadastral de crianças (%)
1.1.6	Aumentar a proporção de avaliação nos pés de pacientes diabéticos pelas equipes.	Percentual	08	2025	50	Percentual de avaliações de pés diabéticos
1.1.7	Aumentar a proporção de pacientes com classificação de risco cardiovascular avaliado	Percentual	27	2025	50	Percentual de pacientes com risco cardiovascular classificado (%)
1.1.8	Ampliar a cobertura da Atenção Primária com equipes multiprofissionais	Percentual	50	2025	100	Percentual de cobertura das equipes de Saúde Multidisciplinar
1.1.9	Reducir a proporção de internações por condições sensíveis à APS	Percentual	45	2025	30	Percentual de internações por condições sensíveis à APS (ICSAPE)
1.1.10	Ampliar o acesso das mulheres e homens às ações de planejamento familiar	Percentual	70	2024	90	Percentual de mulheres acompanhadas em ações de planejamento familiar
1.1.12	Reducir a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) no município	Percentual	15	2024	13	Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos)
1.1.13	Ampliar a cobertura do rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama na população feminina alvo.	Percentual	26,39	2025	45	Percentual de mulheres de com exame citopatológico do colo do útero e

						mamografia realizados

OBJETIVO Nº 1.2. – Consolidar o uso de tecnologias de informação e comunicação para ampliar a resolutividade da APS.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
	Implantar 100% de uso do prontuário eletrônico e-SUS PEC em todas as unidades de saúde para cobertura urbana e rural	Percentual	80	2025	100	Percentual de Unidades com e-SUS PEC ativo (%)
	Expandir a Telemedicina e Telessaúde para todas as equipes da APS do município	Percentual	50	2025	90	Percentual de Equipes com Telessaúde e Telemedicina integradas (%)
	Reducir em 40% os encaminhamentos desnecessários a especialistas por meio de teleconsultorias	Percentual	0	2025	40	Percentual de casos resolvidos na APS com uso da teleconsultas(%)
	Garantir que 80% das equipes da APS participem de capacitações via Telessaúde e programas de Educação Permanente	Percentual	40	2025	80	Percentual Equipes participantes de capacitações (%)

OBJETIVO Nº 1.3 - Garantir acesso universal e qualificado à saúde bucal, promovendo ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, com foco na redução de doenças bucais, na melhoria da qualidade de vida da população e na integração das políticas públicas de saúde.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
1.3.1	Aumentar em 25% até 2029 a cobertura populacional das equipes de saúde bucal - ESB	Percentual	67,7	2025	845	Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB)
1.3.2	Garantir e aumentar para 100% das escolas públicas municipais participem, até 2029, do Programa de Promoção e Saúde Bucal, com ações regulares de educação em saúde, escovação supervisionada e avaliação odontológica preventiva.	Percentual	75	2024	100	Proporção de escolas públicas municipais com ações regulares do Programa de Promoção e Saúde Bucal
1.3.3	Aumentar em 25% a cobertura de tratamentos odontológicos concluídos na população atendida pela Atenção Primária à Saúde até 2029.	Percentual	60,19	2024	75,23	Proporção de tratamento concluído em relação a primeira consulta odontológica
1.3.4	Implantar e garantir em 40% até 2029 o número de crianças da primeira infância (0 a 6 anos) com acesso garantido ao atendimento odontológico na Atenção Básica e Especializada	Percentual	0	2024	40	Proporção de crianças da primeira infância atendidas em ações odontológicas

	(odontopediatria), assegurando ações de promoção, prevenção e tratamento odontológico integral.						(básicas e especializadas)
1.3.5	Ampliar em 100% até 2029 o número de usuários com acesso ao tratamento e reabilitação com prótese dentária móvel, por meio das ações da Atenção Primária e do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), contribuindo para a melhoria da função mastigatória e da qualidade de vida da população.	Proporção	48,57	2024	100	Proporção de usuários reabilitados com prótese dentária móvel	
1.3.6	Implantar e garantir em 40% até 2029 o acesso da população residente na zona rural ao atendimento odontológico continuado e integral, por meio das ações da Unidade Odontológica Móvel (UOM), assegurando a oferta regular de prevenção, tratamento e reabilitação na Atenção Primária à Saúde.	Percentual	0	2024	40	Cobertura da população rural com atendimento odontológico pela Unidade Odontológica Móvel (UOM)	

DIRETRIZ N° 2- AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE, GARANTINDO ATENDIMENTO HUMANIZADO, RESOLUTIVO E ARTICULADO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A REDE REGIONAL DE ASSISTÊNCIA, COM FOCO NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO.

