

Plano Municipal de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde



Periodo Abrangência: 2018-2021



Cruzeiro do Iguaçu, Julho de 2017.

MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Período Abrangência: 01/2018 a 12/2021

Versão Aprovada no Conselho Municipal de Saúde em ___/09/2017.

Prefeito

Dilmar Turmina

Vice-Prefeito

Lurdes Bertoldo

Gestor da Saúde

Neudir Antônio Giachini

Colaboração

Neudir Antônio Giachini, Gestor.

Priscila da Silva, Chefe de Divisão em Saúde.

Elisângela Bertol, Enfermeira Epidemiologia.

Marcia de Miranda, Enfermeira ESF II.

Bernadete Bernardo da Silva, Enfermeira ESF I.

Cristiele Busnello e Joceane Rita Botega, Equipe Saúde Bucal.

André Luiz Montanha, Vigilância Sanitária.

Karen Cardoso Ubiali e Magda Sonieli Costa, Farmacêuticas.

Angélica Andrade Pessanha Gelhen, Saúde Mental e NASF.

Elisane T. P. de Souza, Assistente Social.

Tatiane Bratti e Carmine Piano dos Santos, Equipe NASF.

Celso Bortoncello, Departamento Transporte.

Marilaine Zorzan, Setor de Agendamento.

Elaboração

Marcia de Miranda, Enfermeira ESF II.

SUMÁRIO:

	INTRODUÇÃO	04
1	Características Gerais do Município	05
2	Aspectos Demográficos	06
3	Aspectos Socioeconômicos e de Infraestrutura	09
4	Diagnóstico Epidemiológico	16
4.1	Vigilância Epidemiológica	16
4.2	Natalidade	17
4.3	Mortalidade	22
4.3.1	Mortalidade Infantil	23
4.3.2	Mortalidade Materna	26
5	Cobertura Vacinal	29
6	Morbimortalidade por Agravos e Doenças Transmissíveis	31
7	Rede Física de Atendimento em Saúde	45
8	Gestão em Saúde	50
8.1	Gestão do Trabalho em Saúde	51
8.2	Planejamento em Saúde	53
8.3	Descentralização e Regionalização	54
8.4	Participação Social	54
8.5	Educação em Saúde	57
8.6	Informação em Saúde	58
8.7	Ouvidoria	61
8.8	Infraestrutura	62
9	Acesso a Ações e Serviços de Saúde	64
9.1	Vigilância em Saúde	64
9.2	Vigilância de Situação em Saúde	65
9.3	Vigilância Epidemiológica	65
9.4	Vigilância em Saúde Ambiental	68
9.5	Vigilância em Saúde do Trabalhador	70
9.6	Vigilância Sanitária	71
10	Atenção Primária à Saúde e Estratégias da Saúde da Família	72
10.1	Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar	82
10.2	Assistência Ambulatorial Especializada	84
10.3	Assistência Hospitalar	85
10.4	Assistência de Urgência e Emergência	85
10.5	Assistência Farmacêutica	87
10.6	Financiamento	92
10.6.1	Financiamento Federal	92
10.6.2	Financiamento Estadual	93
10.6.3	Financiamento Municipal	101
10.6.4	Convênios	102
10.6.5	Perspectivas	103
11	Redes de Atenção à Saúde do Paraná	103
11.1	Rede Mãe Paranaense	104
11.2	Rede Saúde Bucal	105
11.3	Rede de Atenção à Saúde Mental	107
12	Redes em Estruturação	110
12.1	Rede de Saúde do Idoso	110
12.2	Rede da Pessoa com Deficiência	110
13	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do PMS	111
14	CONCLUSÃO	139
15	ANEXOS	142
16	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde apresentam o Plano que vai conduzir as ações da saúde pública municipal entre os anos de 2018 e 2021. Este é o segundo plano desenvolvido pela equipe. A construção do novo Plano levou em conta a situação de saúde do município e as conquistas já alcançadas pela implantação das redes e dos programas estratégicos que norteiam a atuação através do Governo do Estado do Paraná na área da saúde.

Elaborar um Plano Municipal de Saúde (PMS), de forma a atender as necessidades, por objetivos, diretrizes e metas é uma tarefa complexa face a abrangência de sua ação. Nesta perspectiva, tanto a Lei Orgânica do SUS nº. 8080/90 quanto as normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) e as Normas Operacionais Básicas - NOB 01/93 e 01/96, constituem as prioridades do planejamento das ações de Saúde.

Com o apoio da Secretaria Estadual da Saúde (SESA) e assessoria da 8ª Regional da Saúde de Francisco Beltrão – PR, o município por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) assume a responsabilidade da organização e execução deste planejamento, através da operacionalização do sistema de saúde consolidada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos princípios fundamentais da Integralidade e da Equidade.

As ações de promoção à saúde são articuladas através de diferentes Redes de Atenção à Saúde (RAS) vinculadas por meios intersetoriais e intrasetoriais que constituem um fluxo de atendimento em diferentes níveis da atenção, seja ela primária, secundária ou terciária, oferecendo continuidade da assistência traçada para ações preventivas e curativas.

As metas e diretrizes elencadas neste documento são guias de atuação de gestores e técnicos que têm a função de qualificar o atendimento a todos os munícipes e também de estimular o cidadão cruzeirense a ser agente de sua própria saúde ao adotar hábitos saudáveis de vida e atitudes preventivas.

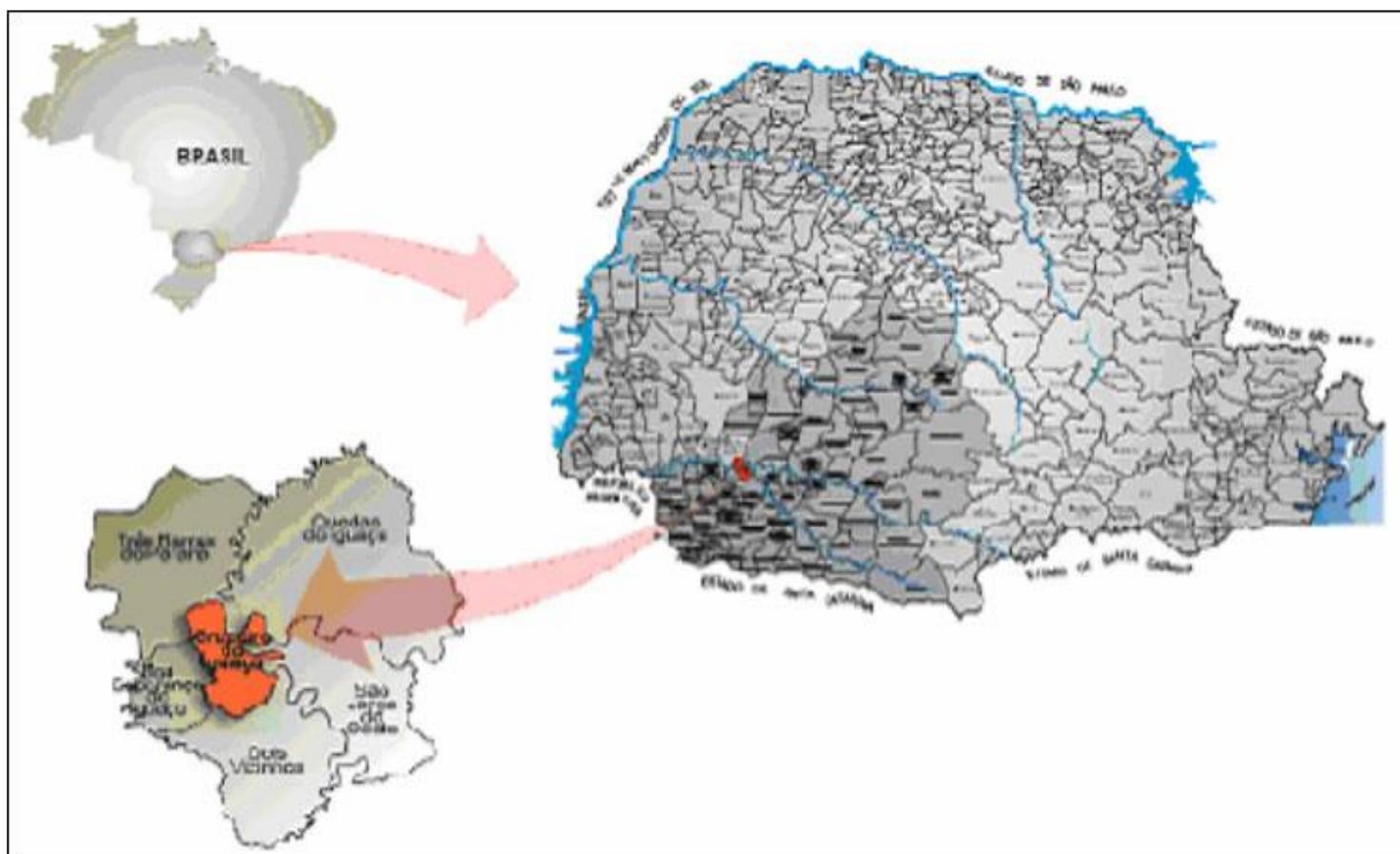
Esperamos que o Plano Estadual de Saúde 2018-2021 seja amplamente consultado e aplicado e, se possível, seja superado em seu princípio básico – o de prover saúde pública de qualidade à população.

1. Características Gerais do Município:

O município de Cruzeiro do Iguaçu possui uma área de 160,576 quilômetros quadrados, situados no Sudoeste do Paraná, numa altitude média de 470 metros acima do nível do mar, latitude de 25°33'45" Sul e longitude de 53°18'45" Oeste.

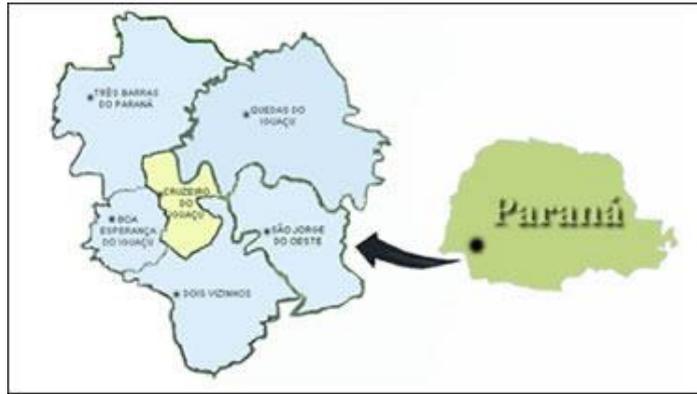
As principais distâncias do município a localidades de referência são: 491 quilômetros da capital, pela Rodovia 277; 650 quilômetros do Porto de Paranaguá, também pela Rodovia 277; 65 quilômetros do aeroporto mais próximo que fica na cidade de Francisco Beltrão, com acesso pelas Rodovias PR-473, PR-281 e PR-180.

Mapa 01: Localização País: Brasil, Estado: Paraná e Município: Cruzeiro do Iguaçu.



Fonte: Site Oficial Prefeitura Municipal Cruzeiro do Iguaçu.

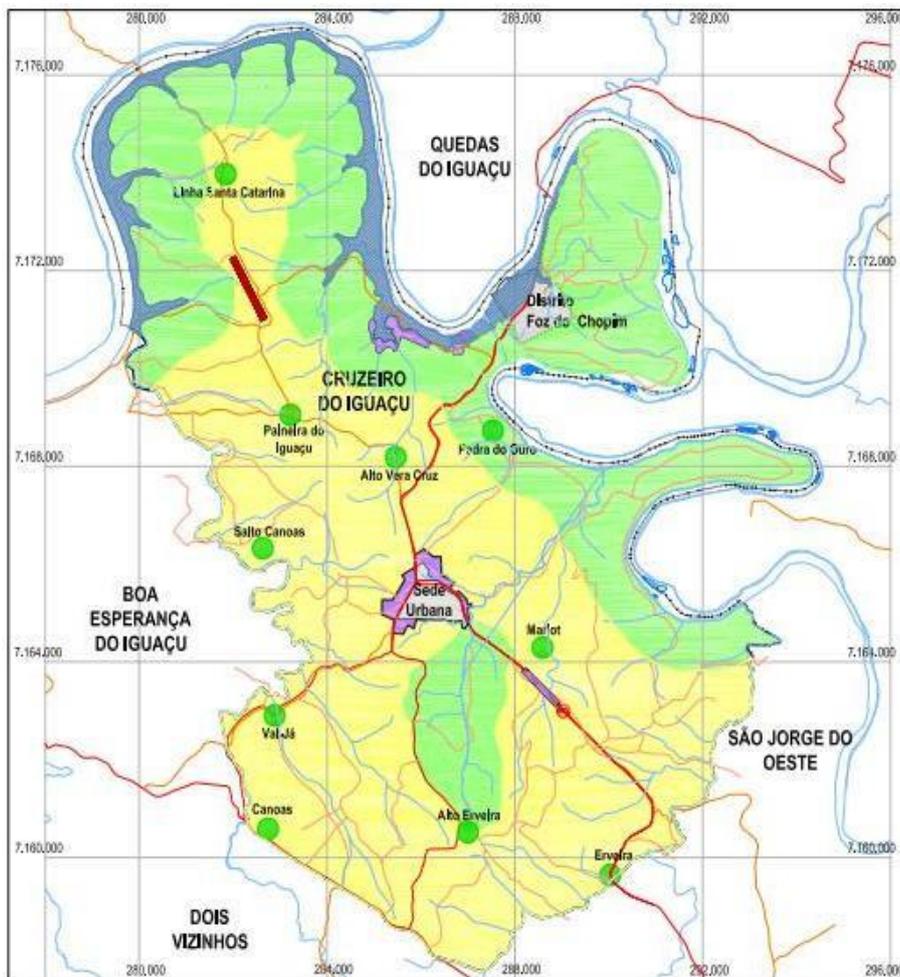
O relevo é uniforme, plano e suavemente ondulado, com amplas colinas, sendo os seus limites, Norte e Leste, coincidentes com o Rio Iguaçu e Rio Chopim, respectivamente.



Limita-se, ao Norte, com a cidade de Quedas do Iguaçu e Três Barras do Paraná, ao Sul, com Dois Vizinhos, a Leste, com São Jorge do Oeste e a Oeste, com Boa Esperança do Iguaçu.

Mapa 02: Município de Cruzeiro do Iguaçu, suas comunidades e limites.

Fonte: Plano Diretor de Uso e Ocupação do Solo



O município de Cruzeiro do Iguaçu pertence à Comarca de Dois vizinhos sendo composto por uma Sede Urbana, por um Distrito (Foz do Chopim), e dez comunidades rurais. Além de que, faz parte do Pró Caxias, ou seja, uma região de nove municípios que sofreram o alagamento devido à construção da Usina de Salto Caxias.

2. Aspectos Demográficos:

População Total: Distribuição por sexo, faixa etária, rural e urbana.

Quadro 01: Dados populacionais.

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Censitária – Total	IBGE	2010	4278	Habitantes
Número de Domicílios - Total	IBGE	2010	1365	

Fonte: IBGE, 2010.

A população recenseada em 2010 foi de 4.278, numa área de 161km², portanto uma densidade demográfica equivalente a 26 habitantes/km². Em 2016 a estimativa populacional é de 4.373 habitantes.

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Residente	IPARDES	2017	4.426	Habitantes
Número de Famílias	IPARDES	2017	1506	Famílias

Fonte: IPARDES (Junho 2016).

Além dos dados do IBGE, dispomos de dados populacionais reais (quadro acima), com cobertura de aproximadamente 95% da população através de atualizações mensais dos cadastros das famílias.

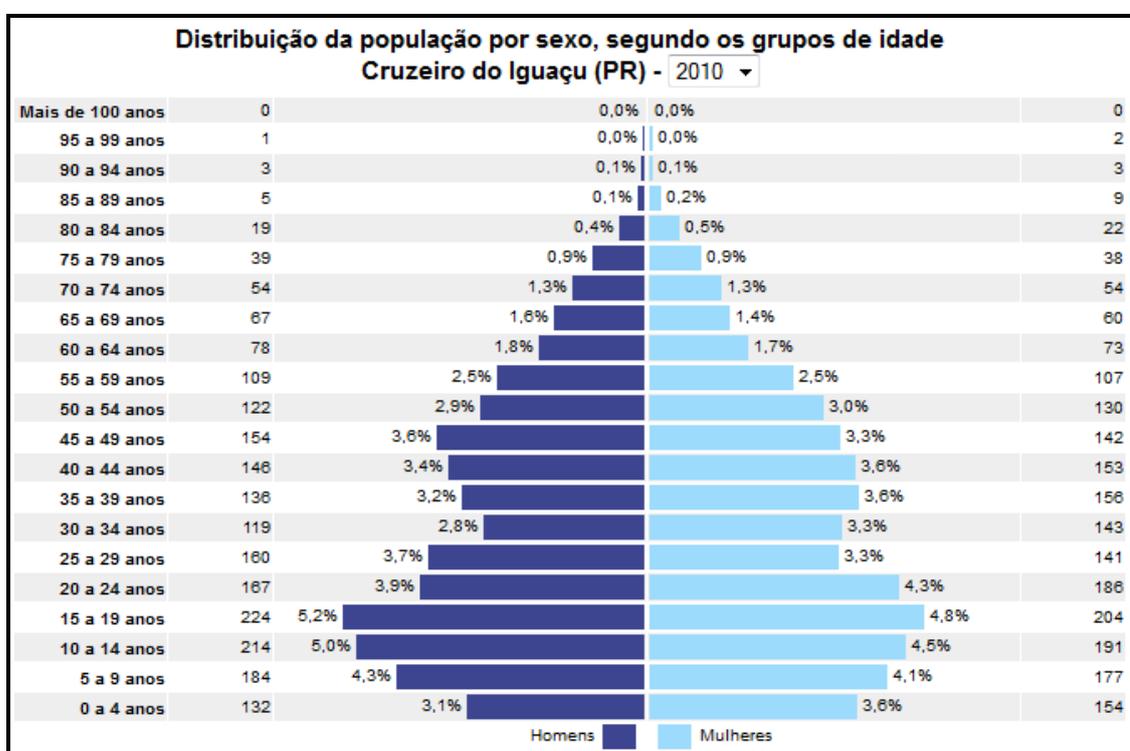
Quadro 02: Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, ano 2010.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	% Total
Menor 01 ano	23	29	52	1,21%
1 a 4 anos	109	125	234	5,46%
5 a 9 anos	184	177	361	8,43%
10 a 14 anos	214	191	405	9,46%

15 a 19 anos	224	204	428	10,00%
20 a 29 anos	327	327	654	15,28%
30 a 39 anos	255	299	554	12,94%
40 a 49 anos	300	295	595	13,90%
50 a 59 anos	231	237	468	10,93%
60 a 69 anos	145	133	278	6,49%
70 a 79 anos	93	92	185	4,32%
80 anos e mais	28	36	64	1,49%
Total	2133	2145	4278	100%

Fonte: IBGE, 2010.

Gráfico da Pirâmide Populacional do Município.



Ao se comparar algumas faixas populacionais, observa-se que entre 0-4 anos corresponde a 6,7 % da população no município. Essa proporção para o Estado do Paraná¹ é de 6,9%. Para a população acima de 60 anos, os dados são 12,3 % para o município e 11,2% para o Estado do Paraná, que corresponde ao mesmo contingente proporcional na população brasileira².

¹Disponível em www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=41&cod2=&cod3=&frm=Acesso em 07 jul. 2017.

²Disponível em www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=41&cod2=&cod3=&frm=Acesso em 07 jul. 2017.

Quadro 03: População estimada residente por ano

Ano	População	Método
2016	4.373	Estimativa IBGE
2015	4.376	Estimativa IBGE
2014	4.380	Estimativa IBGE
2012	4261	Estimativa IBGE
2010	4.278	CENSO

Fonte: IBGE Censo, Estimativa

Conforme demonstra o gráfico abaixo, há uma forte tendência no decorrer dos anos das famílias residentes no interior, migrarem para o perímetro urbano.

POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO - 2010			
TIPO DE DOMICÍLIO	MASCULINA	FEMININA	TOTAL
Urbano	1.268	1.355	2.623
Rural	865	790	1.655
TOTAL	2.133	2.145	4.278

FONTE: IBGE - Censo Demográfico
NOTA: Dados do universo.

Na sequência, o quadro apresenta as taxas de crescimento por domicílio, comparativamente, o município com o Estado, evidenciando taxas negativas de crescimento para o município.

Quadro 04: Taxa de Crescimento Geométrico Segundo Tipo de Domicílio – 2010

TIPO DE DOMICÍLIO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)
Urbano	1,71
Rural	-2,72
TOTAL	-0,27

Fonte: IPARDES, 2010.

3. Aspectos Socioeconômicos e de Infraestrutura:

O município caracteriza-se, como os demais da região Sudoeste do Paraná, como sendo fortemente ligado às atividades rurais. A população economicamente ativa é de 2.255 pessoas, segundo o IPARDES, 2010. Sendo, 2.133 pessoas

ocupadas e destas 946 ligadas às atividades de agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, correspondente a uma taxa de 42%.

Quadro 05: Ocupação segundo atividades econômicas 2010.

POPULAÇÃO OCUPADA SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS - 2010	
ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE Domiciliar 2.0)	Nº DE PESSOAS
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	946
Indústrias extrativas	6
Indústrias de transformação	278
Eletricidade e gás	32
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	3
Construção	184
Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas	188
Transporte, armazenagem e correio	24
Alojamento e alimentação	28
Informação e comunicação	5
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	5
Atividades profissionais, científicas e técnicas	24
Atividades administrativas e serviços complementares	3
Administração pública, defesa e seguridade social	158
Educação	100
Saúde humana e serviços sociais	22
Artes, cultura, esporte e recreação	6
Outras atividades de serviços	40
Serviços domésticos	62
Atividades mal especificadas	18
TOTAL	2.133

Fonte: IPARDES e IBGE, 2010.

Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) o quadro abaixo apresenta um comparativo entre os dados do município, com os dados do Estado e da União. É possível observar o grande incremento entre 2009 e 2010, de 45,8% para o município. Já a proporção registrada para o Estado e União, foi respectivamente 17,1% e 16,8% no mesmo período. No entanto, percebe-se que esse indicador é desfavorável quantitativamente ao município, em relação às outras esferas.

Responsável por apenas 46% do PIB municipal, o setor agropecuário merece uma atenção especial para o seu desenvolvimento.

Quadro 06: PIB per capita de Cruzeiro do Iguaçu, Paraná e Brasil (2009 – 2010).

PIB per capita	2009	2010
Cruzeiro do Iguçu	9.823	14.327
Paraná	17.774	20.814
Brasil	16.918	19.766

Fonte :IBGE, 2010.

Renda Média Domiciliar Per Capita

Segundo o IPARDES é a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Renda domiciliar per capita é a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio (em reais), dividida pelo número de moradores. Valor de referência R\$ 510,00 (Salário mínimo de 2010). Para o Município de Cruzeiro do Iguçu a renda média domiciliar per capita medida foi o equivalente em cerca de 27 % inferior à do Estado, sendo para o município R\$ 632,85, sendo que o Estado do Paraná correspondeu a R\$ 870,59.

Quadro Comparativo: Renda Média Domiciliar Per Capita - 2010

Renda Média Domiciliar Per Capita(em R\$)	2010
Cruzeiro do Iguçu	632,85
Paraná	870,59

Fonte: IPARDES, 2010.

Índice de GINI

O índice de Gini mede o grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (0) - Igualdade Perfeita até um (1) - Desigualdade Máxima. O IPARDES demonstra no gráfico um Índice de Gini da renda domiciliar per capita para 2010, no qual o resultado encontrado para o município foi de 0,5147.

Quadro 07:Índice de GINI

ÍNDICE DE GINI DA RENDA DOMICILIAR PER CAPITA - 2010	
Índice de Gini da Renda Domiciliar per Capita	0,5147
FONTE: IBGE - Censo Demográfico ; Tabulações especiais do IPEA	

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH-M³

O objetivo da criação do Índice de Desenvolvimento Humano foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. A figura abaixo, transcrita do IPARDES apresenta os dados para o município relativo ao IDH-M.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDHM) - 2010		
INFORMAÇÃO	ÍNDICE (1)	UNIDADE
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	0,709	
IDHM - Longevidade	0,792	
Esperança de vida ao nascer	72,54	anos
IDHM - Educação	0,641	
Escolaridade da população adulta	0,44	
Fluxo escolar da população jovem (Frequência escolar)	0,77	
IDHM - Renda	0,703	
Renda per capita	636,10	R\$ 1,00
Classificação na unidade da federação	184	
Classificação nacional	1.638	

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

No quadro a seguir, IDH-M (2010), do município de Cruzeiro do Iguaçu:

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDHM) - 2010		
INFORMAÇÃO	ÍNDICE (1)	UNIDADE
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	0,709	
IDHM - Longevidade	0,792	
Esperança de vida ao nascer	72,54	anos
IDHM - Educação	0,641	
Escolaridade da população adulta	0,44	
Fluxo escolar da população jovem (Frequência escolar)	0,77	
IDHM - Renda	0,703	
Renda per capita	636,10	R\$ 1,00
Classificação na unidade da federação	184	
Classificação nacional	1.638	

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - PNUD, IPEA, FJP
NOTA: Os dados utilizados foram extraídos dos Censos Demográficos do IBGE.

³Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH. Acesso 07 jul. 2017.

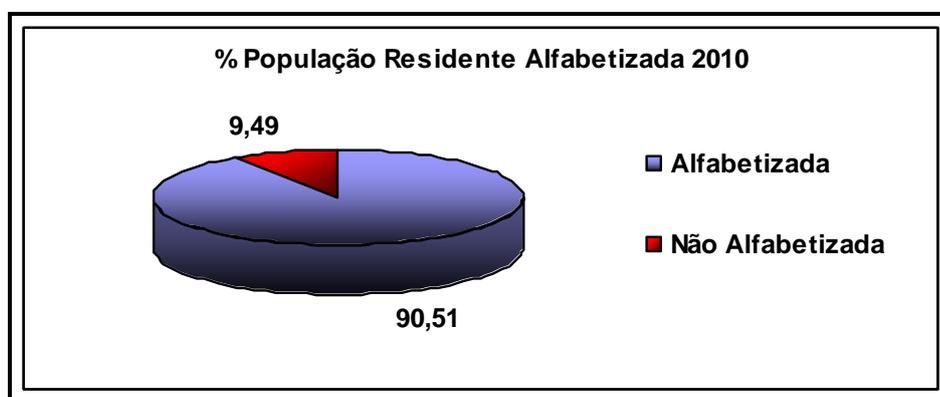
Educação

No município, a rede de ensino é pública, sendo estadual e municipal, não dispomos de rede privada de ensino, ainda assim está com índices satisfatórios no desenvolvimento educacional. Na gestão anterior foi concluída e implantada o Centro de Educação Infantil Monteiro Lobato, que acolhe crianças de 01 ano até 05 anos de idade, com turmas em períodos matinais e vespertinos.

Índice de Desenvolvimento da Educação Básica de Cruzeiro do Iguaçu

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA (IDEB) (1) - 2015				
TIPO DE ENSINO	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	PÚBLICA
Fundamental				
Anos iniciais (4ª série e/ou 5º ano)	5,9	-		5,9
Anos finais (8ª série e/ou 9º ano)	-	5,1	-	5,1
FONTE: MEC/INEP				

A taxa do IDEB é de 5,1, mantendo assim o município num nível considerado bom para o Desenvolvimento Educacional Público.



Fonte: Senso IBGE, 2010.

Número de alunos matriculados por faixa etária.

Quadro 08: Dados educacionais, segundo o número de matrículas.

MATRÍCULAS NO ENSINO REGULAR SEGUNDO A MODALIDADE DE ENSINO E A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA - 2016					
MODALIDADE DE ENSINO	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PARTICULAR	TOTAL
Educação infantil	-	-	139	-	139
Creche	-	-	-	-	-
Pré-escolar	-	-	139	-	139
Ensino fundamental (1)	-	321	316	-	637
Ensino médio (2)	-	166	-	-	166
Educação profissional	-	-	-	-	-
TOTAL	-	487	455	-	942

FONTE: MEC/INEP
(1) Inclui matrículas do ensino de 8 e 9 anos.
(2) Inclui as matrículas do ensino médio propedêutico, do ensino integrado à educação profissional e do ensino normal e/ou magistério.

O município disponibiliza de programas de alfabetização para população idosa (acima de 65 anos), porém boa parte tem forte resistência e inúmeros problemas de saúde que os impedem de participar do aprendizado.

Quadro 09: Rendimento Escolar 2016

TAXAS DE RENDIMENTO EDUCACIONAIS NOS ENSINOS FUNDAMENTAL E MÉDIO - 2016			
TIPO DE ENSINO	APROVAÇÃO (%)	REPROVAÇÃO (%)	ABANDONO (%)
Fundamental	85,3	14,6	0,1
Anos iniciais (1ª a 4ª série e/ou 1º a 5º ano)	90,6	9,4	-
Anos finais (5ª a 8ª série e/ou 6º a 9º ano)	79,8	19,9	0,3
Médio	78,1	21,9	-

FONTE: MEC/INEP

Segundo dados da SME (Secretaria Municipal de Educação), a desistência ou evasão escolar é nulo, o Conselho e a Secretaria de Educação fazem busca ativa de desistentes e com apoio de promotores e juízes, todos os menores são obrigados a estudar.

Aspectos gerais com abrangência rural e urbana:

No que se refere aos aspectos gerais, segundo a fonte IBGE, demonstra o contingente situacional do município conforme gráficos expostos a seguir:

Quadro 10: Abastecimento de Água, Destino Lixo e Energia Elétrica.

NÚMERO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS - 2010	
CARACTERÍSTICAS	Nº DE DOMICÍLIOS
Número de domicílios particulares permanentes	1.364
Abastecimento de água (Água canalizada)	1.361
Esgotamento sanitário (Banheiro ou sanitário)	1.353
Destino do lixo (Coletado)	927
Energia elétrica	1.361
FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra	

Abaixo segue dados retirados do caderno IPARDES, 2016:

ABASTECIMENTO DE ÁGUA SEGUNDO AS CATEGORIAS - 2016		
CATEGORIAS	UNIDADES ATENDIDAS (1)	LIGAÇÕES
Residenciais	1.224	1.145
Comerciais	95	85
Industriais	6	6
Utilidade pública	16	16
Poder público	40	40
TOTAL	1.381	1.292
FONTE: SANEPAR e Outras Fontes de Saneamento		

Sendo assim, a maior porcentagem do abastecimento é realizada pelos sistemas de abastecimento da SANEPAR, onde Estado do Paraná viabilizou a adição de flúor, o que melhora significativamente a saúde bucal da população, neste município dispomos de duas estações de tratamento:

1 - SANEPAR–CRUZEIRO DO IGUAÇU UT 3411	Manancial: Subterrâneo, quando necessário também superficial: Poço Artesiano SANEPAR 1171, Mina 01, Rio Divisor, Rio Sapucaí.
2 - SANEPAR – FOZ DO CHOPIM UT 6131	
Manancial: Superficial, Rio Chopim.	

Além deste tipo de abastecimento, a segunda maior porcentagem se dá por poços artesianos públicos, localizados nas comunidades para atendimento da população. Alguns também são de propriedade particular.

A porcentagem menor do abastecimento se dá em propriedades rurais e individuais através de fontes e nascentes protegidas, na qual grande parte da vigilância da qualidade da água aponta problemas e os mesmos precisam ser tratados.

4. Diagnóstico Epidemiológico

O Perfil Epidemiológico, elaborado pela Equipe de Saúde do município de Cruzeiro do Iguaçu, cumpre o papel de informar e atualizar os profissionais e dirigentes sobre as informações referentes: as doenças, mortalidade, imunizações e agravos de notificação compulsória no município. Oferecendo subsídio aos gestores, profissionais e técnicos de saúde pública nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento aos agravos de saúde da população, para o fortalecimento das Redes de Atenção em Saúde.

Os dados e indicadores estão condizentes com APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde) que avalia e monitora a Atenção Básica e com alguns dos indicadores do COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública), a fim de facilitar a elaboração das metas do Plano Municipal de Saúde e as Ações das Programações Anuais de Saúde. (Fontes: Datasus, SINASC, SIM, SINAN).

4.1 Vigilância Epidemiológica:

Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância Epidemiológica (VE) compreende o conjunto de atividades que proporcionam as informações indispensáveis para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar e executar as medidas de prevenção, controle e tratamento das doenças.

Compete ao nível local:

- Identificar e monitorar a vulnerabilidade da coletividade aos agravos de saúde.
- Descrever a ocorrência dos agravos de saúde de maior relevância para a população habitante da área geográfica estudada;

- Detectar surtos/epidemias,
- Estimar a magnitude da morbidade e da mortalidade causada pelos agravos de saúde de maior relevância,
- Recomendar e executar as medidas para prevenir e controlar a ocorrência de agravos de saúde;
- Avaliar o impacto das medidas de intervenção;
- Avaliar a eficácia das ações em saúde.

A operacionalização das ações da VE compreende atividades de investigação epidemiológica e coleta de dados, além da compilação e análise dos dados.

A identificação do caso suspeito ou confirmado constitui o ponto de partida para a coleta desses dados. A tomada de decisão sobre as ações a serem realizadas junto à fonte de infecção, aos suscetíveis e aos comunicantes deve estar pautada na análise de tais dados. A notificação de um caso de doença transmissível deve desencadear o processo de coleta de informações, conhecido como investigação epidemiológica.

As atividades integrantes de tal processo são desencadeados a partir de um caso suspeito ou confirmado e, além de necessárias, devem ser eficazes para interromper a cadeia de transmissão do agente infeccioso.

A investigação epidemiológica é realizada segundo o método epidemiológico e visa o planejamento, a implementação e a avaliação de medidas para prevenir o aparecimento de novos casos, controlando a disseminação.

As etapas de investigação compreendem:

- Definir se o caso é suspeito ou confirmado, através de critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos;
- Caracterizar os casos segundo pessoa, tempo e local;
- Identificar a fonte de contaminação e os grupos suscetíveis;
- Configurar a existência de endemia, epidemia ou surto;
- Planejar e implementar medidas de prevenção, controle e tratamento da doença.

4.2 Natalidade

Taxa de natalidade é a percentagem de nascimentos ocorridos em uma população, em determinado período de tempo e reúne informações que permitem

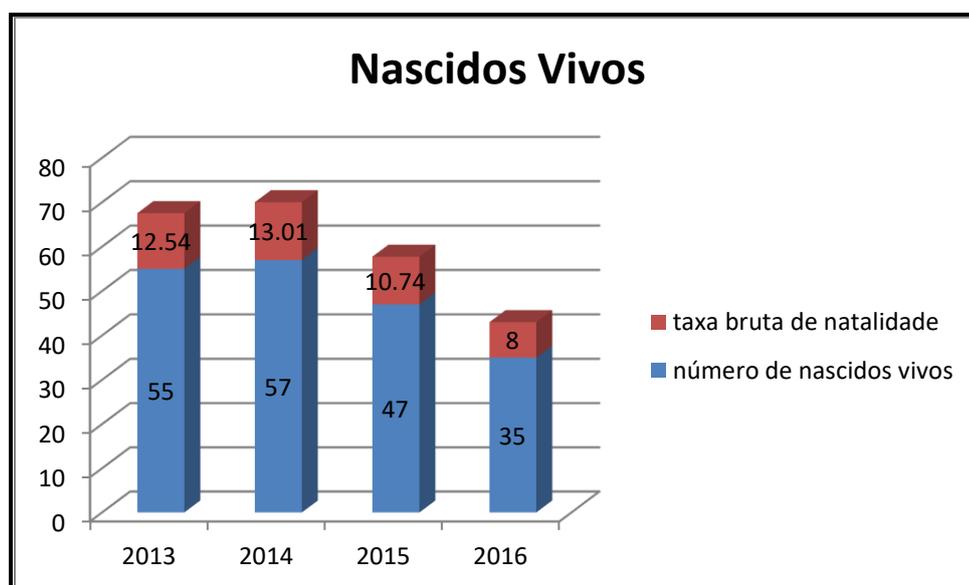
estabelecer um panorama nacional da quantidade de nascimentos que foram registrados durante certo tempo.

Segundo informações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a taxa de natalidade do Brasil se assemelha à dos países mais ricos do mundo, isso revela um rápido envelhecimento da população brasileira.

De acordo com a OCDE, cada mulher brasileira tem, em média, 1,8 filhos, entre as moradoras das nações mais ricas do mundo, a taxa de natalidade é, em média, de 1,74. Entre os maiores países emergentes, apenas a China tem uma taxa inferior à do Brasil (1,5) e isso graças a um controle de natalidade rígido imposto pelo governo. Na comparação com outros emergentes, o cenário brasileiro é radicalmente diferente. Na Índia, por exemplo, são 2,7 filhos por mulher.

Em relação aos nascimentos no município de Cruzeiro do Iguaçu, informamos que todos ocorrem vinculados aos hospitais e maternidades do Programa Rede Mãe Paranaenses. Os partos considerados como Risco Habitual ocorrem na cidade de Dois Vizinhos, no Hospital Pró Vida, os de Risco Intermediário em Francisco Beltrão no Hospital São Francisco e os considerados de Alto Risco no Hospital Regional do Sudoeste do Paraná.

Seguem as informações sobre a taxa de natalidade nos períodos de 2013 a 2016.



Fonte: SINASC

Ao analisar esses dados, percebemos que na série histórica dos últimos quatro anos a taxa de natalidade vem diminuindo consideravelmente, entre 2015 e

2016 a redução de nascimentos é bem expressiva no valor de 12 nascimentos entre os anos. Em complementação aos dados de natalidade, o quadro abaixo apresenta as condições de nascimento no município.

Quadro 11: Condições de nascimento no período de 2013 a 2016.

<u>Condições:</u>	2013	2014	2015	2016
Proporção de gravidez na adolescência (10 - 19 anos)	23,63	29,82	25,53	17,14
Proporção de crianças com baixo peso ao nascer	5,45	10,52	6,38	5,71
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos	58,18	45,61	63,83	65,71
Taxa de nascidos vivos por partos normal / vaginais	41,81	54,38	36,17	34,28

Fonte: SINASC.

Da tabela acima dois indicadores requerem maior atenção, o primeiro se refere à gravidez na adolescência, compreendida entre a faixa etária 10 a 19 anos, é apontada como um grande problema social e econômico no Brasil. Isso porque, estudos demonstram que entre as adolescentes que têm filhos, 75,7% não estudam e 57,8% não estudam, nem trabalham. No Paraná a média de partos nesta faixa etária é de 25,57% — patamar acima da média nacional, de 20,04%, sendo estes indicadores correspondentes ao período de janeiro a julho de 2014 através do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a quantidade de adolescentes grávidas no Brasil caiu 17% entre 2004 e 2015. Também as informações levantadas pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) apontam para uma queda, entre mães de 10 a 19 anos, de 661,2 mil nascidos vivos, em 2004, para 546,5 mil, em 2015. Estes dados aumentaram a nível nacional, especialmente em algumas regiões, apontando que a região com mais filhos de mães adolescentes é o Nordeste, que concentra 180 mil nascidos, ou 32% do total. Em seguida, vêm a Região Sudeste, com 179,2 mil (32%); a Região Norte, com 81,4 mil (14%); a Região Sul (62.475 – 11%); e Centro Oeste (43.342 – 8%).

Além de oferecer maiores riscos a mãe e a criança, a adolescente tem chance de engravidar novamente no primeiro ano pós-parto e no segundo ano pós-parto, como ocorre com 30% a 50% das adolescentes, respectivamente.

Foi revelado que três em cada cinco gestações não planejadas acontecem porque o casal não se preveniu, 19% das gravidezes é atribuída a falha do método anticoncepcional. Nosso país registra mais de 235 mil gestações não planejadas de mulheres jovens por ano, em média 56% das brasileiras, gerando um custo de mais de R\$ 540 milhões anuais, uma média de R\$ 2.293,00 por gestação. O Paraná está 22º lugar no ranking brasileiro de gravidez indesejada, contabilizando 54% das mulheres que não programaram ter estes filhos. As mulheres da região Norte, liderada pelo Amazonas foram as que mais engravidaram sem planejamento, representando a estimativa de 60%, apenas o Pará fica abaixo deste número com 51%. As regiões Rio Grande do Norte, Ceará e Minas Gerais são as únicas em que menos da metade das mulheres engravidou de maneira inesperada. Dentre as capitais, Macapá lidera com 77%, seguida por Manaus e Teresina. Nas regiões Fortaleza, Florianópolis e Belo Horizonte vivem mais mulheres com gestação planejada.

O município de Cruzeiro do Iguaçu apresentou uma média nos últimos quatro anos (2013 a 2016) de 24,03% de gravidez na adolescência, isso se equipara a média do estado de 25,57%, o que corresponde a uma proporção acima da média nacional. Somente no ano de 2016 nosso município reduziu esse índice, mas essa série histórica nos revela a necessidade de rever e melhorar o trabalho na atenção básica relacionada ao planejamento familiar.

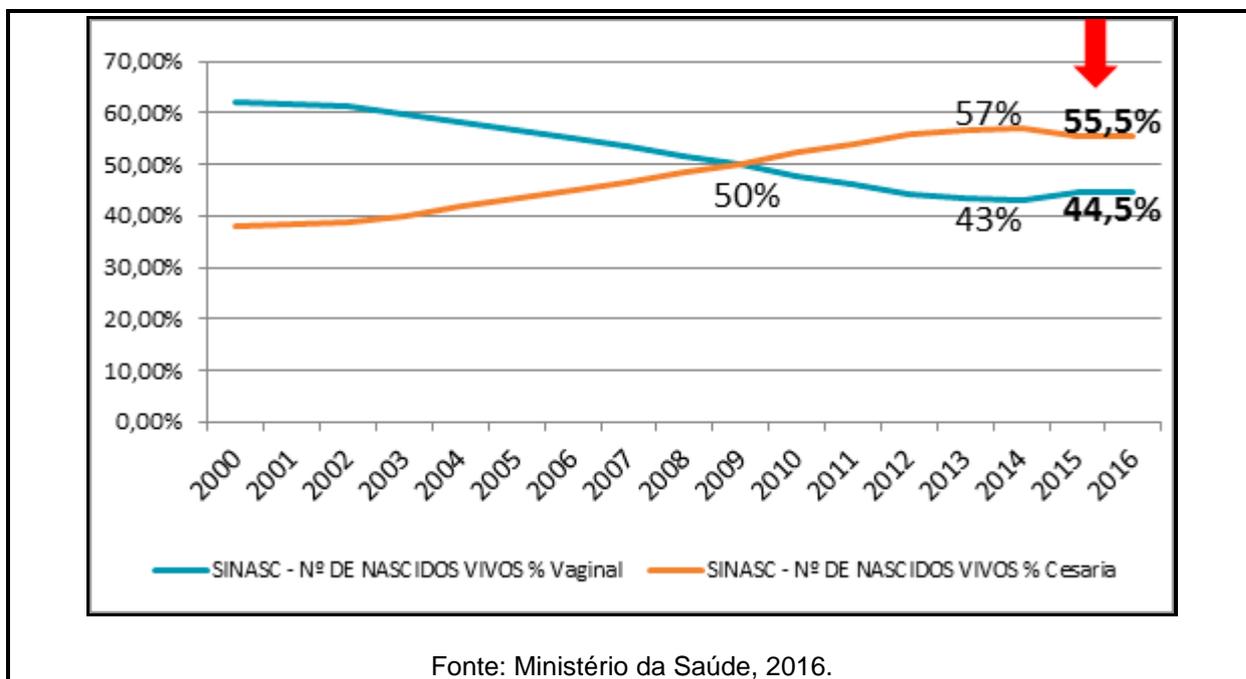
O outro indicador que nos leva a reflexão se trata da taxa de nascimentos por parto cesárea que vêm aumentando assustadoramente, segundo a OMS a taxa ideal seria de 15% deste tipo de parto. Neste quesito o Brasil é o líder e o aumento da prática se transformou em uma "epidemia", devido a mais da metade dos nascimentos no País serem cesáreas.

O Ministério da Saúde revela que esse tipo de procedimento, que apresentava curva ascendente, caiu 1,5 pontos percentuais em 2015. Dos três milhões de partos feitos no Brasil no período, 55,5% foram cesáreas e 44,5%, partos normais.

Como demonstra o gráfico a seguir, os números ainda que, considerando apenas partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), o percentual de partos normais permanece maior – 59,8% contra 40,2% de cesarianas. No ano passado,

segundo os dados preliminares há uma tendência de estabilização do índice, que ficou em torno de 55,5%.

Gráfico 12: Índice de Cesarianas no Brasil



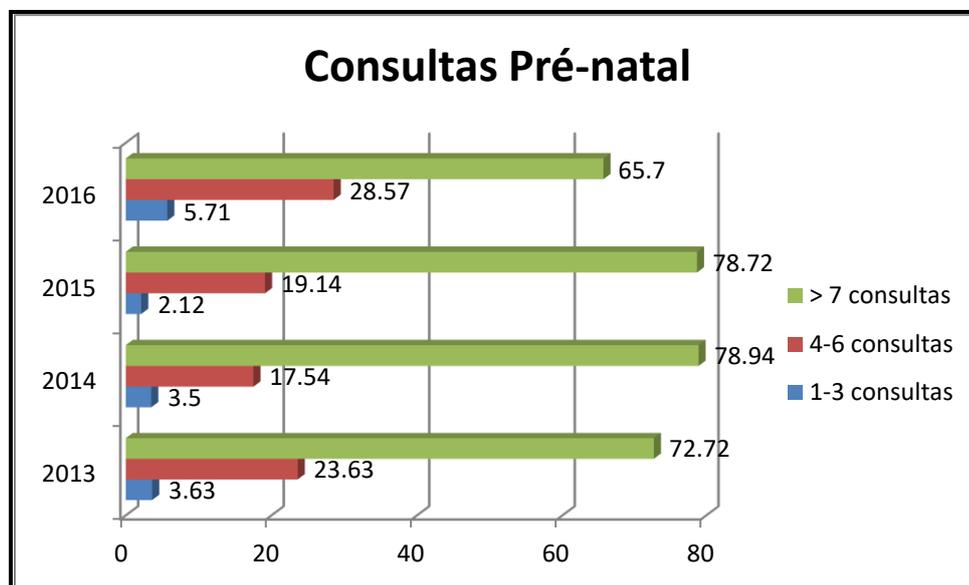
Em Cruzeiro do Iguaçu nos últimos anos vem ocorrendo um aumento do número de partos cesáreos, em 2016 a taxa foi de 65,71% contra 34,28% de partos normais/vaginais. Isso gera uma grande preocupação, necessitando realizar uma conscientização de que, apesar de segura hoje, trata-se de uma intervenção cirúrgica que pode ter impacto negativo para a mãe e a criança.

A maioria das crianças que nascem em neste município são de mães que realizam o pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, através do **Programa da Rede Mãe Paranaense**, o qual propõe a organização da atenção materna infantil com ações de pré-natal e puerpério, bem como a puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança), em especial no seu primeiro ano de vida. As mães que fazem seu pré-natal na rede particular são orientadas a aderirem ao programa, podendo desfrutar dos benefícios que o mesmo oferece.

O Programa é composto por um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de dezessete exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

Na sequência, segue gráfico com informações do percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas de pré-natal nos últimos quatro anos.

Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais (2013-2016).



Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

A análise de dados nos revela um resultado desfavorável dos últimos dois anos (2014 e 2015) em relação ao ano de 2016, onde o percentual de pré-natal com sete consultas ou mais decaiu quase 14% em 2015, 78,72% das mulheres realizaram sete consultas ou mais, enquanto em 2016, 65,7% realizaram o preconizado. Isso aponta uma falha na captação precoce da gestante e até mesmo do acompanhamento mensal, precisando ser revista ações pelas Equipes de Saúde da Família. Em contrapartida, ocorrem diversos acolhimentos de gestantes de áreas de divisa e também providas de outros Estados, boa parte com gestações avançadas o que colabora para não mantermos a média de consultas preconizadas, entre outras que por fim não concluem seus pré-natais no município.

4.3 Mortalidade

Os indicadores de mortalidade geral ou por causas específicas permitem comparar o nível geral de saúde e identificar causas de mortalidade relevantes, como acidentes, tabagismo, entre outros. A mortalidade se apresenta geralmente

como números absolutos, proporções, ou taxas por idade, sexo e causas específicas (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.59).