OBJETIVO Nº 2.1 – Ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de atenção especializada em saúde, garantindo atendimento humanizado, resolutivo e articulado com a atenção primária e a rede regional de assistência, com foco na integralidade do cuidado.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
2.1.1	Reducir a taxa de absenteísmo em 5% até 2029, garantindo que a população referenciada pela atenção primária tenha acesso resolutivo e humanizado aos serviços de atenção especializada, incluindo consultas, exames e procedimentos e outros serviços especializados.	Taxa	17,82	2024	16,95	Taxa Absenteísmo em Consultas Especializadas
2.1.2	Manter e garantir em 100% o atendimento da demanda por Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	Percentual	100	2024	100	Percentual de pacientes com TFD atendidos

OBJETIVO Nº 2.2 - Qualificar e organizar os processos de regulação ambulatorial, visando garantir o acesso equitativo, oportuno e resolutivo aos serviços de saúde especializados.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
2.2.1	Aumentar em 5% até 2029, mantendo e consolidando o sistema informatizado de regulação municipal, assegurando o gerenciamento integral das solicitações de consultas e exames especializados.	Percentual	85	2024	89,25	Percentual de solicitações de consultas e exames especializados reguladas

OBJETIVO Nº 2.4 - Assegurar o funcionamento regular e qualificado do Caps I, por meio da manutenção da estrutura física, equipe multiprofissional, aquisição de insumos, realização de atividades terapêuticas e ações de reinserção psicossocial

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
2.4.1	Reducir em 10% a taxa de mortalidade por suicídio no município até 2029, por meio da ampliação das ações de prevenção, cuidado e pósvenção articuladas com a RAPS.	Taxa	15,42	2023	13,88	Número de óbitos por suicídio em residentes no município
2.4.2	Manter o funcionamento regular do CAPS I, com equipe mínima completa conforme Portaria GM/MS nº 3.588/2017	Percentual	90	2025	100	Número profissionais cadastrados no CNES

2.4.3	Aumentar em 15% o número total de atendimentos psicossociais realizados pelo CAPS I, incluindo atendimento individuais, grupos terapêuticos, atendimentos familiares e atendimentos domiciliares.	Número	3.676	2023	4.227	Número total de atendimentos psicossociais (grupos terapêuticos + atendimentos familiares + atendimentos domiciliares).

OBJETIVO Nº 2.5 - Garantir o transporte seguro, regular e humanizado de pacientes do sus para atendimentos dentro e fora do município, assegurando o acesso à rede de serviços de saúde.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
2.5.1	Assegurar o funcionamento regular e contínuo do serviço de transporte sanitário eletivo, garantindo o deslocamento de pacientes do SUS para consultas, exames e tratamentos dentro e fora do município.	Número	13.454	2024	53.816	Número de pacientes transportados

DIRETRIZ N° 3 - FORTALECER A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE CAARAPÓ/MS, ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL, EQUÂNIME E CONTÍNUO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, PROMOVENDO O USO RACIONAL, A GESTÃO EFICIENTE DO CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, O CONTROLE DE ESTOQUES E A QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DA ÁREA.

OBJETIVO N° 3.1 – Assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, garantindo a adesão ao tratamento, o controle de doenças crônicas e a redução de internações evitáveis.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
3.1.1	Estruturar e qualificar a Assistência Farmacêutica no município de Caarapó até 2029, por meio da implementação de um modelo de gestão baseado em evidências clínicas, garantindo a disponibilidade contínua de 80% dos medicamentos essenciais constantes na RESME, visando a promoção do uso racional, assegurando o acesso universal, melhor a adesão aos tratamentos e reduzir complicações e internações evitáveis relacionadas a problemas com medicamentos.	Percentual	80	2024	80	Percentual de medicamentos da RESME disponíveis mensalmente nas farmácias municipais.

OBJETIVO N° 3.2 - qualificar a atenção e a gestão do sistema único de saúde (sus), promovendo a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade dos serviços, a valorização dos trabalhadores e a eficiência na gestão dos recursos do programa Qualifar SUS.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
3.2.1	Fortalecer a atenção e ampliar o acesso aos serviços, promovendo melhorias na qualidade assistencial, valorizando os trabalhadores da saúde e garantindo a utilização eficiente dos recursos do Qualifar SUS em todas as unidades de saúde do município até 2029.	Percentual	0	2024	50	Percentual de profissionais capacitados pelo programa Qualifar SUS.

DIRETRIZ N° 4 - FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO, POR MEIO DA INTEGRAÇÃO ENTRE AS VIGILÂNCIAS EPIDEMIOLÓGICA, CONTROLE DE ENDEMIAS, SANITÁRIA, AMBIENTAL E DA SAÚDE DO TRABALHADOR, VISANDO À PREVENÇÃO DE AGRAVOS, À PROMOÇÃO DA SAÚDE E À MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO.

OBJETIVO N° 4.1 - Reforçar as ações de vigilância, prevenção e controle das endemias no município, por meio da qualificação das equipes, melhoria dos processos de trabalho, uso eficaz dos sistemas de informação e articulação intersetorial, visando à redução da incidência de doenças endêmicas e à promoção da saúde da população.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
4.1.1	Reducir em 30% a incidência de doenças endêmicas de importância municipal (como dengue, zika, chikungunya) até 2029, por meio do fortalecimento das ações integradas de vigilância e controle vetorial.	Número	751	2024	525	Número de notificações confirmadas para doenças endêmicas de importância municipal (dengue, zika, Chikungunya)
4.1.2	Manter o Índice de Infestação Predial (IIP) do <i>Aedes aegypti</i> abaixo de 1% em todos os ciclos do LIRAA.	Percentual	0,55	2024	1,0	Numero de imóveis positivos/número de imóveis visitados
4.1.3	Aumentar em 40,62% o número de ovitrampas instaladas, mantendo o monitoramento entomológico.	Número	1.920	2024	10.800	Número de ovitrampas instaladas
4.1.4	Realizar tratamento químico a ultrabaixo volume (UBV) em 100% das áreas com transmissão confirmada de arboviroses até 2029, conforme demanda e protocolos do Ministério da Saúde.	Percentual	100	2024	100	Cobertura de tratamento químico a ultrabaixo volume (UBV) nas áreas com transmissão confirmada de arboviroses.
4.1.5						

OBJETIVO N° 4.2 – Tornar a vigilância epidemiológica mais eficaz e uma imunização mais abrangente, com impactos diretos na redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis e na melhoria das condições de saúde da população.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
4.2.1	Reducir a taxa incidência de doenças imuno previníveis no município (Sarampo, Caxumba, Rubéola, Hepatite B, Difteria, Tétano, Coqueluche, Poliomielite)	Taxa	9,08	2022	3,08	Taxa de incidência anual (por 100.000 habitantes) para cada uma das doenças imuno previníveis
4.2.2	Adequar e modernizar a infraestrutura física, tecnológica e logística da Vigilância Epidemiológica e da Sala de Imunização do município.	Percentual	50	2024	80	Percentual de adequação da infraestrutura da Vigilância Epidemiológica e da Imunização.
4.2.3	Manter em, no mínimo, 85% a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	Percentual	85	2024	85	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.