É um dos mais importantes indicadores de saúde, por expressar o final do processo da vida; falha completa do sistema de saúde (falha na rede de assistência em todos os momentos ao longo da vida do indivíduo) e qualidade da saúde pública.

Para aferir a mortalidade, os registros devem estar consolidados numa base de dados. No Brasil, para o estudo da mortalidade é utilizado o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o qual possui como principal documento a Declaração de Óbito (DO).

O trabalho da saúde pública parte da constatação de uma realidade de saúde não desejável em uma população e aponta para conseguir mudanças sociais, deliberadas e sustentáveis nessa população. O foco epidemiológico consiste basicamente em: 1) a observação dos fenômenos de saúde e doença na população; 2) a quantificação deles em frequências e distribuições; 3) a análise das frequências e distribuições de saúde e de seus determinantes; e 4) a definição de cursos de ação apropriados. Em todo esse processo, os procedimentos e técnicas de quantificação são de grande relevância, e a capacitação da equipe local de saúde nesses aspectos do enfoque epidemiológico é conseqüentemente fundamental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

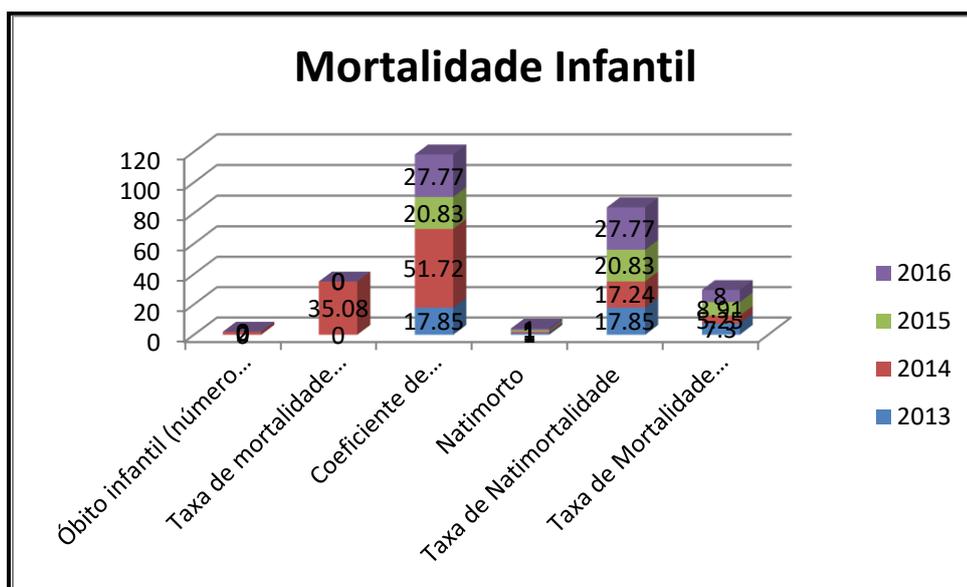
4.3.1 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil se caracteriza pela morte de crianças no primeiro ano de vida e pode ser geralmente estimada sob forma de um coeficiente ou taxa. A taxa de mortalidade infantil traduz o número de óbitos de crianças, com menos de um ano de idade, ocorrido durante um determinado período de tempo, ou seja, a taxa de mortalidade infantil é expressa pelo número de óbitos de menores de um ano de idade/por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos. Este indicador permite subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.

A meta foi à redução de dois terços até 2015 da mortalidade de crianças menores de cinco anos, já alcançada cinco anos antes de acabar este prazo, o Brasil cumpriu a meta e reduziu a taxa de mortalidade infantil de 29,7 em 2000 para 15,6 por um mil nascidos vivos em 2010. A meta estipulada pela ONU por meio dos Objetivos do Milênio apontou a necessidade de diminuição em dois terços no índice, então comparando relativamente de 1990 a 2015, o Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil. Há 25 anos eram registradas 61 mortes para cada mil crianças menores de cinco anos. O número caiu para 16 mortes (a cada 100mil/hab.) após esse período.

Para municípios com populações menores que 100 mil habitantes não é calculada a taxa, mas representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano. A meta pactuada pelo município de Cruzeiro do Iguaçu é manter em zero número de óbito infantil.



Fonte: SIM e SINASC.

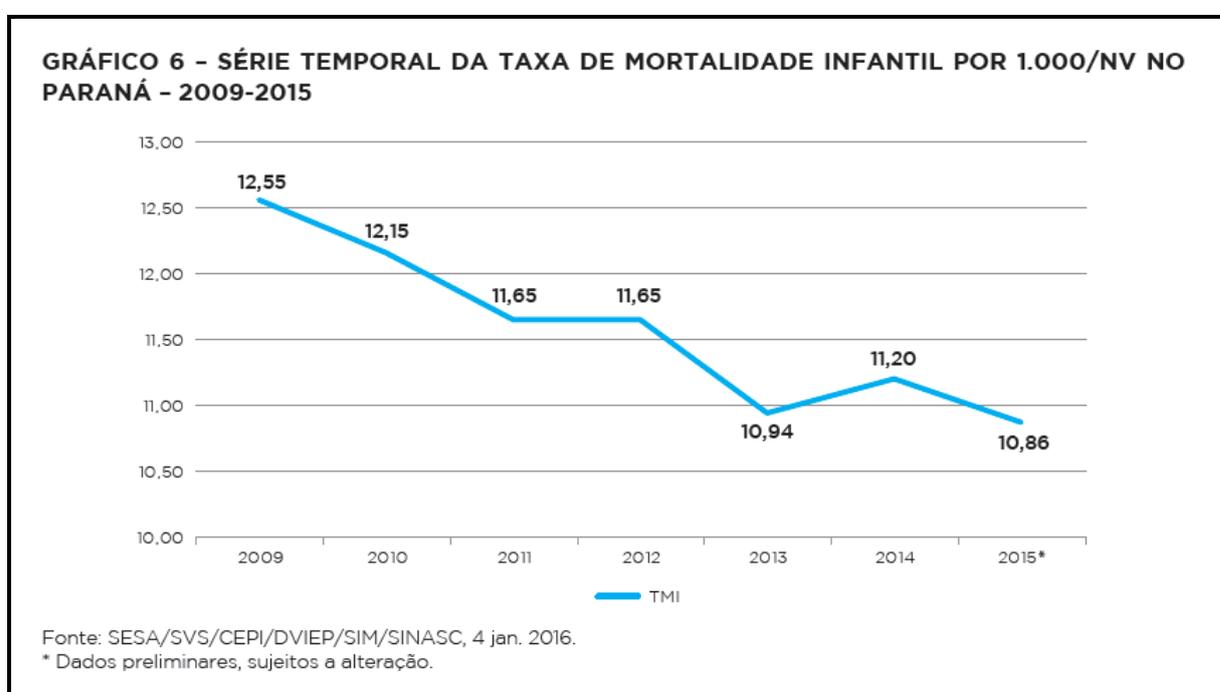
O gráfico acima apresenta indicadores da mortalidade infantil dos últimos quatro anos (2013 a 2016) de nosso município, nele percebemos um alto índice de mortalidade infantil no ano de 2014 (35,08%), os demais anos apresentaram ausência de casos.

Os dois óbitos infantis ocorridos no ano de 2014 são classificados como **neonatal precoce**, que corresponde à morte de um recém-nascido antes de sete dias completos de vida (até 168h completas).

Dados do IBGE revelam que de 2000 a 2015 houve um declínio de 15,2 dos óbitos infantis, em 2000 a taxa de mortalidade era de 29,02 por mil nascidos vivos, enquanto em 2015 reduziu para 13,82 (Fonte: SIM E SINASC).

No Paraná, a mortalidade infantil teve um declínio na análise de 2009 a 2015, como demonstra o gráfico abaixo. E segue com uma tendência de queda, respectivamente observado na série histórica: 2009 (12,5), 2010 (12,1), 2011 (11,7), 2012 (11,7), 2013 (11,0), 2014 (11,2) e 2015 (11,0) por mil nascidos vivos.

À medida que essa taxa diminui, percebe-se que as causas se tornam mais difíceis de redutibilidade, em vista da complexidade do cenário epidemiológico, seja pelos determinantes ou pela necessidade de tecnologia mais avançada. (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.64).



O recomendado é que a taxa de óbitos em menores de um ano não ultrapasse os dois dígitos. Para um município com pequena população e pequeno número de nascimentos ao ano, a oscilação das taxas podem impressionar, uma vez que apenas para um óbito os números saltam extraordinariamente. Por isso, em geral, nas pequenas populações é muito mais relevante analisar os números absolutos. No caso de Cruzeiro do Iguaçu, há nulidade de óbitos ao ano, sendo que apenas em 2012 houve registro de mortalidade infantil, sendo desfavorável este para o município, pois atingiu um importante pico com índice de 55 por mil nascidos vivos devido à ocorrência de três óbitos.

O Paraná registra atualmente o menor índice de mortalidade infantil da história da saúde pública do Estado. O índice é de 10,49 mortes de bebês a cada mil nascidos vivos, na média do Estado. As regionais da Secretaria Estadual de Saúde de Paranaíba, Francisco Beltrão, Cianorte, Toledo, União da Vitória, Telêmaco Borba e Maringá já apresentam índice de um dígito (menor que 10). Nos últimos anos, o Estado reduziu a mortalidade infantil em 14% e a mortalidade materna caiu em 29% – comparado aos índices de 2010.

4.3.2 Mortalidade Materna

É um indicador de saúde que revela as grandes disparidades entre áreas ricas e pobres, urbanas e rurais, tanto dentro dos países, quanto entre eles (OBSERVATÓRIO GLOBAL HEALTH, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma redução mundial da mortalidade.

Há grandes desigualdades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento quanto ao risco de uma mulher morrer por causas maternas relacionadas a complicações da gravidez, parto e puerpério. A mulher que vive em um país em desenvolvimento tem 33 vezes mais chances de morrer por causas maternas em comparação a uma mulher que vive em um país desenvolvido (OBSERVATÓRIO GLOBAL HEALTH, 2016).

No Brasil, a mortalidade materna se configura um desafio cujas proporções se diferenciam entre as regiões, sendo evidentes as disparidades entre as variáveis que caracterizam o óbito (FERRAZ; BORDIGNON, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), embora os resultados sejam preliminares, o Brasil teve cerca de 1178 óbitos maternos declarados em 2015. Destes, 821 são de causas obstétricas diretas, 323, indiretas e, 34, não especificadas (BRASIL, 2016). No ano de 2015, a Região Sul foi a segunda região do país de menor frequência de óbitos maternos, e o Paraná teve o maior número de óbitos maternos da região.

TABELA 14 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NV, BRASIL, REGIÃO SUL E SEUS ESTADOS - 2015

LOCALIDADE	RMM/100.000 NV
Brasil	58,1
Sul	34,5
Paraná	41,7
Santa Catarina	28,9
Rio Grande do Sul	31,1

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM/TabNet, 15 jan. 2016.

A Região Sul do país tem a maior proporção de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados, e o Paraná é o Estado com melhor desempenho da Região como podemos observar no quadro abaixo, o que pode contribuir para a redução da subnotificação e melhor reconhecimento dos óbitos maternos. Tal condição deve ser considerada ao ser analisada a ocorrência de óbitos maternos no Paraná. O indicador de investigação do óbito materno na linha de 100% e o de óbito em MIF com proporções acima de 80%, em todas as regiões de saúde do Estado, possibilitam um melhor diagnóstico para o planejamento de ações visando à melhoria da atenção à saúde da mulher.

QUADRO 2 - PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE MIF NO BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DA REGIÃO SUL - 2010-2014*

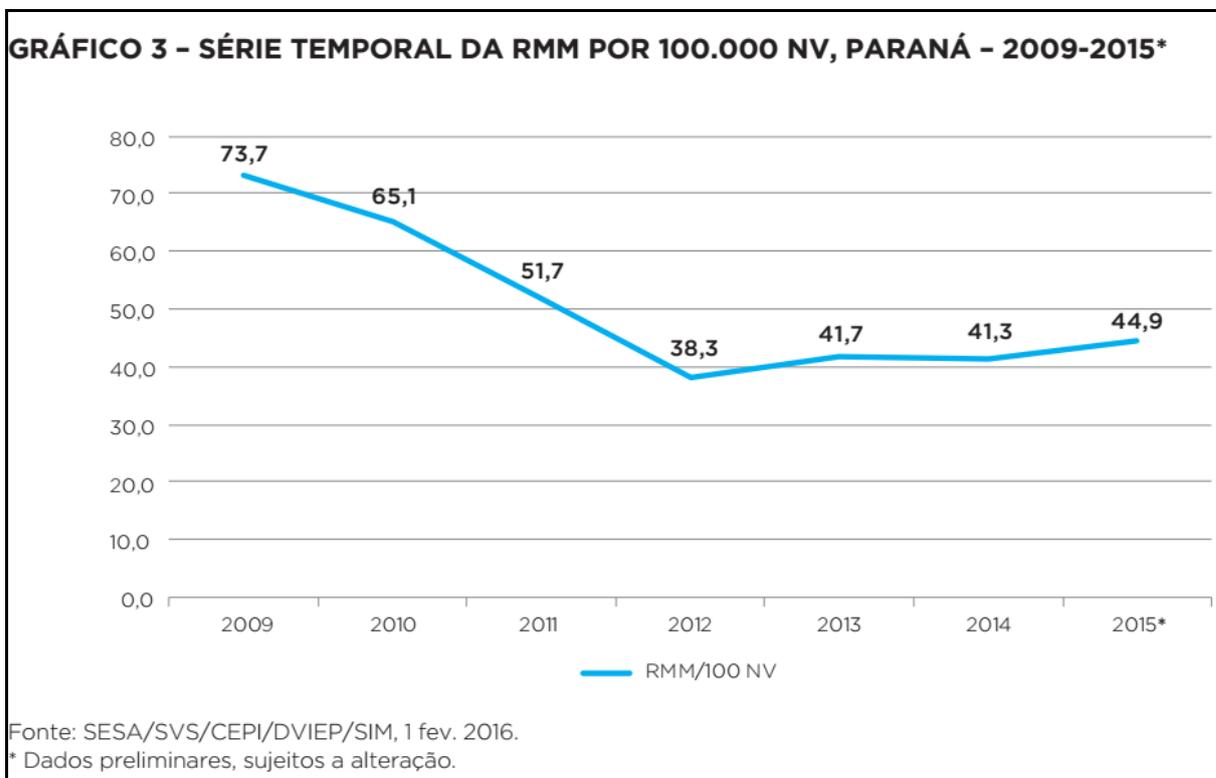
Região/UF	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Brasil	76,48	82,65	84,95	87,64	83,70	83,09
Região Norte	61,30	62,05	75,33	81,57	76,26	71,50
Região Nordeste	71,10	75,03	77,04	80,7	73,97	75,62
Região Sudeste	80,08	87,66	88,27	90,4	88,81	87,00
Região Centro-Oeste	67,86	83,49	89,41	91,73	82,62	83,16
Região Sul	87,98	92,81	93,35	94,24	92,55	92,16
Paraná	98,28	99,75	99,97	99,53	97,43	99,00
Santa Catarina	84,61	80,14	82,67	90,92	87,48	85,12
Rio Grande do Sul	79,65	92,73	92,89	90,89	90,43	89,27

Fonte: MS/SVS/CGIAE/Tabnet, 18 jan. 2016.

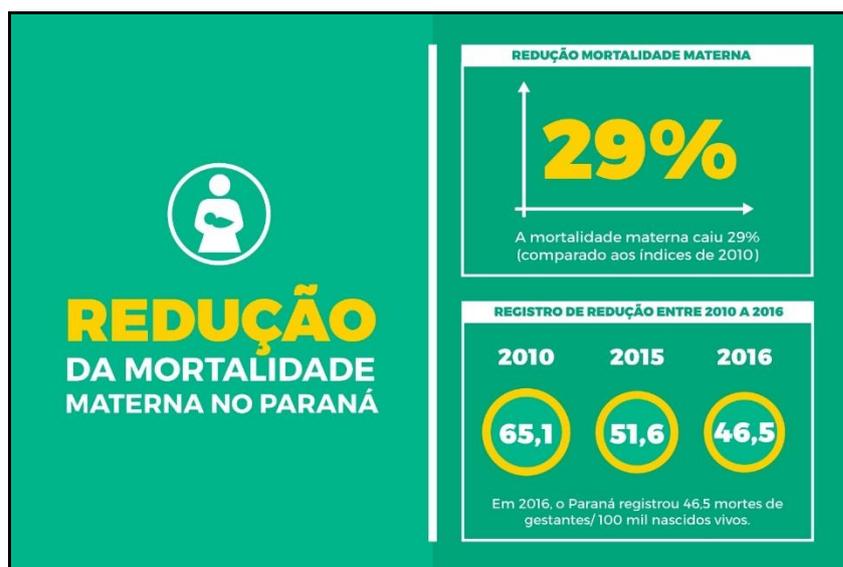
* Dados preliminares, sujeitos a alteração.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Paraná apresentou expressiva diminuição no período entre 2009 e 2015, como seguem no gráfico. No ano de 2009, houve o surto de influenza por H1N1, e os grupos de mulheres grávidas e de crianças foram mais vulneráveis ao potencial de letalidade nas infecções causadas por esse vírus. O maior declínio da RMM na série histórica de 2009 a

2015aconteceu em 2012, ano em que foi implantada a Rede Mãe Paranaense. Nos anos subsequentes, houve um incremento desse coeficiente, contudo, o índice permanece menor que os anteriores a 2012.



No Estado do Paraná, ocorreu uma redução de 29% da mortalidade materna de 2010 a 2016, como representa a figura abaixo.



Fonte: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=93704&tit>

Em relação à taxa de mortalidade materna, no município também não constam registros de óbitos entre os anos de 2013 a 2017. Mesmo assim como via de regra, existe o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

Quadro 13: Taxa de mortalidade materna/a cada 100 mil nascidos vivos (2013 – 2016)

	2013	2014	2015	2016
Óbitos Maternos (Número Absoluto)	0	0	0	0
Taxa de Mortalidade Materna	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SIM; Ministério da Saúde, DATASUS.

5. Cobertura vacinal

A Cobertura Vacinal para prevenção das doenças imunopreveníveis é uma das maneiras de avaliar a eficácia das ações de saúde, a cobertura esperada para a vacinação básica da infância – BCG, Hepatite B, Poliomielite e Tetra estão acima de 95%. Atualmente, o maior problema tem sido relacionado às divergências de dados entre IBGE, SINASC, e SI-PNI Web devido às alterações constantes de sistematização específica para salas de vacinas.

	2013	2014	2015	2016
Menores de 01 ano				
BCG	150,00	103,45	107,27	105,08
Hepatite B	178,57	103,45	101,82	106,78
Rota vírus Humano	167,86	98,28	98,18	88,14
Poliomielite oral	155,36	96,55	109,09	106,78
Pentavalente	178,57	103,45	101,82	106,78
Pneumocócica	155,36	103,45	105,45	89,83
Meningocócica	180,36	96,55	100	89,83
VTV	155,36	112,07	101,82	96,36
Febre Amarela	158,93	89,66	107,27	100
Mais de 60 anos				
Contra a gripe	97,26	88,47	69,94	92,90

Fonte: PNI, Ministério da Saúde.

Nos imunobiológicos febre amarela, meningocócica, pneumocócica e rota vírus humano, que constam com percentuais inferiores a 90%, quando comparados ao Estado, o município atinge uma cobertura vacinal insatisfatória, sendo que o Estado considera a meta mínima de 95%. Considerando a homogeneidade da cobertura e os dados, no ano de 2015 a febre amarela obteve a taxa de 89,66. Nas sequências, em 2016 a rota vírus humano obteve 88,14; pneumocócica 89,83 e meningocócica 89,83 não atingindo assim a meta de cobertura para os menores de 1(um) ano. A influenza com faixa etária acima de 60 anos, em 2014 obteve 88,47 e respectivamente em 2015 encerrou com percentual de 69,94 ficando muito abaixo dos índices.

A prevenção e o controle das doenças imunopreveníveis no Paraná, decorrem da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI), da estruturação do sistema de vigilância epidemiológica e da interlocução entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária. Tais fatores vêm contribuindo para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis se apresentem em processo de controle, eliminação e/ou erradicação. Além da vacinação de rotina, o Programa Estadual desenvolve vacinação de bloqueio de casos suspeitos de doenças imunopreveníveis, campanhas anuais de vacinação contra a poliomielite, influenza, campanhas de seguimento contra o sarampo e realização de monitoramento rápido de cobertura vacinal em todos os municípios do estado, análise e monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV) e a manutenção da rede de frio, para conservação dos imunobiológicos em todos os níveis, assegurando a qualidade dos produtos disponibilizados. Inclui ainda o Centro de Imunobiológicos Especiais (CRIE), implantado em 1993 no Paraná. Para desenvolver as ações de Imunização no Paraná, há 1748 postos de vacinação funcionando rotineiramente, realizando a aplicação de uma média de seis milhões de doses/ano. O Paraná tem apresentado índices de coberturas vacinais dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e mantido o controle das doenças imunopreveníveis, embora uma média de 30% dos municípios ainda apresente dificuldades para alcançar as coberturas ideais. É de competência dos municípios a execução das ações de vacinação. Para tanto, devem-se buscar estratégias adequadas, proporcionando todas as condições necessárias para o desenvolvimento das mesmas, com a finalidade de atingir os índices pactuados (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.86). O município de Cruzeiro do Iguaçu conta

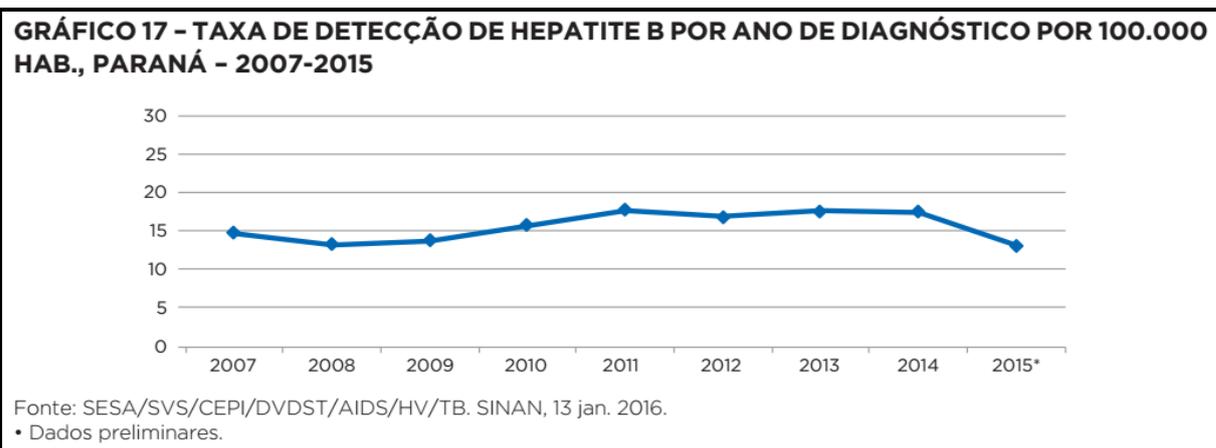
com ações e estratégias que contribuem e acompanham o preconizado pelo MS e o Estado.

6. Morbimortalidade por Agravos e Doenças Transmissíveis

Os avanços do conhecimento e controle dos agravos e doenças transmissíveis tiveram como resultado uma redução da morbimortalidade em todo o mundo. Porém, ainda se vive um cenário heterogêneo, pois ao lado de doenças que estão total ou parcialmente controladas, tais como sarampo, rubéola, coqueluche, tuberculose, hanseníase, têm-se outras doenças infecciosas, por exemplo: AIDS, Hepatites Virais e Sífilis que apresentam desafios nas questões de morbidade. Associado a isso, temos na atualidade uma urbanização acelerada, alterações ambientais, mobilidade e migração urbana, que facilitam o risco de exposição a agentes infecciosos e a introdução/reintrodução de novas e “antigas” doenças como Dengue, Zika e Chikungunya, trazendo possibilidades de rápidas disseminações entre as populações. Esses fatores contribuem para um perfil dinâmico, perpetuando esse grande grupo de doenças como um importante problema de saúde pública (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.83).

As **hepatites virais** constituem um sério problema de saúde pública no Brasil, devido ao grande número de pessoas acometidas e pelas complicações que causam, sobretudo as formas crônicas B e C (BRASIL, 2008). A Hepatite B (HB), no adulto, geralmente apresenta soro conversão e é prevenível por meio da imunização. Nos poucos casos de transmissão vertical, tem maior possibilidade de cronificar. Dos 13.188 casos notificados no Brasil em 2010, 29,6% residiam na região Sul, o que representa uma taxa de detecção de 14,3/100 mil habitantes, acima da taxa de detecção nacional, de 6,9/ casos confirmados por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012).

No Paraná, a taxa de detecção em 2010 foi de 15,66/100 mil habitantes; as maiores taxas encontram-se nas regiões oeste e sudoeste do estado, correspondentes às 7^a, 8^a, 9^a e 10^a Regionais de Saúde. As ações de descentralização do teste rápido das hepatites B e C, para as diversas regiões do Estado, possibilitaram um incremento na detecção, o que resultou no aumento das taxas, alcançando, em 2014, 17,44/100 mil habitantes, como demonstra o gráfico (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.84).



Quadro 14: Doenças de Notificação (2013 – 2016)

Doença de Notificação	2013	2014	2015	2016
Hepatite Viral B	2	32	17	35
Intoxicação Exógena	00	00	00	01
Dengue	01	00	47	13
Violência Interpessoal/Autoprovocada	00	04	01	01
Leptospirose	01	00	00	00
Sífilis gestantes	00	00	02	00
Tuberculose	00	00	01	00
Varicela	03	4	18	06
Acidente de Trabalho Grave	01	03	01	05
Atendimento Antirrábico	14	15	04	03
Acidentes por Animais Peçonhentos	02	12	12	07
Hanseníase	03	02	01	01
Leishmaniose tegumentar americana	00	00	00	01
Caxumba sem complicações	00	00	00	46
Caxumba com complicações	00	00	00	02
Total	21	30	17	35

Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Notificação de Agravos).

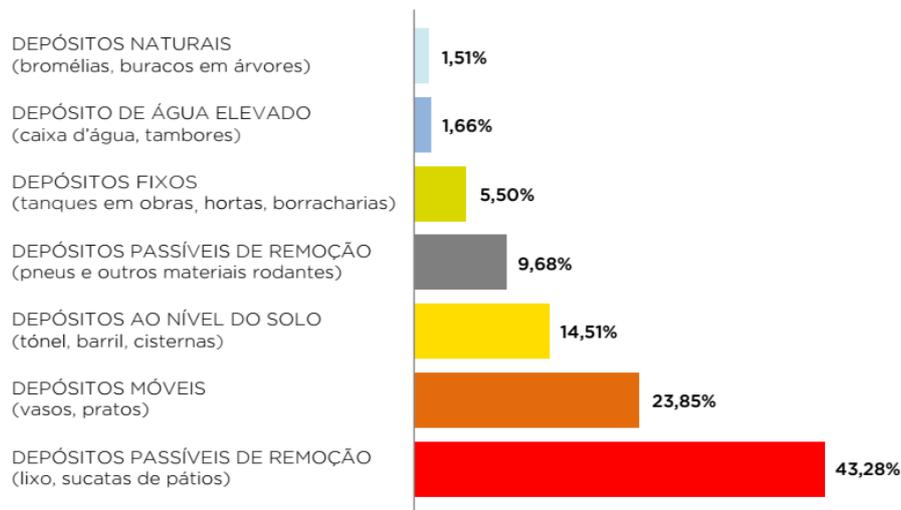
As **Hepatites Virais**, em acordo com a estatística do Plano Estadual de Saúde, principalmente as etiologias B e C, são mantidas como um grande problema de saúde pública, estimasse que no Paraná cerca de 15% da população já teve contato com o vírus da Hepatite B, sendo que os casos crônicos de Hepatite B e C devem corresponder a cerca de 1% da população brasileira. O município de Cruzeiro do Iguaçu contabiliza uma média de 3,6 casos/ano de Hepatite B, porém tem tido considerada melhora no diagnóstico e nas subnotificações, estes que são

problemas nacionais, então esta média deverá crescer consideravelmente. Segundo informações do Estado, a situação está sendo controlada pela introdução da vacinação em menores de 01 (um) ano e ampliada a menores de 19 anos.

A interação entre seres humanos e animais requer o desenvolvimento de atitudes conscientes para que sejam mantidos os equilíbrios biológico, social e ambiental entre as diversas espécies. Modificações ambientais decorrentes das atividades desenvolvidas por seres humanos demonstrando aumento do risco de exposição a doenças. Fatores como as alterações ambientais, incluindo as mudanças climáticas e a perda da biodiversidade, além de mudanças comportamentais e a rapidez da circulação de pessoas, animais e mercadorias são determinantes para o aumento das arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, Saint Louis, Oeste do Nilo e Oropouche) e zoonoses (Leptospirose, Raiva, Hantavirose, Teniose, Cisticercose e Brucelose, Malária, Leishmaniose e Doença de Chagas). A deficiência dos serviços de esgotamento sanitário e da disposição dos resíduos sólidos pode impactar fortemente no aumento do risco para o surgimento das doenças de veiculação hídrica, infecciosas e parasitárias além de propiciar condições para o surgimento de focos de vetores, especialmente o *Aedes aegypti*, mosquito da **Dengue** (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.89).

A **Dengue** no Paraná vem apresentando variações cíclicas, com períodos irregulares e incidências importantes em anos epidêmicos. O vetor está adaptado a diversas situações ambientais que anteriormente eram consideradas desfavoráveis à sua sobrevivência, como: resistência a amplas variações climáticas, água suja e salgada, além de resistência a inseticidas. O lixo urbano, principalmente o domiciliado, transformou-se em um grande criadouro do *Aedes aegypti*, daí a importância do gerenciamento de resíduos sólidos e políticas públicas voltadas para o problema. Abaixo o gráfico demonstra os principais criadouros do *Aedes aegypti* no Paraná e, pode-se perceber que os criadouros do mosquito estão principalmente no acúmulo de resíduos a partir da guarda temporária ou deficiência na coleta, incluindo a de recicláveis.

GRÁFICO 23 - PRINCIPAIS CRIADOUROS DO MOSQUITO Aedes Aegypti, PARANÁ - 2015



Fonte: SISPNCD, 2015.

O acompanhamento do índice de infestação, das notificações de casos, principalmente dos casos graves e da letalidade são pontos fundamentais para a efetiva vigilância do agravo. O índice de infestação predial é considerado de alto risco para epidemia quando acima de 4%. Em 2015, 37 municípios apresentaram índice de infestação predial acima de 4%. Também são considerados de alto risco municípios que não informam o índice de infestação. O percentual de casos confirmados laboratorialmente pelo LACEN/PR é de 76,6%. Em Cruzeiro do Iguaçu, nos anos de 2013 e 2014 não havia casos de dengue, porém a realidade mudou 2015, com uma considerada “epidemia” para o município, contabilizando ao total 47 casos. Já em 2016, houve uma redução de 27,65% dos casos, fechando o ano com 13 casos.

No Brasil, no ano de 2013, a taxa de detecção de casos de **Sífilis em gestantes** foi de 7,4/1000 NV e, na Região Sul, essa taxa foi de 13,1/1000 NV. Nesse mesmo ano, o Paraná apresentou uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 5,8 casos/1.000 NV, inferior aos níveis apresentados no Brasil e na Região Sul. Em 2014, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de 9,7 casos/1.000 NV e, o Paraná, de 7,5 casos/1.000 NV. Os dados apontam uma melhoria do acesso ao diagnóstico, como resultado da qualificação dos serviços de saúde preconizados na Rede Mãe Paranaense. Mesmo assim, existem casos detectados tardiamente, ou considerados tratados de forma inadequada por falhas na adesão ao tratamento e ausência/falta de informação sobre o tratamento do parceiro. Associado a esses fatores, ocorreu em 2014 e 2015 um desabastecimento de Penicilina, dificultando a

continuidade do tratamento em todo o território nacional. O número de casos de **Sífilis congênita** vem aumentando nos últimos anos, no Brasil e no Paraná. A incidência em 2013 foi de 4,7 casos/1.000 NV no Brasil; na região sul, atingiu 4,1/1.000 NV e, no Paraná, 2,4/1.000 NV (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.85 e 86). Em 2015, Cruzeiro do Iguaçu registrou dois casos de **Sífilis em gestantes**. Não há registro no período 2013-2016 de casos de **sífilis congênita**. No conjunto do Estado, os números são pequenos se comparados ao número de nascimentos, sendo que, no período entre 2008, 2009, 2010 e 2011, o percentual foi crianças com sífilis congênita/nascidos vivos foram, respectivamente, 0,055%, 0,091%, 0,122% e 0,191%.

Quadro 15: Sífilis Congênita

	2013	2014	2015	2016
Número absoluto de crianças com sífilis congênita	0	0	0	0
Percentual Sífilis congênita/Nascidos Vivos	0	0	0	0

Fonte: SINAN.

O Brasil encontra-se entre os 22 países prioritários que concentram 80% dos casos de **Tuberculose**, ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos. Nos últimos cinco anos apresentaram, em média, 73 mil casos novos. O Paraná, em 2015, notificou 2.092 casos novos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 18,7 casos/100 mil habitantes. O Estado apresenta a menor taxa de incidência de tuberculose na região sul e é um dos poucos estados brasileiros que se encontra na fase de pré eliminação da tuberculose, ou seja, apresenta um coeficiente de mortalidade (CM) menor que um caso/100 mil habitantes (BRASIL, Boletim Epidemiológico, 2015).

O Paraná é heterogêneo, apresentando municípios com incidência elevada, como Paranaguá (74,3 casos/100 mil habitantes), e outros onde nem há casos registrados, embora façam fronteira com os que possuem casos de tuberculose notificados, o que sugere deficiência na detecção dos casos e possível manutenção de transmissão da doença. Para melhoria dessas taxas, é fundamental a implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em pelo menos 90% dos casos de TB de todas as formas, fortalecendo ações articuladas com

especial ênfase em populações mais vulneráveis (pessoas com HIV/AIDS e outras comorbidades, moradores de rua, população privada de liberdade, crianças, adolescentes, dependentes químicos), visto que possuem maior risco de adoecimento (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.86). A **Tuberculose** apresenta em nosso município apenas um caso novo em 2015, nos outros anos, mantém zero.

Entre as zoonoses de interesse estadual e saúde pública, destaca-se a **Raiva**, cuja letalidade em humanos chega a quase 100%. Não são registrados casos de **Raiva humana** no Paraná desde 1987, quando foi confirmado um caso por critério clínico-epidemiológico, transmitido por morcego, sendo o último caso de raiva humana transmitida por cão ocorrido em 1977. O Paraná realiza campanha de vacinação apenas em área de risco (fronteira) e os casos em animais silvestres (sobretudo morcegos) têm aumentado sensivelmente (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.91). Mas se registram anualmente uma média de 35.000 (trinta e cinco mil) notificações de pessoas expostas ao risco de contrair a raiva, na maioria, agressões por cães e gatos. Igualmente acontece em no município de Cruzeiro do Iguaçu, uma média de 10,6 notificações de agressões por ano, na maioria por cães.

No Brasil, a maioria dos casos é notificada na Região Sul e o Paraná é o estado onde se tem o maior número de casos registrados no país. Os **acidentes com animais peçonhentos** estão entre os agravos com maior proporção de registros de notificação compulsória, destacando-se os acidentes com aranhas, que correspondem a 50,3% dos casos notificados, em especial, o loxocelismo, que é considerado a forma mais importante de araneísmo na América do Sul (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.81). No município, consta uma média de 8,25 casos ao ano, com um aumento considerável de 55% comparado aos anos anteriores, sendo causados principalmente por (aranhas, serpentes e escorpiões).

A **Hanseníase** no Paraná vem apresentando uma melhoria de seus indicadores, caracterizando como efetivas as ações de cuidado na hanseníase. O controle da endemia é realizado buscando-se implementar o diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos, prevenção de incapacidades físicas, cirurgias reabilitativas e vigilância de contatos intradomiciliares. Desde 2013, a hanseníase está em processo de eliminação como problema de saúde pública no Estado, com menos de um caso por 10 mil habitantes. A Coordenação Estadual mapeou, por meio de estudo epidemiológico, o perfil específico de cada município, a fim de aprimorar a gestão do agravo, organizando uma vigilância de risco a partir da estratificação dos 399 municípios do Paraná (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.88).

Em Cruzeiro do Iguaçu, a **Hanseníase** vem mantendo uma média de um caso novo/ano nos últimos dois, mas em anos anteriores contava com mais casos já tratados, porém apresenta certa discrepância, sendo um mau resultado, já que os dados do Estado mostram uma forte queda de novos casos, cerca de 10% ao ano. Dado esse que nos coloca em alerta e exige uma vigilância mais apurada, visto que o município concentra micro áreas definidas e mais suscetíveis ao aparecimento de novos casos, e até mesmo reinfecção, em virtude de fatores que predispõem como, baixo nível de escolaridade, socioeconômico, cultural e sanitário.

A **Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)** é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. É uma zoonose em franca expansão geográfica no Brasil, sendo uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela frequência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e sequelas que pode acarretar. Ela vem ocorrendo de forma endêmico-epidêmica apresentando diferentes padrões de transmissão, relacionados não somente à penetração do homem em focos silvestres, frequentemente em áreas de expansão de fronteiras agrícolas. Tem-se evidenciado a ocorrência da doença em áreas de colonização antiga. Nestas, tem-se discutido a possível adaptação dos vetores e parasitas a ambientes modificados e reservatórios. É importante problema de saúde pública pela sua magnitude, transcendência e pouca vulnerabilidade às medidas de controle. (Acesso em http://www.inf.furb.br/sias/parasita/Textos/leishmaniose_tegumentar_american.htm ago./2017).

Em relação à **saúde do trabalhador** no Paraná, há grande quantidade de mortes e adoecimentos relacionados ao trabalho. Nos últimos nove anos (2007 a 2015), de acordo como Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 3.237 trabalhadores perderem a vida, revelando uma média de 360 óbitos ao ano, praticamente um óbito por dia. Os agravos relacionados à saúde do trabalhador de notificação compulsória no Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN) são: Acidente de Trabalho Grave (ATG) (fatais, mutilações e envolvendo menores de 18 anos de idade), Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, Intoxicações Exógenas, Lesão por Esforço Repetitivo (LER/DORT), Câncer Relacionado ao Trabalho, Transtorno Mental, Dermatoses Ocupacionais, Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) e Pneumoconiose. As principais características dos trabalhadores que sofreram Acidente de Trabalho Grave (ATG) nos últimos nove anos, incluindo os que vieram a óbito, foram trabalhadores do sexo masculino (84,5%), entre 20 a 34 anos (42,2%). As principais ocupações foram: pedreiro,

alimentador de linha de produção, trabalhador agropecuário em geral, motorista de caminhão e servente de obras. As doenças relacionadas ao trabalho representaram no mesmo período apenas 2,9% do total das notificações do SINAN, evidenciando a subnotificação das mesmas (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.82). O Paraná vem aumentando o número de registros de **acidentes de trabalho** nos últimos anos acompanhando uma tendência nacional, concomitante a isso ocorreu também um aumento da massa trabalhadora registrada. O município teve um aumento relacionado aos anos anteriores, com uma média de 2,5 casos por ano de acidentes, mas continua realizando meios de prevenção para estes agravos, bem como a notificação dos casos, já que muitas vezes existe a necessidade da assistência hospitalar fora de domicílio e por urgência são subnotificados e acabam não sendo registrados.

O monitoramento dos sistemas de informação por meio da vigilância em saúde constitui-se uma estratégia imprescindível para dar visibilidade à magnitude e ao impacto das **Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)** na população, em certo tempo e local. Nesse grupo são monitoradas: as **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**, **causas externas (acidentes e violências)**, agravos da saúde do trabalhador e eventos adversos de interesse da saúde pública.

As **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)** incluem: neoplasias malignas, diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC). Em 2013, no Brasil, as DCNTs corresponderam a 72% de todas as mortes: 31,3% devido a DAC; 16,3%, as neoplasias; 5,2%, a diabetes e 5,8% a DRC (BRASIL, 2015). No Paraná, em 2014, as proporções de morte eram: Doenças do Aparelho Circulatório, 28,3%; neoplasias, 18,1%; diabetes, 4,7%; e doenças respiratórias crônicas, 6,3%. A maior prevalência de DCNT foi na Região Sul, com 52,1%, e no Paraná, 52,3% (PNS, 2013).

O aumento da ocorrência das doenças crônicas observado nas últimas décadas está relacionado às mudanças no comportamento e estilo de vida; ao aumento da industrialização e da urbanização; à melhoria da qualidade da assistência em relação às doenças infecto-parasitárias, da imunização, do saneamento básico e da escolaridade. Tudo isso contribuiu para o aumento da população idosa na pirâmide etária (BRASIL; OPAS, 2005).

No Paraná, observou-se nos últimos anos uma redução nas taxas de mortalidade pelas DCNTs, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990,

mostrando importante avanço na saúde da população; porém, as DCNTs constituem-se ainda um problema de saúde de grande magnitude (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.68).

No Paraná, as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), é a primeira causa de morte da população total, as neoplasias (câncer), a segunda causa; Causas Externas (CE), ou seja, diferentes formas de violência e acidentes, a terceira; e Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), a quarta. Na infância e adolescência, além das CE, as neoplasias e as Doenças do Sistema Nervoso têm destaque. As Causas Mal Definidas (MD) representaram 3,3% nas classificações de óbitos. No município de Cruzeiro do Iguaçu podemos comparar ao Estado, como demonstra a seguir que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas dos óbitos, seguido por neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

Quadro 16: Distribuição Percentual de Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária (Jan a Dez 2016).

2.4. MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA (Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2016)

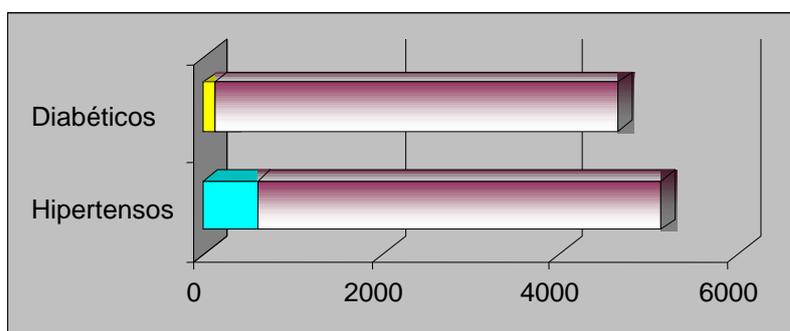
													null
Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3	2	2	3	2	4	4	9	3	8	9	50
Capítulo II Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	1	1	3	10	5	4	15	2	41
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1	2	0	4	13	10	17	16	63
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	9	18	7	3	3	5	4	6	19	18	12	15	119

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	3	2	0	1	2	3	4	3	2	3	1	24
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	4
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	0	1	0	0	0	1	9	1	2	0	14
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	6
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	8	19	5	0	0	0	0	0	32
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0	1	0	8	3	4	3	5	3	5	1	1	34
Total	11	26	12	14	23	35	23	35	67	47	61	45	399

No município, as principais causas de internações em 2016 como demonstram a seguir, foram principalmente por doenças do aparelho respiratório e circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, lesões, envenenamento e algumas por outras consequências de causas externas, como podemos observar muito similar ao Estado. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo teve um significativo aumento comparado aos anos anteriores. Como ponto positivo, as afecções originadas no período perinatal obtiveram uma relevante

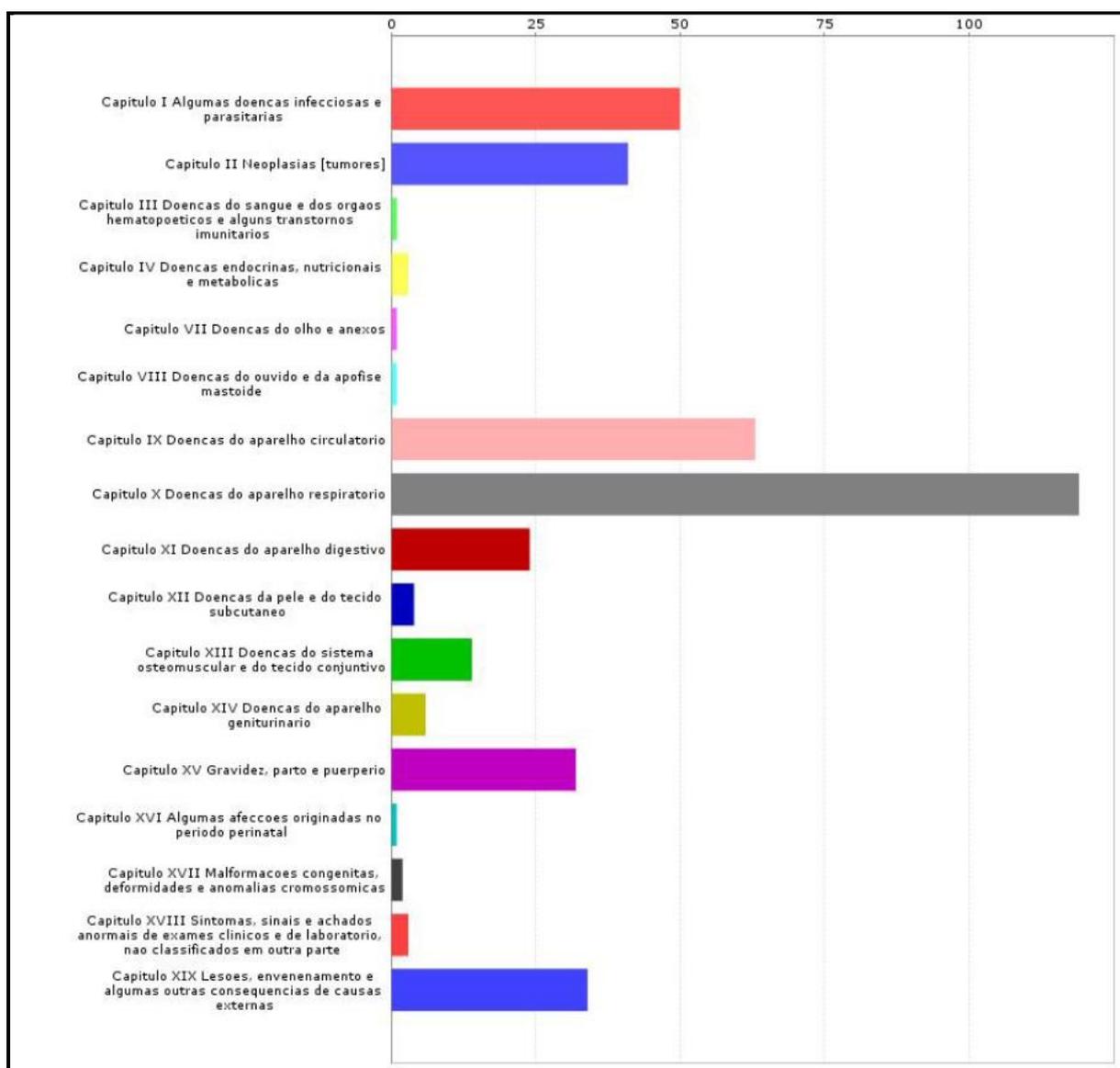
diminuição da incidência, condizente com Programa da Rede Mãe Paranaense que direciona ações e estratégias voltadas a esta categoria. Outro índice observado é relacionado às internações por causas sensíveis na atenção básica, que ocorrem por maus hábitos alimentares e falta de exercícios físicos diários, havendo necessidade de repensarmos programas de prevenção com vistas a educação da população. As internações por fratura do fêmur em idosos é outro fator elevado e que tem uma ampla necessidade de ser trabalhada com intervenções eficazes, pois ano a ano apresenta aumento desta incidência. Os óbitos segundo os capítulos principais do CID-10, ainda mantém como causa principal às doenças do aparelho circulatório. No Plano Estadual de Saúde (2016 - 2019) as doenças do aparelho circulatório e respiratório correspondem à 72% de todas as mortes, devido a alta incidência de fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, condições e hábitos de vida como tabagismo, sedentarismo, obesidade e estresse. Em Cruzeiro do Iguaçu mais de 15% da população apresenta hipertensão e aproximadamente 5% são diabéticos.