4.2.4	Aumentar e manter a proporção de óbitos com causa básica definida em, no mínimo, 95% do total de óbitos registrados no município.	Percentual	90	2024	95	Proporção de óbitos com causa básica definida.
-------	---	------------	----	------	----	--

OBJETIVO Nº 4.3 – Promover as ações de Vigilância Sanitária no município, por meio da qualificação das equipes, da intensificação das ações de fiscalização, educação e monitoramento de riscos sanitários, visando à promoção da saúde, à proteção da população e à garantia do cumprimento das normas sanitárias.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
4.3.1	Realizar, de forma proativa, inspeções sanitárias em pelo menos 20 estabelecimentos com potencial risco ocupacional (como oficinas, lavouras, comércios específicos), indo além das demandas do MPT.	Numeral	0	2024	80	Número de estabelecimentos com potencial risco ocupacional inspecionados proativamente pela Vigilância Sanitária e VISAT.
4.3.2	Manter em 100% o número de ações de fiscalização e inspeção sanitária realizadas anualmente até 2029.	Percentual	100	2024	100	Percentual de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária que receberam pelo menos uma ação fiscalizatória no ano
4.3.3	Implantar os serviços da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no município de Caarapó até 2026, por meio da criação de um Departamento responsável, da capacitação das equipes e do desenvolvimento de um plano de ação estratégico, visando à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução de agravos relacionados ao trabalho.	Percentual	0	2024	100	Percentual de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador

OBJETIVO Nº 4.4 - Ampliar e qualificar as ações de prevenção, testagem, diagnóstico precoce, tratamento e cuidado integral às pessoas com IST, HIV/AIDS e hepatites virais, promovendo o acesso aos serviços de saúde, a redução da transmissão e o enfrentamento do estigma e da discriminação

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
4.4.1	Ampliar em 12% até 2029 a cobertura de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C na população sexualmente ativa.	Percentual	17,74	2024	19,86	Percentual da população sexualmente ativa testada para HIV, sífilis e hepatites virais.
4.4.2	Promover ações educativas e de busca ativa para diagnóstico precoce e adesão ao tratamento da tuberculose.	Numero	0	2024	72	Nº de ações de educação em saúde e busca ativa realizadas por ano.
4.4.3	Realizar ações anuais de educação em saúde, busca ativa e campanhas de detecção precoce da hanseníase.	Número	0	2024	28	Nº de campanhas e ações educativas realizadas por ano.

DIRETRIZ N° 5 - FORTALECER A GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE CAARAPÓ/MS, PROMOVENDO A ORGANIZAÇÃO, PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, COM FOCO NA TRANSPARÊNCIA, EFICIÊNCIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E NA MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO OFERTADO À POPULAÇÃO

OBJETIVO N° 5.1 – Fomentar o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da ampliação da participação da sociedade civil, da qualificação dos conselheiros de saúde e da garantia do funcionamento efetivo das instâncias colegiadas de deliberação, fiscalização e acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
5.1.1	Manter em 100% a gestão participativa e o controle social no âmbito do SUS, assegurando a atuação efetiva e qualificada do Conselho Municipal de Saúde, a ampliação dos espaços de diálogo com a comunidade e o acompanhamento sistemático das metas e ações do Plano Municipal de Saúde, garantindo transparência e corresponsabilidade social.	Número	12	2024	48	Número de reuniões ordinárias do CMS realizadas e registradas conforme calendário anual

Objetivo N° 5.2 - Aprimorar a gestão do SUS no município, fortalecendo a governança, o planejamento, a gestão do trabalho e da informação, com foco na eficiência, transparência e resolutividade dos serviços de saúde

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano 2026-2029	Indicador
			Valor	Ano		
5.2.1	Aprimorar a gestão municipal do SUS, garantindo a implementação de processos contínuos de planejamento, monitoramento, educação permanente, valorização profissional e transparência, alcançando pelo menos 80% de cumprimento das ações de gestão previstas no Plano Municipal de Saúde até 2029.	Percentual	80	2024	80	Percentual de cumprimento das ações de gestão previstas no PMS (2026–2029).
5.2.2	Manter o repasse aos profissionais de enfermagem do Hospital Beneficente São Mateus, conforme os valores transferidos ao município pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), destinados ao complemento do piso nacional da enfermagem.	Percentual	100	2024	100	Percentual de repasse efetuado ao Hospital Beneficente São Mateus em relação ao valor recebido do FNS para o complemento do piso nacional da enfermagem

OBJETIVO N° 5.3 – Garantir a implementação das políticas públicas sobre drogas, voltadas à prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas, ao cuidado integral das pessoas com transtornos relacionados ao uso de drogas e à redução de danos, fundamentadas nos princípios do SUS.