Quadro 17: População estimada de Diabéticos e Hipertensos (DATASUS, 2016).



As neoplasias continuam sendo a segunda maior causa de óbitos em Cruzeiro do Iguaçu atingindo 22%, relacionando-se com o estado do Paraná com 18,1% dos óbitos, historicamente relacionado ao envelhecimento da população, hábitos alimentares inadequados, baixo nível socioeconômico e cultural e alterações genéticas devido aos desequilíbrios ambientais e cruzamento genético. Em contrapartida permanece a dificuldade de adesão da população para medidas preventivas (exames cito patológicos, auto exame das mamas, mamografia e toque retal, entre outras). Infelizmente, muitas vezes por medo ou preconceito estes índices aumentam significativamente no decorrer dos anos.

Quadro 17: Principais causas de Internações em 2016.

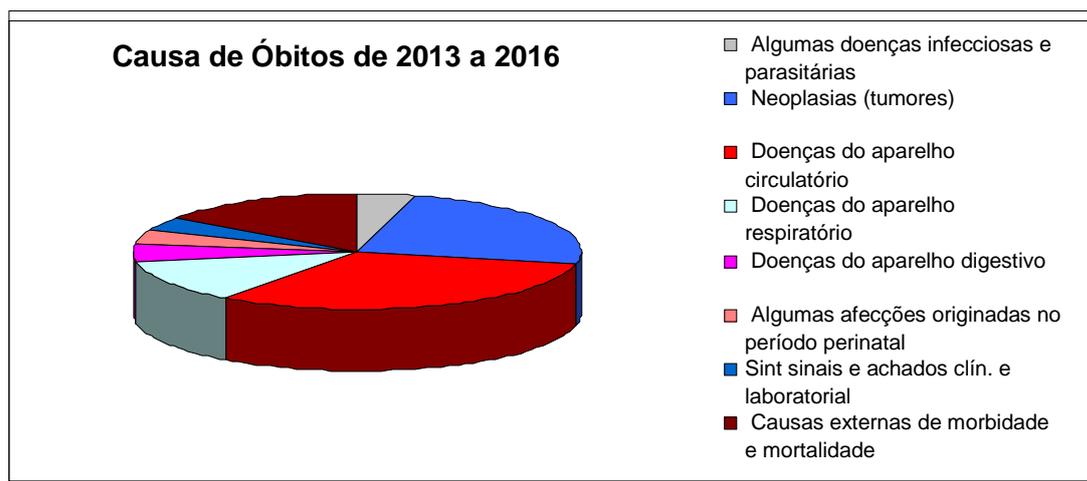


Quadro 17-A: Causas de internações sensíveis à atenção básica (2013-2016)

	2013	2014	2015	2016
Percentual de internações por condições sensíveis à APS	49,8%	35,7%	33,8%	40,8%

Fonte: DATASUS via TABWIN.

Quadro 18: Causas de óbitos (2013 a 2016).



Quadro 18-A: Outros indicadores de mortalidade (2013-2016)

Indicadores de Mortalidade	2013	2014	2015	2016
Total de óbitos	12	11	14	12
Total óbitos por DCNT	10	03	10	7
Percentual de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT	45,56%	23,38%	46,75%	70,13%

Fonte: SIM e DATASUS.

No Brasil e no mundo, o impacto social e econômico da **Morbimortalidade por Causas Externas** (CE – violências e acidentes) constitui uma das maiores preocupações para Chefes de Estado e dirigentes do setor de Saúde. Em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos, o mesmo ocorrendo no Paraná (PARANÁ, 2014).

A **violência interpessoal** urbana afeta principalmente os homens. As mortes por agressão em 2014 foram na proporção de 9,5 homens para cada mulher, e as por Acidentes por Transporte Terrestre (ATT) foram de 04 homens para cada mulher. A principal vítima fatal das CEs é a população jovem masculina, e a principal causa e internação por CEs são as agressões e os acidentes de transporte (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.76).

A **violência doméstica e sexual** gera importante impacto na saúde da população, sendo uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, perpetuam-se entre as gerações futuras (BRASIL 2015).

A notificação desse agravo foi implantada em 2009, por meio do SINAN-NET. No Paraná, tem havido um significativo aumento do número de notificações e de unidades notificadoras. As mulheres, adolescentes e jovens, são as principais vítimas da violência doméstica e sexual. A grande maioria das notificações concentra-se na faixa etária entre 10 e 39 anos, sendo a mulher de 20 a 29 o maior número de casos notificados. Em relação ao tipo da violência, a física é a forma de violência mais notificada, em ambos os sexos, representando 55,6% de todas as formas de violência registradas nesse período; seguida pela psicológica ou moral (31,5%), negligência ou abandono (29,1%) e sexual (15,8%). A violência autoprovocada corresponde a 11% das notificações. Numa análise de gênero em relação ao tipo de violência sexual, observa-se maior ocorrência de casos de estupro (66,3%) entre os 7.492 casos de violência sexual contra a mulher, seguido de assédio sexual (25,2%). É com as adolescentes (10 a 19 anos) a maior ocorrência dessas formas de violência (2.288 casos de estupro), depois, as crianças (952 casos), jovens de 20 a 29 anos (664 casos), mulheres de 30 a 39 anos (371 casos) e de 40 a 49 anos (228 casos). Também houve registros de casos com mulheres idosas (62 casos), indicando que a violência sexual é um problema complexo e atinge todos os ciclos de vida (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.76 e 79). Em Cruzeiro do Iguaçu, há registro de quatro casos em 2014, seguido por um caso no ano de 2015 e 2016.

Quadro 19: Indicadores relacionados a Atenção Básica

Indicadores	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	95,52	83,94	90,55	90,95	63,16
Proporção de exodontia realizada em relação aos procedimentos	4,34	4,64	3,75	2,73	4,90
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,77	1,17	0,89	0,86	1,25
Razão de mamografias de rastreamento em mulheres de 50	0,34	0,68	0,55	0,56	0,55

a69 anos e a população da mesma faixa etária					
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	53,7	38,33	54,38	55	34,29
Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT	Sem informação	10 casos	03 casos	10 casos	07 casos
Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	95,24	113,55	99,38	100	62,50

Fonte: DATASUS.

Em relação aos indicadores acima selecionados da Atenção Básica, alguns destes passaram por alterações em comparação aos anos anteriores, outros foram mantidos e alguns acrescentados, mas todos com o intuito e seguimento de melhorias perante a assistência da APS (Atenção Primária à Saúde). O município em alguns indicadores diminuiu, como exemplo, no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, que em 2016 teve uma queda de 27,79% comparada ao ano anterior. A média da proporção de exodontia realizada no município em relação aos procedimentos foi de 4,07%, mantendo-se acima quando comparado ao Estado, o qual tem o índice em 2015 de 3,5%. Já nos exames citopatológicos do colo do útero, a meta do Estado consta com um percentual de 0,90 sendo que superamos o proposto, atingindo 1,25 no mesmo período. Nas mamografias, o município vem oscilando em seus resultados anuais, porém permaneceu igualado com a meta do Estado para o ano de 2106 que foi de 0,55. Na proporção de parto normal no SUS e na saúde complementar a meta do Estado é de 36,00, na qual o município de Cruzeiro do Iguaçu ficou inferior devido às ações de continuidade da Rede Mãe Paranaense não serem seguidas através do referenciado. A taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT, o estipulado como meta Estadual é de seis, portanto ainda ficamos um dígito acima e nos comprometemos em propor planejar estratégias para que este número venha a diminuir nos próximos anos. E no quesito proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas, a meta do Estado para 2016 foi de 90,00, sendo que o município sempre havia superado as metas comparado ao Estado como exposto acima, porém no ano de 2016 houve problemas técnicos relacionados ao SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização) e a transmissão de dados para o Ministério da Saúde (MS), falhas no sistema foram detectadas, e por fim existe a

situação de áreas fronteiriças, ocorrendo evasão destas crianças perante a sala de vacinas. Continuaremos desenvolvendo ações para adesão e aumento deste índice futuramente, voltando a atingir metas.

7. Rede Física de Atendimento em Saúde:

Quadro 20: Estabelecimentos e tipo de prestador, segundo dados do CNES, 2016.

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado
Unidade Básica de Saúde	01	00	00
Equipe Saúde da Família	02	00	00
Posto de Atendimento Saúde	04	00	00
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	00	00	00
Consultório Isolado	00	00	00
Hospital Geral	00	00	00
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	00	00	01
Unidade de Vigilância em Saúde	01	00	00
Total	08	00	01

Fonte: Sistema CNES.

Quadro 21: Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado, dados do CNES – Paraná no ano de 2016.

Serviço Prestado	SUS	Particular
Internação	00	00
Ambulatorial	07	00
Urgência	00	00
Diagnose e Terapia	00	01
Vig. Epidemiológica e Sanitária	01	00
Farmácia ou Cooperativa	01	02

Quadro 22: Leitos de internação/1000 habitantes, dados do CNES em 2016.

Leitos Hospitalares existentes por 1000 habitantes:	6,77
Leitos Hospitalares SUS por 1000 habitantes	6,77

O município de Cruzeiro do Iguaçu disponibiliza a Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) com outros municípios devido não possuir hospital local. Nos locais de atendimento de Saúde há 06 (seis) leitos para Observação.

Quadro 23: Número de leitos de internação existentes em 2016.

AIHs	Quantidades		Locais	
	Mês	Ano	Municípios	Hospitais
Cirúrgicos, Clínicos Obstétrico e Outras Especialidades	18	216	Dois Vizinhos	São Judas Tadeu
	05	60	Dois Vizinhos	PróVida
	05	60	Francisco Beltrão	São Francisco
	04	48	Francisco Beltrão	Hospital Regional
	05	60	Pranchita	Fundação Hospitalar da Fronteira.

Quadro 24: Recursos Humanos: Vínculos, segundo categorias selecionadas.

Categoria	Total	SUS	Privado	Prof/1000hab	Prof.SUS/1000
Médicos	00	03	00	00	00
Anestesista	00	00	00	00	00
Cirurgião Geral	00	00	00	00	00
Clínico Geral	01	01	00	0,23	00
Gineco/Obstetra	00	00	00	00	00
Médico ESF	02	02	00	0,46	0,46
Pediatra	00	00	00	00	00
Psiquiatra	00	00	00	00	00
Radiologista	00	00	00	00	00
Cirurgião dentista	06	02	04	1,40	0,46
Enfermeiro	03	03	00	0,70	0,70
Fisioterapeuta	02	02	00	0,46	0,46
Fonoaudiólogo	00	00	00	00	00
Nutricionista	01	01	00	0,23	0,23
Farmacêutico	02	02	00	0,46	0,46
Assistente Social	02	02	00	0,46	0,46

Psicólogo	02	02	00	0,46	0,46
Técnico de Enfermagem	07	07	00	1,62	1,62

Segundo aos Parâmetros Assistenciais do SUS⁴ é necessário um médico para cada 1000 habitantes sendo que a proporção é de 0,8 médicos generalistas por habitante (0,8/1000 hab.) e 0,2 médico especialista por habitante (0,2/1000 hab.); E um odontólogo para 1.500 a 5.000 hab. Em razão do contingente populacional seriam necessários quatro clínicos gerais. O município disponibiliza o número de odontólogos de acordo com o parâmetro. Em Cruzeiro do Iguaçu, a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem seu funcionamento anexo a Equipe de Saúde da Família (ESF), o mesmo permanece reduzido de um enfermeiro.

Quadro 25: Série histórica de cobertura da APS, ESF e ESB.

Cobertura Populacional	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura populacional estimada pelas equipes da APS	95,6%	93,4	93,2	91,6	90,2
Coberturas das ESF	104,25%	95,7	94,3	90,1	89,9
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	100%	100%	100%	100%	100%

O município possui uma média de 93,68% de cobertura com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 100% para Saúde Bucal (SB-ESF), sendo que a média para a região abrangida pela 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão – PR é de 78,4% e 76,4%, respectivamente, em 2016.

Quadro 26: Número equipamentos e categorias disponíveis ao SUS.

Categoria	Município CI	Terceirizado	Quantidade/Ano
Mamógrafo	00	03	150 exames/ano.
Raio X	00	01	700 exames/ano.
Tomógrafo Computadorizado	00	01	65 exames/ano.

⁴ Portaria GM/MS 1101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Ressonância Magnética	00	01	24 exames/ano.
Ultrassom	01	01	700 exames/ano.
Equipo Odontológico Completo	06	00	5169 procedimento/ano

Em Cruzeiro do Iguaçu, esta categoria de serviços é terceirizada através de licitação. Atualmente possui um posto de coletas com todos os exames laboratoriais da tabela SUS, seguem nesta tabela os mais solicitados.

Quadro 27: Tabela de Exames de Análises Clínicas.

Exame	Código Procedimento	Serviço Credenciado	Quantid. /Ano
HEMOGRAMA COMPLETO	0.20.20.20.38-0	Coleta Municipal	2000
DOSAGEM DE GLICOSE	0.20.20.10.47-3	Coleta Municipal	1500
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	0.20.20.10.29-5	Coleta Municipal	1000
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	0.20.20.10.67-8	Coleta Municipal	1000
ELEMENTOS E SEDIMENTOS DA URINA	0.20.20.50.01-7	Coleta Municipal	1000
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	0.20.20.60.25-0	Coleta Municipal	1000
DOSAGEM DE CREATININA	0.20.20.10.31-7	Coleta Municipal	600
DOSAGEM DE TEROL HDL	0.20.20.10.27-9	Coleta Municipal	500
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	0.20.20.40.12-7	Coleta Municipal	400
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	0.20.20.30.10-5	Coleta Municipal	300
DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO	0.20.20.20.15-0	Coleta Municipal	250
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA	0.20.20.30.97-0	Coleta Municipal	250
TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	0.20.20.31.11-0	Coleta Municipal	250
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	0.20.20.60.37-3	Coleta Municipal	250
ANTIBIOGRAMA	0.20.20.80.01-3	Coleta Municipal	250
DOSAGEM DE UREIA	0.20.20.10.69-4	Coleta Municipal	225
DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA	0.20.20.10.64-3	Coleta Municipal	200
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	0.20.20.20.14-2	Coleta Municipal	200
DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	0.20.20.30.07-5	Coleta Municipal	200
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	0.20.20.30.20-2	Coleta Municipal	200
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	0.20.20.10.65-1	Coleta Municipal	175
DOSAGEM DE ACIDO URICO	0.20.20.10.12-0	Coleta Municipal	150
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	0.20.20.10.28-7	Coleta Municipal	150
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	0.20.20.10.50-3	Coleta Municipal	150
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	0.20.20.30.30-0	Coleta Municipal	150
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITOXOPLASMA	0.20.20.30.76-8	Coleta Municipal	150
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	0.20.20.30.87-3	Coleta Municipal	150
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG,	0.20.20.60.21-7	Coleta Municipal	150
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRASFERASE (GAMA GT)	0.20.20.10.46-5	Coleta Municipal	125
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	0.20.20.30.81-4	Coleta Municipal	125
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA	0.20.20.30.92-0	Coleta Municipal	125
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	0.20.20.10.20-1	Coleta Municipal	100
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	0.20.20.60.38-1	Coleta Municipal	100
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	0.20.20.60.39-0	Coleta Municipal	100

CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	0.20.20.80.08-0	Coleta Municipal	100
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE	0.20.20.30.63-6	Coleta Municipal	75
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL	0.20.20.30.78-4	Coleta Municipal	75
DOSAGEM DE AMILASE	0.20.20.10.18-0	Coleta Municipal	50
CONTAGEM DE PLAQUETAS	0.20.20.20.02-9	Coleta Municipal	50
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	0.20.20.20.13-4	Coleta Municipal	50
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA,	0.20.20.20.36-3	Coleta Municipal	50
HEMATOCRITO	0.20.20.20.37-1	Coleta Municipal	50
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	0.20.20.30.59-8	Coleta Municipal	50
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	0.20.20.30.67-9	Coleta Municipal	50
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL	0.20.20.30.89-0	Coleta Municipal	50
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-	0.20.20.31.03-9	Coleta Municipal	50
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	0.20.20.40.08-9	Coleta Municipal	50
DOSAGEM DE ESTRADIOL	0.20.20.60.16-0	Coleta Municipal	50
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	0.20.20.60.34-9	Coleta Municipal	50
BACTEROSCOPIA (GRAM)	0.20.20.80.07-2	Coleta Municipal	50
DOSAGEM DE POTASSIO	0.20.20.10.60-0	Coleta Municipal	35
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	0.20.20.60.23-3	Coleta Municipal	35
DOSAGEM DE FERRITINA	0.20.20.10.38-4	Coleta Municipal	30
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	0.20.20.10.04-0	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	0.20.20.10.22-8	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	0.20.20.10.32-5	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	0.20.20.10.36-8	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE FERRO SERICO	0.20.20.10.39-2	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0.20.20.10.42-2	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE FOSFORO	0.20.20.10.43-0	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS	0.20.20.10.57-0	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	0.20.20.10.61-9	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	0.20.20.10.62-7	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE SODIO	0.20.20.10.63-5	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	0.20.20.10.76-7	Coleta Municipal	25
CONTAGEM DE RETICULOCITOS	0.20.20.20.03-7	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	0.20.20.30.09-1	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	0.20.20.30.47-4	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	0.20.20.30.72-5	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES	0.20.20.30.84-9	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	0.20.20.30.96-2	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	0.20.20.40.14-3	Coleta Municipal	25
CLEARANCE DE CREATININA	0.20.20.50.02-5	Coleta Municipal	25
CLEARANCE DE UREIA	0.20.20.50.04-1	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	0.20.20.50.11-4	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	0.20.20.60.24-1	Coleta Municipal	25
DOSAGEM DE PROLACTINA	0.20.20.60.30-6	Coleta Municipal	25
EXAME MICROBIOLÓGICOS A FRESCO (DIRETO)	0.20.20.80.14-5	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO CEA	0.20.20.90.22-1	Coleta Municipal	25
DETERMINAÇÃO DIRETA OU REVERSA DE GRUPO ABO	0.20.21.20.02-3	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	0.20.21.20.08-2	Coleta Municipal	25
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	0.20.21.20.09-0	Coleta Municipal	25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE	0.20.20.30.80-6	Coleta Municipal	20
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA	0.20.20.30.91-1	Coleta Municipal	20

DOSAGEM DE COLINESTERASE	0.20.20.10.30-9	Coleta Municipal	15
DOSAGEM DE VITAMINA B12	0.20.20.10.70-8	Coleta Municipal	15
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	0.20.20.20.30-4	Coleta Municipal	15
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	0.20.20.20.44-4	Coleta Municipal	15
DETERMINAÇÃO DO COMPLEMENTO (CH50)	0.20.20.30.06-7	Coleta Municipal	15
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	0.20.20.30.46-6	Coleta Municipal	15
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA	0.20.20.30.64-4	Coleta Municipal	15
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-	0.20.20.30.83-0	Coleta Municipal	15
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	0.20.20.30.90-3	Coleta Municipal	15
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	0.20.20.30.98-9	Coleta Municipal	15
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	0.20.20.50.09-2	Coleta Municipal	15
BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS	0.20.20.80.04-8	Coleta Municipal	15
PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	0.20.20.90.30-2	Coleta Municipal	15
DOSAGEM DE ESTRIOL	0.20.20.60.17-9	Coleta Municipal	12
DOSAGEM DE ESTRONA	0.20.20.60.18-7	Coleta Municipal	12

8. Gestão em Saúde

A Gestão em Saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. A Saúde Pública considera a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como a gestão de conflitos armados esse importa com seus inimigos, ou seja, erradicar, controlar e vigiar. Logo, como a arte da guerra, a administração sanitária tem um planejamento estratégico e tático, programas sanitários e gestão operacional, assim como os conceitos de erradicação e de controle, de risco, de vigilância e de análise de informação.

A Gestão em Saúde é um desdobramento contemporâneo dessa tradição, ou seja, no lugar da guerra, entram os conceitos de sociologia, da ciência política e da teoria da administração. Em meados do século XX, houve a ampliação do objeto, quando foram construídos os Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde.

Desenvolveu-se, com essa finalidade, uma cultura sanitária voltada para a organização de serviços e programas de saúde, em que o Estado foi responsabilizado pelo financiamento e gestão de uma rede de serviços constituída segundo o conceito de integração sanitária. Tal rede executaria ações de prevenção e relevância coletiva, assumindo tanto a atenção clínica, como a assistência individual em hospitais e outros serviços. Assim, originando o conceito de hierarquização e regionalização dos serviços com a modalidade de rede denominada atenção primária.

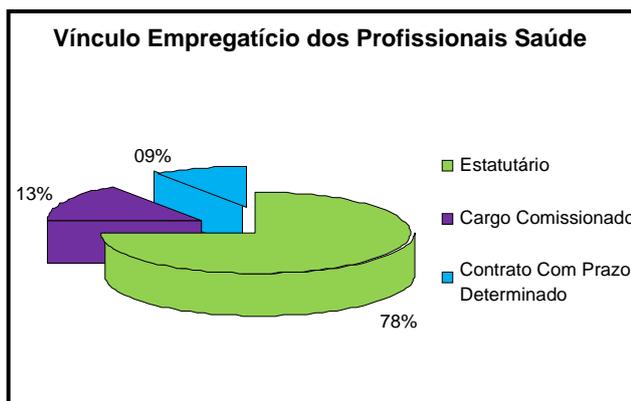
A atenção primária trabalha com lógica de território de referência e é responsável pela coordenação de cuidado dos usuários, sendo a principal porta de entrada do SUS. A atenção de média e alta complexidade é caracterizada por serviços ambulatoriais e hospitalares com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas; o complexo regulador, sendo uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde consiste na organização do conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada para adequar oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS. A assistência farmacêutica constitui uma política pública inserida no SUS, voltada para a garantia de acesso e do uso racional de medicamentos necessários à assistência integral à saúde (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.97).

8.1 Gestão do Trabalho em Saúde

A gestão do trabalho em saúde parte da premissa de que o trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde, no qual o trabalhador da saúde é reconhecido como agente transformador e não apenas como recurso humano. O trabalhador é considerado peça fundamental no processo de contínua melhoria dos serviços prestados à população, impactando diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e na melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.92). A gestão do trabalho prevê um conjunto de ações que buscam valorizar o trabalhador e as suas relações de trabalho, que segundo o Plano Nacional de Saúde, a efetividade da gestão do SUS configura-se condição básica para o atendimento das necessidades de saúde da população. Orientada pelas diretrizes constitucionais da descentralização, do atendimento integral que o sistema deve prestar e da participação social, a gestão em saúde é um desafio que demanda permanente aperfeiçoamento tanto dos processos de organização e operação, quanto da eficiência na captação e aplicação de recursos de diferentes naturezas disponíveis.

Embora todos os avanços do SUS, no que se refere ao planejamento, descentralização, financiamento e controle social, a gestão do trabalho ainda não recebeu o devido destaque a nível estadual, podemos afirmar que isso vem melhorando na área de saúde com a obrigatoriedade do concurso para cargos municipais. Geralmente dos profissionais atuantes, ainda há setores com

funcionários contratados (setor da vigilância) ou terceirizados (médicos) e por esse motivo não permanecem vinculação com a população. Com o último concurso público realizado, buscou-se alocar dentro da Secretaria Municipal de Saúde, profissionais principalmente para os cargos nas Equipes de Saúde da Família, garantindo promover o vínculo e a permanência destes por mais tempo, com adequada assistência à população. Em 2015 foi instituído o Plano de Cargos e Carreira para a devida valorização dos servidores públicos.



Segue atual equipe técnica dos profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde e a necessidade de contratação futuramente, conforme exposto anteriormente na XI Conferência Municipal de Saúde.

	Equipe Atual	Contratação Necessária
Administrativo - Gestor Municipal	1	0
Administrativo - Diretor	1	0
Administrativo - Vigilância em Saúde	1	0
Administrativo - Agendamentos	2	2
Administrativo - Recepcionista	1	1
Cirurgião Dentista	2	0
Agente Saúde Pública - Veterinário	1	1
Farmacêutico	2	0
Auxiliar de Farmácia	1	1
Enfermeiro Unidade Central	0	1
Enfermeiro ESF	2	0
Enfermeiro Epidemiologia	1	0

Fisioterapeuta	2	2
Médico Clínico Geral	1	1
Médico Ginecologista	0	1
Médico da Estratégia da Saúde Família	2	0
Psicólogo	1	1
Técnicas de Enfermagem	6	3
Auxiliar e Técnica em Saúde Bucal	2	0
Telefonista	1	0
Agente Comunitário de Saúde	12	3
Agente de Combate à Endemias	2	0
Motoristas	8	2

Para além do provimento de pessoas conforme dimensionamento dos serviços, as rápidas mudanças tecnológicas e paradigmáticas que impactam nas transformações dos processos de trabalho demandam constantes qualificações e colocam a Educação Permanente em Saúde em foco (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.94). Nesse sentido, os processos de educação permanente de profissionais do SUS, as pesquisas e outras produções técnico-científicas e os programas de educação popular, assumem relevância para a gestão do trabalho em saúde. Tarefas que devem ser assumidas tanto pela SESA como pelas SMS, cujos setores voltados à formação e desenvolvimento de pessoas devem ser fortalecidos (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.97).

8.2 Planejamento em Saúde

Segundo o Plano Nacional de Saúde, o planejamento vem sendo paulatinamente apropriado por gestores e profissionais de saúde como função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, estabelecido a partir do Pacto pela Saúde em 2006. Cabendo ao município a construção/operacionalização do planejamento no seu território de abrangência.

O sistema de planejamento tem sua expressão concreta no processo de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do SUS (Plano Plurianual de Saúde/PPA, Programação Anual de Saúde/PAS e Relatório Anual de Gestão/RAG). Estes que contribuem veemente para analisar e avaliar a assistência prestada através dos indicadores acima representados mediante as Conferências

Municipais de Saúde realizadas, havendo participação de dezessete grupos organizados da sociedade civil e usuários do SUS, visando à construção de um plano de saúde com base na real situação para alcance dos objetivos necessários. Além destes, se faz conjunto nos planos, a Lei de Diretrizes Orçamentárias/LDO e Lei Orçamentária Anual/LOA), que explanam efetivamente os gastos e futuras aplicações dentro das necessidades da saúde pública.

8.3 Descentralização e Regionalização

O município de Cruzeiro do Iguaçu é integrado a 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão-PR, juntamente com outros 26 municípios pertencentes a esta mesma regional. Habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica aderiu ao Pacto pela Saúde e teve o Termo de Compromisso do Gestor Municipal homologado em 03/2010, também participa do Consórcio Intermunicipal de Saúde (ARSS - Associação Regional de Saúde – 8ª Regional/Francisco Beltrão). O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei 752 em 11 de agosto de 2010, sendo composto por 08 (oito) membros titulares e 09 (nove) membros suplentes. O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Resolução 521 de 29 de maio de 2007. A última Conferência de Saúde foi realizada em junho de 2013. O setor saúde está dividida em Departamentos e Divisões:

- Departamento de Controle de Veículos
- Departamento de Enfermagem
- Departamento de Farmácia
- Departamento de Saúde
- Divisão de Agendamento
- Divisão de Saúde
- Divisão de Vigilância Epidemiológica
- Divisão de Vigilância Sanitária

8.4 Participação Social:

As ações de Promoção da Saúde são realizadas de forma intersetorial e articuladas com outras políticas públicas, considerando a participação social, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. A participação social é

estratégia fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades humanas, pois resgata a capacidade do cidadão de refletir e atuar sobre sua saúde e de sua comunidade, e ainda permite à gestão do sistema de saúde executar ações com base nas reais necessidades da população (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.104).

O sistema público municipal de saúde está aberto à participação social, representada pelo Conselho Municipal de Saúde e ouvidoria municipal. O Conselho Municipal de Saúde trabalha em conjunto com a SMS apresentando as principais reivindicações da população, analisando, elaborando resoluções, fiscalizando e aprovando toda movimentação financeira, além da resolutividade das ouvidorias. As Conferências Municipais de Saúde são bienais e nestas as reivindicações da população são apresentadas e votadas. A XI conferência anterior, realizada em 08 de julho de 2015 apresentou quatro (04) eixos e foram aprovadas as seguintes propostas:

A) Eixo I – Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

1. Retorno do programa HIPERDIA para o Interior; Quem realiza: Município;
2. Contratação de um profissional na área de psicologia para atendimento saúde mental; Quem realiza: Município;
3. Ter convênios com profissionais mais próximos (exames e médicos); Quem realiza: Município;
4. Aumentar disponibilidade de consultas médicas para o ESF II, disponibilizar para quem realmente necessita; Quem realiza: Município;
5. Ampliar e agilizar vagas quando central de leitos. Quem realiza: Estado e União;

B) Eixo II – Participação Social

1. Promover reuniões ordinárias e periódicas respeitando o tempo necessário para que cada projeto orçamentário participativo seja lido e discutido antes da sua deliberação; Quem realiza: Município;
2. Divulgar para a comunidade através de meios de comunicação, quem são os membros do conselho municipal de saúde e datas das reuniões; Quem realiza: Município;
3. Implantar a capacitação permanente dos conselheiros; Quem realiza: Município, Estado e União;

4. Fortalecer a participação social garantindo o seu caráter deliberativo dos conselhos de saúde com garantia de transparência. Quem realiza: Município, Estado e União;

C) Eixo III – Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde

1. Inserir cursos de capacitação continuada para os trabalhadores da saúde com ênfase nas relações profissionais – pacientes, interpessoais e interprofissionais na educação em saúde, assegurando um atendimento humanizado, digno e de qualidade para os usuários do SUS; Quem realiza: Município, Estado e União;
2. Estabelecer um cronograma anual de trabalho, envolvendo a educação em saúde da população e educação permanente, com contratação de uma empresa que preste consultoria; Quem realiza: Município;
3. Inserir um informativo mensal da programação em saúde; Quem realiza: Município;
4. Garantir a manutenção dos vetos presidenciais à lei do ato médico; Quem realiza: União.
5. Investir em carreira pública para os servidores, realizando concursos públicos com plano de carreira para a contratação de profissionais de saúde para o SUS, valorizando a educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, incentivando sua capacitação, através de adicionais, gratificações, de forma a estimular, valorizar e garantir a permanência dos trabalhadores e a assistência integral à saúde, evitando a transferência ou terceirização de serviços públicos para o setor privado; Quem realiza: Município, Estado e União;
6. Ampliar o número de vagas nas universidades estaduais e federais, em todos os níveis educacionais, incluindo as residências em saúde; Quem realiza: Estado e União;
7. Assegurar ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar dos usuários, dos trabalhadores e dos estudantes; Quem realiza: Município, Estado e União;
8. Inserir o Telessaúde, nas capacitações continuadas, Cursos EAD; Quem realiza: Município, Estado e União;

9. Defender a profissionalização da gestão pública com seus próprios quadros, estimulando a estabilização dos profissionais, fortalecendo e valorizando a carreira pública. A partir de critérios pré-estabelecidos, como instrumento de valorização da sua força de trabalho, bem como de combater o fisiologismo e o patrimonialismo. Quem realiza: Estado e União;

D) Eixo IV – Gestão do SUS, Financiamento SUS e Relação Público-Privado

1. Garantir a assistência farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde, assegurando a participação do farmacêutico como membro da equipe mínima da ESF (Estratégia Saúde da Família), com vistas ao trabalho interdisciplinar em saúde; Quem realiza: Município, Estado e União;
2. Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do estado, destinando 10% das receitas brutas da união, assegurando financiamento estável, aumentando assim o poder de investimento em estruturação, equipamentos, exames e profissionais dos SUS. Garantindo agilidade, mais leitos hospitalares (com acompanhante) e cirurgias, diminuindo gargalos regionais em especialidades como a ortopedia; Quem realiza: Estado e União;
3. Estruturar no SUS meios legais, definindo responsabilidades estaduais, regionais e municipais quando comprovada a incapacidade do paciente em adquirir determinado medicamento essencial em seu tratamento, e o mesmo não faz parte dos elencos estaduais ou municipais da assistência farmacêutica; Quem realiza: Município, Estado e União;
4. Organizar municipalmente veículos em turnos diferentes para transporte de pacientes aos centros de especialidades regionais; Quem realiza: Município;
5. Manter o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) como serviço essencial, aumentando a responsabilidade do financiamento Estadual e Federal para esse serviço. Quem realiza: Município, Estado e União.

8.5 Educação em Saúde

O SUS apresenta como um de seus compromissos e desafios a necessidade permanente de fomento às Políticas de Desenvolvimento para os trabalhadores que integram seu cenário, propondo para tal um processo permanente de aprendizado pelo trabalho, projetando possibilidades de desconstrução/construção de novos

valores, ideais e lutas para produzir mudanças de práticas, de gestão e de participação social (MONTENEGRO, 2010).

O ser humano nasce, cresce e morre em grupo. Em grupo ele aprende a se desenvolver, se modifica, se protege, se arrisca, se identifica e se diferencia. As diversas possibilidades de aprendizagem em grupo favorecem mudanças rápidas e eficientes. A dinâmica grupal permite que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente (ASSIS, 2002). A realização de grupos educativos, ora na Unidade de Saúde, ora na comunidade, é uma das principais oportunidades para praticarmos a negociação, a corresponsabilização e as relações entre o profissional de saúde e a comunidade por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS). A formação desses grupos é uma das ações mais comuns, porém mais relevantes das práticas de educação em saúde na ESF. Um grupo organizado de pessoas se comporta como um “sistema” de engrenagens, que em sua totalidade cumpre sua “funcionalidade”, se articula e atua em uma rede de papéis, com o estabelecimento que a partir das relações estabelecem vínculos entre si (VASCONCELOS et al., 2009).

O município promove através de planejamentos com as Equipes de Saúde da Família ações de educação em saúde para grupos específicos e famílias em situações de riscos. Com os estudantes tanto do Ensino Fundamental e Médio, são realizadas distribuição de folders, orientações e palestras com vários profissionais disponibilizados da área da saúde e com variados assuntos conforme cronograma e planejamento anual.

8.6 Informação em Saúde

As inovações tecnológicas influenciam diretamente a vida em sociedade, gerando transformações na área da saúde, no meio ambiente, no comportamento dos cidadãos e na vida social. O campo da saúde é altamente profícuo quanto a oportunidades para o desenvolvimento científico e tecnológico associadas à produção e utilização de bens e serviços, públicos e privados. A Portaria Nº 2.510/GM/MS de 19 de dezembro de 2005, considera tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais,

por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

Nas últimas décadas, tem-se presenciado um processo de transformação e de inovação tecnológica sem precedentes na área da saúde. Sua incorporação ao sistema de saúde tem produzido modificações importantes que vão desde mudanças significativas na prática médica cotidiana, nos processos de diagnóstico e de terapêutica utilizados, até alterações na forma de organização e reorganização dos serviços de saúde e, também, na organização industrial dos setores produtores dessas tecnologias médicas.

Nos últimos anos, o Paraná vem realizando muitos investimentos em ciência e inovação tecnológica, seja em procedimentos, sistemas organizacionais, programas e protocolos assistenciais, que possibilitam a mudança de modelo assistencial, assim como em pesquisa e produção de novos insumos. Esse movimento tem provocado mudanças profundas no campo da saúde, tornando os serviços mais ágeis, acessíveis e de melhor qualidade, com capacidade de dar respostas às diferentes situações, tanto às demandas de rotina, quanto às inusitadas (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.143).

A Secretaria Municipal de Saúde também vem se ambientando e acompanhando constantemente o processo das transformações tecnológicas e como cada vez mais surgem novos programas e/ou atualizações dos já existentes, se faz necessário o aprimoramento contínuo para a alimentação adequada dos sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), entre outros, que geram informações através de coleta de dados nos auxiliando nas estratégias e planejamento das ações, e assim buscando o alcance das metas pactuadas. São eles e o que objetivam:

Programas	Finalidades
e-SUS-AB	Sistema Monitoramento Atividades realizadas na Atenção Básica
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CADSUS	Cadastro de Usuários para Cartão Nacional do SUS
SISCAN	Sistema de Monitoramento de Citopatológicos e Mamografias
SISPRENATAL	Sistema Monitoramento da Atenção ao Pré-natal e ao Puerpério
PNI	Coordenação do Programa Nacional de Imunização
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informação Agravos de Notificação
PNTB	Programa Nacional da Tuberculose
TILTB	Sistema de Informação Tuberculose Latente
SINAP	Sistema de Notificação de Animais Peçonhentos
MDDA	Sistema Monitoração Doenças Diarréicas Agudas
Doenças Exantemáticas	Monitoramento semanal das Doenças Exantemáticas
SISFAD	Sistema controle visitas de LI e PPE para eliminação da Dengue
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
CRIE	Solicitação Imunobiológicos Especiais
SIES	Sistema de Informação de Insumos Estratégicos
SI-LIE	Sistema de Informação para Liberação de Imunobiológicos Especiais
SISLOG LAB	Monitoramento e Distribuição de Insumos/Testes Rápidos
GAL	Gerenciador do Ambiente Laboratorial
PNHV	Programa Nacional das Hepatites Virais
PNHANS	Programa Nacional da Hanseníase
SISÁGUA	Sistema de Informação da Qualidade de Água
SIEVISA	Sistema de Informação Estadual de Vigilância Sanitária
SIGGS-MV	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde
SIGO	Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
SOUL-MV	Central de Marcação de Consultas e Exames
IDS-SAÚDE	Central de Agendamento através da ARSS
SINVSA	Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
VIGIAGUA	Programa Água para Consumo Humano
VIGIAR	Programa Contaminações do Ar
VIGISOLO	Programa Contaminações do Solo
SIVISA	Sistema de Informação da Vigilância Sanitária
VIGIPEQ	Programa da Vigilância de Populações Expostas a Contaminantes

TABACO	Programa da Vigilância do Tabaco
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

8.7 Ouvidoria

A SESA tem investido no processo de ampliação dos espaços de escuta dos usuários do SUS, fortalecendo as ouvidorias como mecanismos de comunicação e mediação entre a instituição e os cidadãos e instrumento de gestão. O trabalho é realizado no sentido de consolidar as ouvidorias regionais e das unidades próprias, como ferramentas estratégicas de promoção da cidadania, incentivando a participação popular e a inclusão dos paranaenses no controle social do sistema público de saúde.

No ano de 2011, com o objetivo de garantir ao cidadão a oportunidade de participar da gestão pública em saúde, apoiando-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, efetivamos a criação da Ouvidoria Geral da Saúde – OGS/SESA/PR, como um canal democrático de informação e de escuta dos usuários do SUS e trabalhadores de saúde, sendo um espaço de recepção das manifestações, com o objetivo de qualificar a gestão do SUS no seu âmbito estadual.

Foi constituída uma rede interna de ouvidorias por meio de instrumento normativo de regulamentação formada pelas sub-redes (Superintendências da estrutura organizacional da SESA); Ouvidorias Regionais de Saúde, Ouvidorias de Hospitais Próprios e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que trabalham de forma articulada, estabelecendo vínculo técnico com a Ouvidoria Geral da SESA. O processo de trabalho é definido pelo fluxo abaixo apresentado de forma a garantir a satisfação do demandante.



Em janeiro de 2011, a Ouvidoria Geral da Saúde com a estruturação de sua rede descentralizou as ligações por meio do número **0800 644 44 14**, as quais são reconhecidas por um sistema de telefonia inteligente, com encaminhamento à Ouvidoria Regional à qual o município de origem da ligação pertence. Esse sistema proporciona um canal de comunicação, uma vez que as Ouvidorias de Saúde ainda não estão implantadas em todos os municípios.

A principal ferramenta de trabalho utilizada para registro de manifestações é o **Sistema Integrado de Ouvidorias – SIGO**, implantada em 2011 nas Ouvidorias Regionais de Saúde; em 2013, nos hospitais próprios e Consórcios Intermunicipais de Saúde; e, em 2015, em 23 municípios, permitindo à Ouvidoria Geral ligação direta com suas sub-redes. A OGS também recebe demandas do Sistema Ouvidor SUS/DOGES/MS (Plano Municipal de Saúde, 2016, p.150 e 151).

Além da web, o acolhimento das manifestações pode se dar por telefone, carta e pessoalmente. Elas traduzem, em toda sua inteireza, o direito, a vontade explícita e determinada de uma parcela da sociedade, utilizando-se dos meios ao seu alcance contribuir para a eficiência dos serviços prestados, o aprimoramento institucional e a consolidação da gestão participativa.

8.8 Infraestrutura

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) constituem o primeiro contato entre o cidadão e o Sistema Único de Saúde (SUS). Muito mais que um simples local para triagem, as UBSs oferecem consultas médicas, tratamento odontológico, curativos, vacinas e coleta de exames laboratoriais. Assim, chegam a atender em média cerca de 80% dos problemas de saúde da população, formando uma rede descentralizada de serviços de saúde que pulveriza o acolhimento médico e libera os hospitais para o atendimento de casos mais específicos. O MS define quatro portes de UBSs, de acordo com número mínimo de equipes de atenção básica designadas para atuar e para cada porte há uma metragem estipulada. Os espaços e salas definidos têm sua utilização compartilhada por diversos profissionais da equipe de saúde da família, em exposição à lógica dos espaços exclusivos. Os ambientes relacionados ao atendimento clínico são: Sala de recepção e espera; Consultórios indiferenciados/acolhimento; Consultórios odontológicos; Sala de inalação coletiva; Salas de observação/procedimento/coleta; Sala de vacinas; Sala de curativos; Sala de atividades coletivas/sala para agentes comunitários de saúde; Estocagem/dispensação de medicamentos; Sanitários. Entre os ambientes de apoio e serviço estão: administração e gerência, sala de esterilização, expurgo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e três abrigos distintos para resíduos contaminados, recicláveis e comuns. Os menores Postos de Saúde (Interior), contam com uma infraestrutura reduzida para o trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF), ou seja, apenas uma sala de recepção/espera com

aproximadamente com 15 cadeiras, um consultório médico e um consultório odontológico. Porém o MS preconiza que nas menores UBSs devem ter: uma sala de recepção e espera com 15 cadeiras, três consultórios médicos, um consultório odontológico, quatro salas distintas para atividades médicas e uma sala de atividades coletivas.

O município disponibiliza de seis Unidades de Saúde credenciadas pelo SUS, localizadas: uma em área urbana, uma peri urbana e quatro em áreas rurais.

Estabelecimentos e tipo de prestador – Município de Cruzeiro do Iguaçu/2016.

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado
Unidade Básica de Saúde	01	0	0
Postos de Saúde	05	0	0
Hospital Público	00	0	0
Unidade de Vigilância em Saúde	01	0	0
Total	07	0	0

Fonte: CNES.

CNES	NOME FANTASIA	RAZÃO SOCIAL
2584107	Posto de Saúde Foz do Chopim	PM Cruzeiro do Iguaçu
2584093	SMS Cruzeiro do Iguaçu	PM Cruzeiro do Iguaçu
2584115	Posto de Saúde Mariot	PM Cruzeiro do Iguaçu
7031424	Posto de Saúde Paineira	PM Cruzeiro do Iguaçu
2584123	Posto de Saúde do Aeroporto	PM Cruzeiro do Iguaçu
2583429	Centro de Saúde NIS I	PM Cruzeiro do Iguaçu
2584484	Posto de Saúde Vila Nova do Vai Já	PM Cruzeiro do Iguaçu
TOTAL		07

Fonte: CNES.

Localização das Unidades de Saúde e Números de Famílias

Unidade	Localização/Endereço Distância da UBS Central	Abrangência
2584107	Avenida Parigot Souza, Foz do Chopim, distante aprox. 11,5km da Unidade Central na cidade - ESF II.	312 Famílias
2584093	Avenida 26 de Abril, 403, Centro, Unidade Básica de Saúde - UBS.	

2584115	Linha Mariot, interior, distante aprox. 4,5km da Unidade Central, - ESF II.	151 Famílias
7031424	Linha Paineira, interior, distante aprox. 5km da Unidade Central, - ESF II.	78 Famílias
2584123	Linha Santa Catarina, interior, distante aprox. 13km da Unidade Central, - ESF II.	78 Famílias.
2583429	Avenida 26 de Abril, 403, Centro, Equipe Saúde da Família I.	744 Famílias
Total		1363 Famílias

Anexo II: Mapa localidades conforme Equipe ESF.

O município, em 2015 executou um projeto de investimento com uma reforma externa completa (calçadas de acesso, pinturas, grades, telhados e jardinagem) do Centro Municipal de Saúde, a qual não foi contemplada com o recurso Estadual. Porém, novamente há necessidade de ampliação e reformas em todas as unidades de atendimento. No que se refere aos equipamentos e materiais, foram equipadas várias salas do Centro Municipal de Saúde, com computadores em todos os ambientes para que os profissionais possam registrar seus procedimentos no sistema implantado. Está sendo mantida esta Informatização do Sistema de Saúde, mas ainda existe a necessidade de aquisição de equipamentos para completar a informatização na Unidade de Foz do Chopim e nos quatro locais de atendimento no interior, além de melhorias com outros equipamentos da parte de mobiliários e insumos necessários.

9. Acesso a Ações e Serviços de Saúde

9.1 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, que constitui espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Os componentes são: vigilância e controle das doenças transmissíveis, gestão de imunobiológicos; vigilância das doenças e agravos não

transmissíveis; vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária. A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da atenção primária podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços.

Os principais processos de trabalho estabelecidos na Gestão de Vigilância em Saúde são: sistemas de informação; análise de riscos e da situação de saúde; sistemas de inspeção de ambientes, processos e produtos; regulação de produtos e serviços; investigação e controle de agravos e eventos adversos; análises laboratoriais; educação e comunicação em saúde; pesquisa técnico-científica; inovação e incorporação tecnológica; produção e pesquisa de imunobiológicos; coordenação das atividades de imunização; programas estratégicos de controle de riscos e agravos; e promoção em saúde (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.98).

A mesma se baseia na ênfase da prevenção primordial e primária, estruturantes da promoção à saúde em conjunto com a prevenção secundária e terciária, principalmente porque convenhamos, quem assiste também promove e previne, podendo descobrir e registrar novos riscos e situações pertinentes ainda não apontados nos sistemas de informação, além de poder colaborar para novas pesquisas e estudos científicos relacionados às situações de saúde/doenças que irão contribuir para meios de acurácia e prevenção dos casos.

9.2 Vigilância de Situação em Saúde

A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento do país/estado/região/município, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde. Necessita, também, identificar de forma precoce e oportuna situações com potencial de se tornarem emergências em saúde pública e organizar respostas adequadas e articuladas com outros setores, áreas técnicas e instituições, dirigidas ao controle e/ou mitigação do risco à saúde da população, ações essas realizadas pelo Centro de Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde (CIEVS), desde 2009 (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.98).

9.3 Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância Epidemiológica (VE) compreende o conjunto de atividades que proporcionam as informações indispensáveis para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, competindo assim ao nível local:

- Realizar busca ativa e investigação de casos de surtos e agravos;
- Realizar análise dos dados nos sistemas de informação (SI);
- Realizar correção/verificação de consistência e completude dos dados SI;
- Acompanhamento epidemiológico das doenças e agravos de interesse em saúde pública;
- Planejamento, monitoramento e avaliação das ações e programas de saúde utilizando informações provenientes dos SI;
- Acompanhamento e investigação dos casos de notificação compulsória da portaria 104/2011;
- Encerramento oportuno dos casos;
- Busca periódica de resultados de exames laboratoriais de doenças de notificação compulsória no GAL;
- Divulgação do calendário básico de vacinação, de intensificação e de campanhas de vacinação;
- Busca ativa de faltosos do esquema de vacinação de rotina;
- Atingir as coberturas e metas vacinais estabelecidas pelo Estado ou MS;
- Realizar investigação de eventos adversos de vacinas (EAPV);
- Realiza atividades de monitoramento e controle de rede de frio de imunobiológicos;
- Realizar supervisão e treinamento/atualização dos profissionais da sala de vacina;
- Monitoramento de cobertura vacinal em caso de não atingir a cobertura vacinal preconizada pelo PNI/MS;

- Divulgação aos profissionais de saúde sobre a disponibilidade de vacinas especiais/CRIE;
- Manutenção preventiva e corretiva da rede de frio de imunobiológicos;
- Desenvolver atividades de educação permanente dos profissionais de saúde em vigilância epidemiológica;
- Realizar investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos, infantis e fetais;
- Desenvolver atividades de vacinação de bloqueio e quimiopprofilaxia;
- Desenvolver atividades visando o plano de erradicação da poliomielite e sarampo;
- Desenvolver atividades visando o plano de eliminação da síndrome da rubéola congênita e tétano neonatal;
- Desenvolver atividades visando o plano de controle do tétano neonatal, tétano, difteria e coqueluche, meningites e varicela.
- Trabalhar intra e intersetorialmente no monitoramento e propostas de ações no enfrentamento de violência doméstica, sexual e outras;
- Realizar atividades visando o diagnóstico precoce, investigação, monitoramento e encaminhamento de casos de hepatites virais;
- Promover ações de controle da hanseníase e tuberculose;
- Identificar e monitorar a vulnerabilidade da coletividade aos agravos de saúde;
- Descrever a ocorrência dos agravos de saúde de maior relevância para a população habitante da área geográfica estudada;
- Detectar surtos/epidemias;
- Estimar a magnitude da morbidade e da mortalidade causada pelos agravos de saúde de maior relevância;
- Recomendar e executar as medidas para prevenir e controlar a ocorrência de agravos de saúde;
- Avaliar o impacto das medidas de intervenção;
- Avaliar a eficácia das ações em saúde.