Nº	Meta	Unidade de Medida	Linha de Base		Meta Plano	Indicador
			Valor	Ano		

					2026-2029	
5.3.1	Realizar, anualmente, ações de prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas em escolas, comunidades e instituições públicas, bem como capacitações para profissionais de saúde sobre acolhimento, cuidado integral e redução de danos, em articulação com as redes de educação e assistência social.	Número	0	2024	08	Número total de ações realizadas por ano (prevenção + capacitação).

6.1. Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação do Plano Municipal de Saúde (PMS) são processos estratégicos e contínuos, essenciais para garantir a efetividade, a transparência e a melhoria da gestão em saúde. Eles permitem acompanhar o cumprimento das metas, identificar avanços, lacunas e desafios, e subsidiar a tomada de decisões para ajustes e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde.

O monitoramento consiste na coleta sistemática de informações, por meio de indicadores previamente definidos no plano, relacionados a estrutura, processos e resultados das ações e serviços de saúde. Já a avaliação envolve a análise crítica desses dados, comparando o desempenho real com os objetivos, metas e padrões de qualidade estabelecidos, considerando também a satisfação e o impacto para a população atendida.

Em Caarapó, o monitoramento e a avaliação do PMS serão realizados de forma integrada, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde, gestores, profissionais de saúde e o Conselho Municipal de Saúde, assegurando participação social e transparência. Para operacionalizar esse processo, as metas do plano serão anualizadas por meio das Programações Anuais de Saúde (PAS), permitindo acompanhamento detalhado do cumprimento dos objetivos. Além disso, serão apresentados relatórios quadrimestrais à gestão e ao Conselho Municipal de Saúde, que fará a apreciação, monitoramento e deliberação sobre as ações e metas, promovendo ajustes necessários e garantindo controle social sobre a execução do plano, bem como realização de audiências públicas, com objetivo de demonstrar o cumprimento das metas, a aplicação dos recursos e a realização das ações e serviços de saúde, garantindo transparência e participação social na gestão pública.

O monitoramento e a avaliação, além de verificar a execução das metas, contribuem para a qualidade, eficiência e equidade na oferta dos serviços de saúde, fortalecendo a gestão municipal e promovendo melhores resultados em saúde para a população de Caarapó.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SOPS). Brasília, DF. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em: 09 set. 2025.

DATASUS - SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Disponível em: http://sinasc.saude.ms.gov.br/rela_apocorr_resid.asp. Acesso em: 10 set. 2025.

CAARAPÓ. Portal da Cidade - Notícias e conteúdos de Caarapó / MS. Disponível em: <https://caarapo.portaldacidade.com/>. Acesso em 10/09/2025.

FUNTRAB. Fundação do Trabalho do Mato Grosso do Sul. Acesso em: <https://www.funtrab.ms.gov.br/Geral/caged/>. Acesso em: 10 set. 2025.

CAARAPÓ. Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://caarapo.ms.gov.br/secretaria-municipal-de-educacao-esporte-e-cultura/plano-municipal-de-educacao/>. Acesso em: 11/09/2025.

SAD MS. Mapa da População LGBT+ Vulnerável em Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul. Março de 2023.

CAMPO GRANDE NEWS, Conteúdo de verdade. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/cresce-numero-de-pretos-e-pardos-em-ms-enquanto-o-de-brancos-cai>. Acesso em: 11 set. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIM – Sistema de informações sobre mortalidade. Disponível em: <http://sim.saude.ms.gov.br/default.asp>. Acesso em 12 set. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SINASC – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <http://sinasc.saude.ms.gov.br/default.asp>. Acesso em: 12 set. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SVSA – Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan Net. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 16 set. 2025.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2024 – 2027 – Campo Grande: SES, 2024. 422 p.

BRASIL, Atlas da Violência. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/filtros-series>. Acesso em: 18 de set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018.
Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude./pt-br/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf/view>. Acesso em: 25 de set. 2025.