Com o propósito de fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, com as seguintes funções, dentre outras: coleta e processamento de

dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.98).

A operacionalização das ações de VE compreendem as atividades de investigação epidemiológica e de coleta de dados juntamente com a compilação e análise destes dados. A identificação do caso suspeito ou confirmado constitui o ponto de partida para a coleta desses dados. A tomada de decisão sobre as ações a serem realizadas junto à fonte de infecção, aos suscetíveis e aos comunicantes deve estar pautada na análise de tais dados. A notificação de um caso de doença transmissível deve desencadear o processo de coleta de informações, conhecido como investigação epidemiológica. As atividades integrantes de tal processo são desencadeados a partir de um caso suspeito ou confirmado e, além de necessárias, devem ser eficazes para interromper a cadeia de transmissão do agente infeccioso.

A investigação epidemiológica é realizada segundo o método epidemiológico e visa o planejamento, a implementação e a avaliação de medidas para prevenir o aparecimento de novos casos, controlando assim a disseminação dos mesmos. As etapas de investigação compreendem:

- Definir se o caso é suspeito ou confirmado, através de critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos;
- Caracterizar os casos segundo pessoa, tempo e local;
- Identificar a fonte de contaminação e os grupos suscetíveis;
- Configurar a existência de endemia, epidemia ou surto;
- Planejar e implementar medidas de prevenção, controle e tratamento da doença.

9.4 Vigilância em Saúde Ambiental

A vigilância em saúde ambiental centra-se nos fatores do meio ambiente que possam representar riscos à saúde humana: fatores biológicos (doenças transmitidas por vetores, zoonoses, intoxicações e acidentes por animais peçonhentos) e fatores não biológicos (água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos e fatores físicos). Prioriza-se no Paraná o controle dos vetores que transmitem doenças, como: dengue, zika, chicungunya, febre amarela urbana, leishmanioses,

malária, esquistossomose e chagas. Para as ações de vigilância entomológica, há oito Núcleos localizados estrategicamente em: Paranaguá, Jacarezinho, Londrina, Apucarana, Maringá, Porto Rico, Guaíra e Foz do Iguaçu, que orientam as ações de controle e combate dos insetos. Na SESA, é realizado o monitoramento das zoonoses de interesse estadual, dos acidentes por animais peçonhentos e venenosos e das intoxicações exógenas (medicamentos, agrotóxicos, pesticidas domésticos, produtos químicos, metais pesados e plantas tóxicas); e, também, a coordenação dos três Centros de Controle de Envenenamentos/Intoxicações do Paraná – CCE, localizados estrategicamente em Curitiba, Londrina e Maringá, que dão apoio aos profissionais de saúde do estado frente às intoxicações exógenas e acidentes com animais peçonhentos.

Atua também nas ações ambientais intersetoriais, como a parceria com as seis Universidades Estaduais para análise laboratorial de água para consumo humano, e no cumprimento da Instrução Normativa MS nº 1, de 07 de março de 2005, que regulamentou o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVSA que atribui ao SUS ações de Vigilâncias relacionadas às doenças e agravos à saúde no que se refere: à Água para Consumo Humano (Programa VIGIAGUA); às Contaminações do Ar (VIGIAR); às Contaminações do Solo (VIGISOLO); aos Desastres Naturais (VIGIDESASTRES) e à Vigilância de Populações Expostas a Contaminantes (VIGIPEQ) (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.98 a 99).

Os principais objetivos desta vigilância são: produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente, estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância em saúde ambiental, identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde, intervir com ações diretas de responsabilidade do setor ou demandando para outros setores, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de risco à saúde humana.

Várias ações competem a Vigilância em Saúde Ambiental, a de maior relevância para o município é a de controle de qualidade da água visando garantir à população o acesso à água em quantidade e qualidade suficiente e compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, para a promoção da saúde.

Sendo assim, são realizadas coletas de água para análise em laboratório; inspeções e orientações nas unidades de interesse da saúde, segundo plano de amostragem da vigilância e também atendimento de denúncias em casos de suspeita de contaminação de água para consumo humano (VIGIÁGUA).

Ainda dentro das ações que competem a Vigilância em Saúde Ambiental, o município possui um Plano Municipal de Contingência para Epidemias da Dengue, Chikungunya e Zika, com o intuito de auxiliar na resposta dessas doenças, cujas consequências podem provocar sérios danos as pessoas, ao meio ambiente e a economia do município e da região, sendo neste plano definido as responsabilidades a nível municipal de cada setor envolvido no processo, bem como a organização necessária para atender a situações de emergência relacionadas às doenças referidas, visando a integralidade das ações, a prevenção e ao controle dos processos epidêmicos, e com foco na assistência adequada ao paciente, na organização das atividades de controle do vetor, com a vigilância epidemiológica e com ações de comunicação com o objetivo de auxiliar os serviços de saúde na mitigação dos processos epidêmicos, na comunicação de risco e na redução de óbitos.

9.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A vigilância da saúde do trabalhador compreende a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, as quais estão articuladas com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme versa a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída em 2011 pela Portaria 1823/2012 do MS.

A Saúde do Trabalhador no Paraná está estruturada conforme a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e conta com uma rede de atenção formada por um CEREST Estadual (Denominado CEST), oito CERESTs Macrorregionais e um CEREST Municipal (Curitiba). Os CERESTs possuem como atribuição contribuir na organização da atenção à assistência dos trabalhadores nos municípios e têm como objetivo a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de ações integradas que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.99).

O município de Cruzeiro do Iguaçu atualmente conta com um Técnico em Segurança do Trabalho que enfatiza ações direcionadas à Saúde do Trabalhador, a qual iniciou suas atividades neste ano de 2017, traçando um plano de ação com estratégias nas vigilâncias. São realizadas visitas nas empresas verificando as irregularidades, sugerindo modificações e melhorias, priorizando adaptações para prevenção dos acidentes de trabalho e aferindo se estas contribuições foram bem aplicadas nos estabelecimentos. Outro fator relevante está relacionado aos agricultores locais, onde está sendo trabalhado através de orientações e palestras os usos dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's), adequados para manuseio com agrotóxicos, bem como na Saúde se os colaboradores e funcionários fazem o uso adequado e também a distribuição correta conforme protocolos e cada função. Também contribui na fiscalização e liberação do alvará para o funcionamento dos estabelecimentos, verificando se o espaço é adequado e compatível para a função escolhida e se prioriza as necessidades dos trabalhadores.

9.6 Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde. Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e objetiva promover a qualidade de vida, estimulando a população a reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015).

Uma das ações protetora da Vigilância Sanitária, é que ela não abrange apenas cidadãos e consumidores, mas também os produtores, então o consumidor tem a garantia da proteção à sua saúde e ao seu poder aquisitivo, e o produtor tem a proteção do seu negócio ou produto, diminuindo assim as fraudes, a concorrência desleal e protegendo-se quanto à própria credibilidade da marca dos produtos.

A VISA a nível municipal estabelece normas para a promoção, fiscalização, e controle das ações e serviços de saúde, em âmbito municipal, o qual foi aprovado em 30 de abril de 1998, através da lei 197/98, utilizando o Código do Estado do Paraná, amparando legalmente ações de fiscalização do comércio local. As atividades destinadas a VISA compreendem em: a liberação de licenças sanitárias para funcionamento dos comércios, investigações em casos de agressões por animais e insetos, investigações em casos de contaminações de mananciais de abastecimento primário, controle higiênico sanitário de comércios alimentícios como também em cozinhas coletivas, autuação em comércios de produtos sem registro, controle das condições higiênicas sanitárias dos domicílios, combate a endemias e zoonoses, investigações em acidentes no trabalho e controle higiênico sanitário de órgãos públicos como escolas, delegacias e igrejas.

10. Atenção Primária à Saúde e Estratégias da Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

As evidências demonstram a sua capacidade para responder a 85% das necessidades sem saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde. A APS se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases

iniciais, e que são, portanto, menos definidos, ou seja, médicos de família e comunidade são procurados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça, mal-estar, etc.), e frequentemente esses sintomas não evoluem para uma patologia. Diferentemente dos especialistas em enfermidades (cardiologistas, neurologistas, gastroenterologistas, etc.) que mais comumente recebem pacientes quando os problemas se encontram em estágios avançados e, portanto, em fases em que a patologia se encontra mais definida.

A APS como principal articuladora e coordenadora da Atenção à Saúde em todos os municípios do Paraná conhece o seu território e os seus determinantes sociais da saúde. Atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos, com políticas de atenção integral e suas Linhas de Cuidado. Do ciclo vital: criança, adolescente, mulher, homem e idoso; e políticas transversais: gestante, saúde bucal, mental, alimentação e nutrição, risco cardiovascular, hipertensão e diabetes, urgências/emergências, saúde do escolar, prevenção do câncer, deficiências, enfretamento das violências, populações vulneráveis (indígena, negra, privada de liberdade, em situação de rua, e outras), etc (Plano Estadual de Saúde, 2016, p. 101 e 102).

O modelo de atenção à saúde está organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS. A lógica de funcionamento está baseada em estratégias como a Promoção da Saúde e a Estratégia da Saúde da Família (ESF). A base de organização do sistema de saúde municipal está constituída a partir de territórios de atuação das equipes de saúde da família. A ESF caracteriza-se como porta de entrada prioritária de um sistema de saúde fundado na equidade de cuidado, além disso, hierarquizado e regionalizado. A ESF vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde.

NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família): Conforme Plano Nacional de Saúde, no objetivo de ampliar o atendimento das ESF foi criado o NASF. É constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e visa apoiar a Atenção Básica à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, por meio do planejamento conjunto entre os profissionais do NASF e os profissionais das equipes apoiadas, compartilhando práticas, saberes e auxiliando no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários. A partir das demandas identificadas, a atuação dos profissionais do NASF se dá nas UAPS, nas comunidades e nos domicílios, e também de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde e de proteção social (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.104). O município possui o NASF

III, o qual é constituído por uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma psicóloga atuando em conjunto com as ESF, ampliando a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da APS. A Deliberação nº. 12 de 30 de abril de 2013 aprovou o pleito da implantação deste realizado pela Comissão Intergestores Bipartite da 8ª Regional de Saúde. A busca de superar a lógica fragmentada da saúde para construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e cuidado é a responsabilidade das ESF, entretanto o NASF contribui com este desafio vindo a fortalecer a APS.

O PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica): visa induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões Federal, Estaduais e Municipais, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população. A Secretaria de Estado da Saúde (SESA), apóia e acompanha os municípios na contratualização das equipes no Programa, realizam também oficinas e capacitação técnica em apoio com o MS para as 22 Regionais de Saúde (RS) e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS para a melhoria da concretização das ações nos municípios. Tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, com isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 em seu 1º Ciclo, mas a implantação do cadastro inicial foi em fevereiro de 2012, seguida por um 2º Ciclo em 2015, e agora em 2017 será a fase de aplicação do 3º Ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB.

O município de Cruzeiro do Iguaçu aderiu ao PMAQ-AB em 2012 com a Unidade Básica de Saúde Central, a qual foi estruturada com melhorias para seu atendimento, seguidas em 2015 por mais 02 (duas) Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, as quais passaram por uma minuciosa avaliação realizada através do MS para posteriormente iniciar a receber os incentivos financeiros oriundos deste programa. As Equipes foram estruturadas a partir da Portaria nº. 1892/GM de 15 de outubro de 2001, sempre com suas áreas definidas, uma para

atendimento da cidade (perímetro urbano) e uma no Distrito de Foz do Chopim (perímetro periurbano). Basicamente todos os atendimentos primários passam pelas ESF e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). O PACS tem um papel fundamental para Atenção Básica (AB), ou seja, o trabalho dos ACS é o de promoverem ações informativas e educativas, de promoção à saúde, de prevenção e identificação precoce de problemas junto à população. No momento contabilizamos com 11 (onze) agentes ativos, sendo 04 (quatro) no perímetro urbano e 07 (sete) para o periurbano e interior. A Portaria 1892/GM tem o repasse do incentivo do governo para o município de 11 (onze) agentes, porém há a necessidade de aumentar o quadro de ACS devido à cobertura populacional. Houve uma redivisão de áreas recentemente, mesmo assim permanece um déficit de recursos humanos.

Em relação ao atendimento das UBS para a população, são mantidos em período integral a UBS do Centro e Foz do Chopim de segunda à sexta-feira. Nas unidades do interior, os atendimentos são através de um cronograma com horários pré-estabelecidos de profissionais, como o médico, cirurgiã dentista, enfermeira, técnica de enfermagem, técnico em saúde bucal e os ACS das comunidades.

Nos últimos anos, a assistência domiciliar tem surgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, ou seja: a população está envelhecendo e, com isso, tem aumentado a prevalência de doenças crônicas e com necessidades contínuas de educação e qualificação dos profissionais que atuam na APS (Plano Municipal de Saúde, 2016, p.103).

Diante do exposto, as ESF do município disponibilizam deste tipo de assistência domiciliar para populações vulneráveis com características de fragilidade que envolve riscos, ofertando através de programação/agendamentos a assistência adequada para esta população adscrita.

Para a avaliação das condicionalidades do **Programa Leite das Crianças** (PLC), a SESA realiza o monitoramento das crianças beneficiárias por meio do sistema informatizado SISVAN WEB – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Na perspectiva de integração entre os sistemas de informação, deve-se reconhecer o papel da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em proporcionar o diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais, bem como a identificação de fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, que possibilitarão a constante avaliação e organização

da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida. O Programa Leite das Crianças foi criado em 2003 e consiste na distribuição gratuita e diária de um litro de leite enriquecido com vitaminas e minerais às crianças com idade entre 06 e 36 meses e mães gestantes e nutrizes, integrantes de famílias com renda mensal *per capita* de até meio salário mínimo regional. O Programa também visa ao atendimento da demanda por meio da produção oriunda da agricultura familiar, promovendo a consolidação das bacias leiteiras locais e regionais e incentivando a geração de emprego e renda no campo (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.106).

A **Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB)** tem como objetivo qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A meta dessa estratégia é certificar as UBS, capacitando os profissionais de saúde para a mudança de processo de trabalho. Tanto o PLC e a EAAB são realizados no município para a promoção e incentivo aos hábitos e práticas saudáveis, promovendo diminuição dos índices de desnutrição.

A Atenção Básica em conjunto com as ESF, trabalha com múltiplos programas direcionados a inúmeros públicos alvos, nos quais estão inseridas as especificidades para as mais diversas necessidades da população. O componente da Promoção da Saúde perpassa todos os níveis de atenção à saúde do SUS – atenção primária, secundária e terciária, e está presente nos projetos estratégicos que dão suporte às Redes de Atenção à Saúde (RAS) implantadas no Paraná: Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Saúde Bucal e Rede de Saúde Mental.

A assistência prestada no município para a **Saúde da Mulher** intervém com a realização de exames citopatológicos para a Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico, trabalhando com campanhas e também com autoexame das mamas e encaminhando aos centros de referência as necessidades, colaborando para a detecção precoce dos cânceres. Ainda em saúde da mulher aliado à Rede Mãe Paranaense, é realizado a estratificação, vinculação e acompanhamento das gestantes no pré-natal de risco habitual, intermediário e alto risco, puerpério, planejamento familiar, orientação sexual e situações de violências.

Na **Saúde da Criança**: em continuidade com ações da Rede Mãe Paranaense, no acompanhamento das crianças também se realiza a estratificação de risco através das puericulturas, com a imunização, além do acompanhamento pelo SISVAN e Bolsa Família, entre outras atividades educativas como o Programa Saúde na Escola (PSE), voltadas a prevenção em parcerias realizadas pela EAB.

Na **Saúde do Adolescente**: em parcerias firmadas com as escolas, são realizadas palestras de educação sexual, higiene, ou conforme temas solicitados de interesse dos alunos e professores, entre outras atividades direcionadas a este público, bem como o calendário das imunizações e atividades relacionadas à higiene bucal. Há ainda, a nível federal uma pactuação realizada anualmente em conjunto com a SMS e as Escolas chamado Programa Saúde na Escola (PSE). O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial entre Saúde e Educação, instituída em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05/12/2007. Tem como finalidade contribuir com o processo de educação em saúde aos educandos da rede pública. É uma parceria entre as unidades de saúde e escolas que estão no mesmo território e trabalham de forma articulada. No ciclo 2014/2015, 360 municípios aderiram ao Programa, representando 90% dos municípios paranaenses, enquanto a adesão no Brasil foi de 86% (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.104).

Na **Saúde da Pessoa Idosa**: realizado o Programa Hiperdia que foi aprimorado com a 9ª Oficina do APSUS que é responsável pela Educação Permanente através do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS, realizando as estratificações de riscos e oferecendo suporte mais adequado para este público alvo, sendo avaliado o estado geral de saúde do hipertenso e diabético, com controles destas dislipidemias, proporcionado através do Linha Guia uma assistência adequada e com resolutividade. Também são realizadas para este público as campanhas de vacinação.

Na **Saúde Mental**: Também aprimorado com a 8ª Oficina do APSUS que é responsável pela Educação Permanente através do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS, traçando planos de ações para situações de transtornos mentais através de atendimentos nas UBS, individual e equipe, bem como visitas domiciliares; estratificações de risco; interconsultas e encaminhamentos conforme as necessidades para a especialidade de Psiquiatria no Centro Regional de Especialidades (CRE), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Francisco Beltrão - PR, para tratamento de usuários com transtornos mentais e ainda para o

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) que é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada das pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas, localizado no município de Marmeleiro - PR.

Em Cruzeiro do Iguaçu, há o atendimento psicológico na UBS Central e na Unidade de Foz do Chopim, dispondo de um profissional com jornada de 30 horas semanais, com atendimento clínico individual através da estratificação de risco, observando várias situações de pessoas com transtornos de depressão e ansiedade, com uso significativo de antidepressivos, outros ainda com dependências de álcool e drogas, entre outros números elevados de tentativas de suicídios. Em conjunto com o NASF, também são realizados atendimentos em grupos na UBS Central e palestras nos pontos de maior alcance da população como Centro Cultural, empresas e Centros de Convivência, tendo como objetivo a prevenção e a intervenção. As situações críticas, com necessidade de intervenção através de internamentos, havia anteriormente o Hospital Filadélfia de Marechal Cândido Rondon – PR, o qual se desvinculou do SUS, com isso houve a perda da referência para internamentos. Neste momento, não há leitos disponíveis para este público. Existe em tramitação a liberação de dois (02) leitos para a cidade de Pato Branco - PR, porém sem previsão para início do funcionamento, pois está sendo aguardada a análise burocrática pelo Ministério da Saúde (MS) para então ativar estes leitos.

O Serviço Social e a Saúde: Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. As ações que predominam no atendimento direto são as ações sócio assistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações sócio educativas, sendo que estas não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. Na área da saúde devem-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença e cabe ao **Serviço Social** a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde. O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações. Assim, a atuação do assistente social frente a este procedimento é o de orientação, esclarecimento e reflexão junto ao usuário e a

equipe de saúde com relação às condições objetivas. A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais. As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Na SMS dispomos de uma Assistente Social, com carga horária de 16 horas realiza as atividades descritas, porém devido à demanda seria necessária ampliar o tempo deste profissional da unidade.

Desde 2011, o SUS promove a implantação de **Pólos da Academia da Saúde (PAS)** nos municípios brasileiros. Os pólos são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. O Estado apóia a implantação dos PAS nos municípios, por ser um importante espaço público para o desenvolvimento das ações e cuidados em saúde, reconhecendo o território e a comunidade como fundamentais à articulação dos determinantes sociais da saúde a partir da realidade local. Em 2015, estavam habilitados no Paraná 224 pólos (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.105). O município tem como meta e planejamento a implantação da PAS.

O **Programa Estadual de Controle do Tabagismo** desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção à iniciação ao uso do tabaco e o cuidado da pessoa tabagista na Rede SUS. O atendimento à pessoa tabagista é realizado prioritariamente nas UAPS por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. São organizados grupos de fumantes que participam de sessões estruturadas que incluem avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentos juntamente com a abordagem intensiva. Em Cruzeiro do Iguaçu foi implantado neste ano de 2017 o grupo para inicialização do programa, com um planejamento de trabalhar com três grupos ao ano, em média de 15 participantes cada ou conforme a demanda existente. Neste primeiro grupo, há 19 participantes que iniciaram com

encontros e atividades semanais, na sequência quinzenais e após, um encontro mensal, conforme protocolo, sendo estimada uma expectativa de adesão bem acedida da população.

Para atender a população na área de **Saúde Bucal**, o município de Cruzeiro do Iguaçu dispõe de seis consultórios odontológicos, distribuídos da seguinte forma: um na Unidade Central de Saúde, um na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Foz do Chopim e quatro consultórios nos pontos de atendimento das comunidades rurais: Linha Vila Nova do Vai Já, Mariot, Santa Catarina (Aeroporto) e Paineira. Nas UBSs Central e Foz do Chopim, os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, por meio de agendamento na própria unidade de saúde ou através dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS). Nas demais localidades, há um cronograma de atendimentos realizados uma vez por semana em cada localidade e o agendamento é realizado exclusivamente através do ACS, prioritariamente para atendimento daquela população pertencente à comunidade. Em casos de urgência o atendimento será realizado sem prévio agendamento e de acordo com a classificação de risco preconizado pela Linha Guia de Saúde Bucal.

As visitas domiciliares (VD) dos profissionais da área de saúde bucal, sempre que solicitado, ocorrem juntamente com os ACS, visando o atendimento de pacientes que tenham dificuldades de locomoção (acamados) e/ou pacientes em situações de risco. Na oportunidade, os profissionais examinam o cliente/paciente, realizam orientações de higiene bucal, e caso necessário executam pequenos procedimentos para adequação do meio bucal.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) do município, desenvolve ainda ações preventivas na Rede Pública de Ensino Municipal, como escovação supervisionada dos alunos, bochechos fluoretados nos escolares com idades compreendidas entre 06 e 15 anos, palestras sobre saúde bucal para grupos de riscos, como: gestantes, hipertensos, diabéticos, beneficiários do Bolsa Família e alunos das Redes Municipal e Estadual de ensino, além das ações desenvolvidas coletivamente com a equipe multiprofissional, como o Agosto Azul e Outubro Rosa.

Nas ações de **Prevenção da Violência e Promoção da Paz**, a SESA destaca-se na elaboração da Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas em Situação de Violência, a qual tem como objetivo organizar e articular os recursos nos diferentes serviços das redes de atenção à saúde e estabelecer o percurso do cuidado a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.104). No município, a SMS aderiu em 2015, o Núcleo de Prevenção

de Violências e Promoção da Saúde de acordo com as diretrizes e normas estabelecidas na Resolução SESA nº 790/2014, comprometendo-se “Art. 5º - Estabelecer que o recurso seja aplicado exclusivamente para a implantação e implementação do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e enfrentamento as causas externas de morbimortalidade e promoção da cultura da paz, e para a capacitação, articulação e estruturação da rede de atenção intersectorial às pessoas em situação de violência.

O **Telessaúde Paraná Redes** é uma ação conjunta da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Paraná com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), e teve como objetivo inserir o Paraná no “Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes”, resultado alcançado em 2015, que visa uma ação nacional em busca de melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação. Dessa forma, melhorando a qualidade do atendimento, racionalizando custos e tempo de deslocamento, fixando profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, e melhorando a agilidade no atendimento prestado. No município, conforme a XI Conferência de Saúde, cito em Eixo III – Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde, item 8, uma das propostas aprovadas é a inserção do Telessaúde (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.104).

O **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB** tem por objetivo estimular a valorização dos profissionais de saúde que atuam em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Mais Médicos tem por finalidade formar recursos humanos na área médica para o SUS, contando com diversos objetivos, dentre eles, o provimento emergencial de profissionais médicos e o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país. A SESA apóia essa estratégia, com a instituição da Comissão Estadual PROVAB e Mais Médicos; e tem-se um quantitativo de 1112 profissionais do Programa no Estado (Sistema de Gerenciamento de Provas– SGP/Ministério da Saúde/2015).

Também através do Estado e da 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão – PR, são disponibilizados e programados com frequência cursos de aperfeiçoamentos e atualizações na Atenção Básica para a devida qualificação dos profissionais.

10.1 Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

Referências Assistenciais

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, entende-se a atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, sendo sua porta de entrada preferencial e que deve ter visão integral da assistência à saúde da população adscrita; porém, os procedimentos realizados diariamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS. Para complementar os serviços, existem as ações de média complexidade que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento.

Da mesma forma, são disponibilizados pelo SUS os procedimentos de alta complexidade, que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. O Paraná desenvolveu um enfoque sistêmico e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos por meio dos Serviços de Saúde de Referência para Alta Complexidade, apresentado no Plano Diretor de Regionalização – PDR, que está disponível no site da SESA/CIB-PR, onde todos os municípios estão contemplados com cobertura integral nos serviços de Obesidade Grave, Cardiovascular, Nefrologia, Neurologia, Traumatologia e Ortopedia, Oncologia, Transplantes e Hemoterapia e Hematologia (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.106).

Rede Assistencial

A Rede de Assistência à Saúde do Paraná é composta por 21.929 estabelecimentos de saúde, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em novembro de 2015, dentre estes 6084 no âmbito do SUS. Em se tratando de atendimento de média e alta complexidade, os hospitais possuem grande representatividade nesse tipo de assistência, assim como as Clínicas Especializadas e as Unidades de Apoio de Diagnose e Terapia. Em relação aos hospitais, observa-se que dos 461 estabelecimentos hospitalar existentes, 373 (81,1%) são estabelecimentos com atendimento SUS; sendo que, 271 (72,7%) são hospitais de pequeno porte, com menos de 50 leitos. Dos hospitais

com atendimento SUS, 154 são públicos se 219 privados. Isso evidencia a parceria a SESA com a rede privada na complementação da assistência hospitalar. Esses estabelecimentos estão localizados nas 22 Regionais de Saúde. Com um total de 22.762 leitos, a população do Paraná tem disponíveis 18.708 leitos para atendimento ao SUS. Além dos leitos disponíveis em hospitais, existem também mais 317 leitos distribuídos em outros estabelecimentos de saúde, como CAPS III, Pronto Atendimento, Hospital/Dia e Unidades Mistas (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.106 e 107).

Produção Ambulatorial

Segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), a Tabela 22 apresenta o resultado da produção física ambulatorial de todos os procedimentos realizados na média à alta complexidade. Nos últimos anos, a realização desses procedimentos vem aumentando gradativamente. Comparando a produção do ano de 2011 com a de 2015, verifica-se um crescimento de 31,2%. Nessa análise também é possível observar que, no período, o maior quantitativo de procedimentos realizados é do grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica. A proporção de aumento da produção nesse grupo nos últimos quatro anos foi de 35,3% na média complexidade e 65,3% na alta complexidade. Outro fator importante é a dispensação de medicamentos excepcionais que também faz parte dos grupos de procedimentos da alta complexidade com maior quantitativo, em que houve acréscimo de 36,6% nos anos de 2011 a 2015. Algumas áreas da alta complexidade têm crescimento maior em seus gastos justamente porque com a expansão da cobertura da atenção básica passam a ser necessárias, como por exemplo, o aumento de detecção de câncer que ocasiona aumento de quimioterapias e radioterapias. O volume financeiro do grupo 03 – Procedimentos Clínicos, em que estão incluídos esses procedimentos, foi de R\$ 229.692.964,02 em 2011 e R\$ 277.820.662,69 em 2015, conforme mostra a Tabela 22 (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.108 e 109).

TABELA 22 - PRODUÇÃO FÍSICO AMBULATORIAL POR COMPLEXIDADE, PARANÁ - 2011-2015

Grupo de Procedimento	2011		2015	
	Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	35.858	0	59.292	0
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	27.002.710	218.551	36.539.649	361.282
03 Procedimentos clínicos	18.688.917	1.641.015	23.417.410	1.893.702
04 Procedimentos cirúrgicos	331.765	21.848	433.298	41.368
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	27.507	125.926	35.961	78.390
06 Medicamentos	0	39.631.224	0	54.139.276
07 Órteses, próteses e materiais especiais	6	0	602	11
Total	46.086.763	41.638.564	60.486.212	56.514.029

Fonte: DATASUS - SIA.

Produção Hospitalar

Na abordagem dos dados referentes à assistência hospitalar, houve um crescimento de 26,7% das internações SUS, na alta complexidade; porém, a taxa de internação no período de 2011 a 2015 ficou dentro do parâmetro pactuado no Estado do Paraná, que é de 7,5% da população residente do Estado. Nos procedimentos de média complexidade, houve uma redução de 3,9% em 2015 comparado a 2011. Essa tendência é natural diante da migração do atendimento de média complexidade para a assistência ambulatorial, os procedimentos de alta complexidade apresentaram 26,8% de aumento entre 2011 e 2015, tendo em vista o incremento em tecnologia e qualidade dessa modalidade de assistência, contribuindo para o melhor atendimento aos usuários do SUS. Da mesma forma, as internações de alguns procedimentos classificados como estratégicos, tais como transplante, também apresentaram aumento no número de internações de 25,9% entre 2011 e 2015 (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.109).

10.2 Assistência Ambulatorial Especializada

A porta de entrada na Atenção Primária de Saúde é realizado através do acolhimento/atendimento ambulatorial prestado pelas Equipes de Saúde na Família nas Unidades Básicas de Saúde, disponibilizando consultas conforme demanda das necessidades e assim sendo encaminhadas através das RAS por meio de referência/contra referência para profissionais especializados como porta de entrada/acesso à Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARRS) no qual está inserido o Centro Regional de Especialidades (CRE), ou realizam exames pelos

prestadores de serviços licitados perante ao poder público municipal por chamamento.

Os exames de sangue, como já descrito anteriormente, são realizados através do posto de coleta localizado no próprio município, o qual encaminha as análises para Francisco Beltrão-PR, por laboratório conveniado.

Outros exames, como de Raio-X, Ultrassonografias, Tomografias Computadorizadas (TC), Endoscopias (EDA), Ressonância Magnética (RM), Colonoscopias, entre outros, são realizados fora do município por clínicas especializadas licitadas localizadas na própria região (Cascavel, Dois Vizinhos, Francisco Beltrão e Pato Branco).

10.3 Assistência Hospitalar

O município de Cruzeiro do Iguaçu não possui estabelecimento hospitalar local, porém este tipo de prestação de serviço/assistência se realiza através decotas, identificadas como Autorização de Internamentos Hospitalares (AIH) em número de 444 pactuadas para esse nível de atenção nos seguintes estabelecimentos (Hospitais) e municípios descritos conforme quadro abaixo:

Quadro 28: Assistência Hospitalar Município de Cruzeiro do Iguaçu

AIHs	Quantidades		Locais	
	Mês	Ano	Municípios	Hospitais
Cirúrgicos, Clínicos Obstétrico e Outras Especialidades	18	216	Dois Vizinhos	São Judas Tadeu
	05	60	Dois Vizinhos	PróVida
	05	60	Francisco Beltrão	São Francisco
	04	48	Francisco Beltrão	Hospital Regional
	05	60	Pranchita	Fundação Hospitalar da Fronteira.

10.4 Assistência de Urgência e Emergência

O primeiro atendimento das urgências e emergências é realizado nas UBS através do Protocolo da Classificação de Risco de Manchester (Figura 01), onde os profissionais que prestam este, aplicam a categoria que se adapta à condição/situação de urgência apresentada pelo paciente. Conforme as necessidades são encaminhadas ao Pronto Atendimento do hospital de referência ou é solicitado o **SAMU 192** (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), Base Descentralizada de Dois Vizinho - PR e Base Central em Francisco Beltrão - PR. Estruturado em 2012, o SAMU constituiu credenciamento com o município de Cruzeiro do Iguaçu-PR para prestação dos serviços nesta categoria. Diante disto, há um repasse mensal de valor baseado na população.

Figura 01: Classificação de Risco de Manchester



Fonte: <http://www.fhop.com.br/noticias-e-informativos/protocolo-de-manchester/>

Em acidentes com maior gravidade, onde não há a possibilidade de retirada dos acidentados ou transporte dos mesmos por ambulâncias **Tipo A** existentes no município, então é acionado diretamente o SAMU ou Corpo de Bombeiros.

Atualmente o município dispõe de duas ambulâncias **Tipo A**: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo que necessita três profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Deve ser equipadas minimamente com sinalizador óptico e acústico, equipamento de radiocomunicação (não possui) em contato permanentemente com a central reguladora, maca com rodas, suporte para soro e oxigênio medicinal (Portaria MS

n.2048/2002). Como forma de ampliar a segurança do profissional que realiza o transporte e do paciente que está sendo transferido, recomenda-se incluir nestas viaturas a maleta de primeiros socorros, composta por cobertor, compressas cirúrgicas, gazes esterilizadas, ataduras, esparadrapo, máscara de oxigênio, luvas, máscara cirúrgica comum, ambu, avental de proteção, dentre outros.

A Portaria MS n. 356/2013, em seu anexo II, elenca a conformação das equipes que devem tripular os diversos tipos de ambulância. Para as ambulâncias do Tipo A, faz-se obrigatória a presença de condutor de veículo de emergência e um profissional de enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico Enfermagem).

Contudo a Lei Federal n. 7.498/1986 (art. 15) e seu Decreto Regulamentador n.94.406/1987 (art. 13) são claros ao dizer que as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem somente podem ser desempenhadas sob supervisão, direção e orientação do Enfermeiro. Porém, houveram mudanças contidas na Resolução COFEN 375/2011 e 379/2011, as quais estabelecem que: “A assistência de Enfermagem em qualquer tipo de unidade móvel (terrestre, aérea ou marítima) destinada ao Atendimento Pré Hospitalar e Inter Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, **somente deve ser desenvolvida na presença do Enfermeiro**”. A Resolução descreve que não se trata apenas do atendimento pré-hospitalar ou resgate. A resolução diz claramente: **qualquer tipo de unidade móvel** (terrestre, aérea ou marítima) destinada ao Atendimento Pré-Hospitalar e Inter Hospitalar. Ou seja, a simples remoção de um hospital para outro deverá ser feita com a presença do enfermeiro independente do estado clínico da pessoa transportada. Isto implica no funcionamento de todo o sistema de saúde público e privado. Inclusive nas empresas particulares de remoção. Assim, foi validada a partir de 01 de janeiro de 2012, e não se poderá transportar pacientes sem a presença de enfermeiro seja no sistema de Atendimento Pré Hospitalar (SAMU) ou Inter Hospitalar (remoções/ transferências). A responsabilidade pelo cumprimento das resoluções do COFEN é do Responsável Técnico (RT) e do Enfermeiro responsável pela equipe. No caso de “obrigar” o técnico de enfermagem a sair sozinho em uma ambulância com o paciente, será responsabilizada e o RT da instituição também.

10.5 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa de atividades relacionadas aos medicamentos e seus usuários, destinadas a apoiar as

ações de saúde demandadas por uma comunidade. Essas atividades englobam intervenções logísticas e ações assistenciais no âmbito do cuidado farmacêutico nos níveis primário, secundário e terciário das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011), de forma a integrar o processo de cuidado em saúde. Nesse contexto, a garantia do acesso aos medicamentos não deve ser a única finalidade da Assistência Farmacêutica. Outras condições deverão ser atendidas para que o sucesso do tratamento farmacológico seja alcançado. Entre elas, que o usuário receba nas consultas farmacêuticas as informações e orientações que possibilitem o uso correto do medicamento e que consigam cumprir de forma adequada o seu tratamento; que o medicamento seja efetivo; que o medicamento não cause danos à saúde do paciente ou que, caso não seja possível evitá-los, os benefícios sejam superiores (PONTAROLLI, 2015).

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica tem sido pautada pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é o instrumento oficial que contempla todos os medicamentos, soros, vacinas e insumos disponíveis no âmbito do SUS. A avaliação de incorporação no SUS de novos produtos, com base nos critérios de eficácia, segurança e eficiência, é de responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. As orientações para o uso racional desses produtos, por sua vez, estão oficialmente dispostas no Formulário Terapêutico Nacional e nos Protocolos, Clínicas e Diretrizes Terapêuticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, conforme preconizado pela Lei 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7508/2011. Estados e Municípios podem ainda adotar relações complementares de medicamentos, respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores. Entre 2011 e 2015, os investimentos realizados pelas três esferas de gestão em Assistência Farmacêutica somaram cerca de R\$ 3,7 bilhões e proporcionaram à população o acesso a mais de seis bilhões de unidades de medicamentos, soros, vacinas e insumos padronizados nas políticas públicas.

O financiamento e o gerenciamento logístico da Assistência Farmacêutica são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, com as atribuições década ente pactuadas nas Comissões Intergestores. Os recursos federais são repassados aos Estados em blocos de financiamento; o bloco da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF).

A fim de otimizar os recursos para aquisição de medicamentos da atenção primária, em junho de 1999, os municípios paranaenses, com apoio da SESA, constituíram o Consórcio Intergestores Paraná Saúde. Atualmente, 394 dos 399 municípios paranaenses são consorciados. Os municípios são os responsáveis pela programação dos medicamentos junto ao Consórcio, que executa a aquisição de forma centralizada, utilizando-se dos recursos financeiros da contrapartida Federal e Estadual – o que tem gerado ganho de escala e economia, possibilitando a ampliação da oferta de medicamentos e insumos à população (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.114).

Os medicamentos oncológicos, por sua vez, são disponibilizados aos usuários por meio dos estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS - CACON e UNACON – responsáveis pela padronização, aquisição e prescrição, de acordo com diretrizes terapêuticas. O financiamento desses medicamentos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, mas por meio de repasse do recurso federal aos serviços. Exceção a essa regra se faz quanto ao fornecimento dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos CACON e UNACON por meio das Secretarias de Estado da Saúde (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.115).

Por fim, além dos medicamentos padronizados nos Componentes anteriormente descritos e na oncologia, ainda há aqueles ofertados por meio do elenco Complementar de Medicamentos da SESA, financiado com recursos do tesouro estadual, com o propósito de oferecer cobertura a doenças e agravos não contemplados em outras políticas. O acesso aos mesmos se dá por meio das Unidades Básicas de Saúde ou das Farmácias das Regionais de Saúde, dependendo da organização de cada programa (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.116).

Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. (BRASIL, 2006). As ações de Assistência Farmacêutica devem estar fundamentadas nos princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica, sendo destacados.

Atualmente, a assistência farmacêutica representa um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado recurso crucial. Esta, deve ser formada por uma equipe multidisciplinar, capaz de responder pela operacionalização das atividades, pelo cumprimento das especificações técnicas e normas administrativas, pelo cumprimento da legislação vigente e análise dos aspectos jurídicos, administrativos e financeiros, pelo sistema de informações e pela gestão eficiente de estoque.

É necessário prover a Assistência Farmacêutica dos recursos humanos, materiais e financeiros indispensáveis para o desenvolvimento de suas atividades. (BRASIL, 2007). É importante enfatizar que a Assistência Farmacêutica é multidisciplinar, porém o farmacêutico, por ser legalmente o profissional responsável pelo medicamento, é imprescindível para o desenvolvimento das atividades relacionadas à área, tais como seleção, programação, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.

A dispensação de medicamentos tem como objetivo garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto. É um dos elementos vitais para o uso racional de medicamentos. Cabe ao dispensador a responsabilidade pelo entendimento do usuário acerca do modo correto de uso do medicamento.

Em Cruzeiro do Iguaçu, os medicamentos são recebidos, conferidos e estocados na farmácia e almoxarifado; a dispensação ocorre através do profissional farmacêuticos e auxiliares capacitados na área, juntamente com a orientação sobre o uso dos medicamentos obedecendo ao protocolo de dispensação e a apresentação de receituário médico. Mensalmente são realizados os relatórios de dispensação de insulinas e preservativos. Sendo que todo final de mês é verificado os medicamentos vencidos e os que vencerão no próximo mês. Atualmente é feito bimestralmente o relatório dos anticoncepcionais e trimestralmente realizado o controle de registro de medicamentos sujeitos a controle especial e antimicrobianos, além dos relatórios de hanseníase e tuberculose.

O fornecimento de medicamentos excepcionais ocorre através do sistema online CEAF – Componente Especializado da Atenção Farmacêutica, onde a 8ª Regional de Saúde é responsável pelo fornecimento e encaminhamento dos

processos de medicamentos solicitados pelo farmacêutico municipal juntamente com a apresentação da documentação necessária pelo paciente, tais medicamentos são retirados apenas uma vez ao mês através de um cronograma datado para os municípios.

Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) é um dos instrumentos que deve embasar a reorientação da Assistência Farmacêutica na atenção básica, sob responsabilidade dos gestores municipais, com o objetivo de assegurar o acesso da população aos medicamentos essenciais, promover seu uso racional e qualificar o atendimento. (BRASIL, 2007).

O crescimento dos investimentos necessários para a promoção do acesso a medicamentos, bem como do número de usuários, tem trazido grandes desafios gerenciais às Secretarias de Saúde. Essa evolução tem exigido, além da mobilização de recursos estaduais para aquisição de medicamentos, uma relevante mobilização de recursos para a reestruturação das unidades responsáveis pelo gerenciamento logístico, bem como de atendimento aos usuários, de forma a manter a qualidade dos medicamentos e dos serviços prestados. Esse crescimento, por exemplo, no número de usuários das farmácias das Regionais de Saúde – que promovem o acesso a medicamentos do CEFAP e Elenco Complementar de Medicamentos da SESA – foi de cerca de 88%, em 5 anos, com crescimento anual médio de 13%. Tendo em vista a amplitude e a complexidade dos tratamentos farmacológicos disponíveis no SUS, e considerando que uma parcela significativa da população utiliza diversos medicamentos concomitantemente, problemas relacionados ao uso dos medicamentos têm sido apresentados e descritos neste documento, com ênfase às intoxicações e reações adversas. Para tanto, a provisão do serviço de clínica farmacêutica e ações com foco na segurança do paciente precisam ser agregados às políticas públicas conjuntamente ao acesso a medicamentos, de forma a contribuir para a obtenção de melhores resultados em saúde da população (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.116).

Mesmo com toda a organização da Assistência Farmacêutica no Paraná e o amplo elenco de medicamentos padronizados pelas políticas públicas, permanece a demanda por fornecimento de medicamentos não contemplados na RENAME ou não previstos para determinadas situações clínicas ou agravos. Esse fato tem desencadeado a obrigação da SESA para o fornecimento de medicamentos por meio de determinações judiciais. O aumento significativo de novos pacientes nos últimos cinco anos impactou no crescente valor financeiro destinado à aquisição

desses medicamentos, as demandas judiciais são consideradas um dos grandes desafios para os gestores do SUS. Para tanto, fez-se necessária a estruturação da SESA e sua articulação com os demais entes externos envolvidos de modo a promover o cumprimento das ordens judiciais, bem como orientar esses entes acerca da designação correta do nível de gestão responsável pelo financiamento dos medicamentos. A SESA tem participado ativamente do Comitê Executivo da Saúde no Paraná, criado em abril de 2011, seguindo a Recomendação nº 31/2010 e a Resolução nº 107/2010, do Conselho Nacional de Justiça. Ele discute a liberação de medicamentos por meio de ordens judiciais e elabora ações conjuntas para auxiliar o poder judiciário nas demandas que envolvem o direito à saúde e a assistência farmacêutica (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.117).

10.6 Financiamento

O financiamento, entre outros componentes do sistema de saúde, como a organização dos serviços, o modelo de atenção, a gestão, a governança e a regulação, é elemento essencial para o mesmo. Em relação ao SUS, o financiamento se dá de forma tripartite pelos governos federal, estadual e municipal, com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e de contribuições, tendo nesse o grande aporte de recursos. A sua materialização ocorre por meio do orçamento e sua execução financeira.

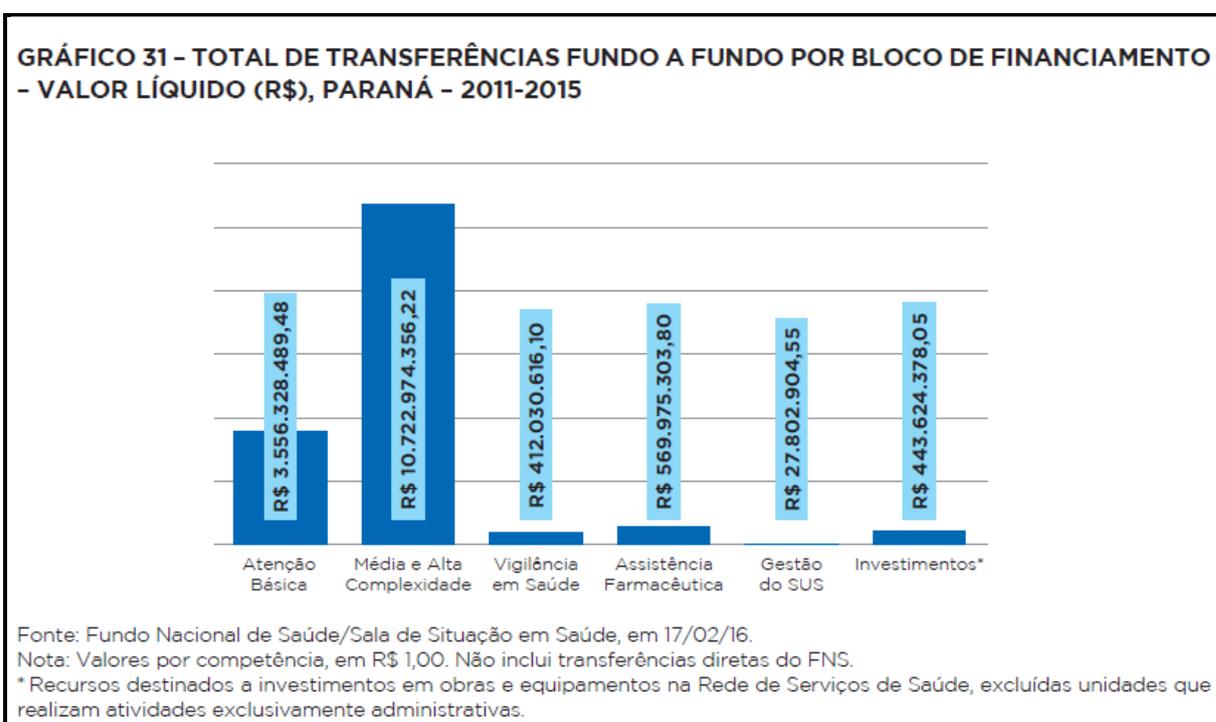
Um levantamento sobre a evolução do total dos gastos públicos em saúde no Brasil, por esfera de governo, demonstra que em 1993, a União aplicava 72,00%, os estados 12,00% e os municípios 16,00%; em 2013, esse cenário era diferente, a União aplicava 42,59%, os estados 26,67% e os municípios, 30,74% (CONASS,2015). Isso reflete o subfinanciamento do SUS pelo governo federal, agravado pelo cenário econômico e arranjos legais, como a Emenda Constitucional nº 86, promulgada em 17/03/2015 (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.118).

10.6.1 Financiamento Federal

Atualmente, a execução do financiamento federal voltado ao SUS é efetivada mediante o repasse de recursos a estados e municípios por blocos de financiamento (fundo a fundo) ou convênios. Considerando que os repasses destinados às ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital devem ocorrer predominantemente

por transferência fundo a fundo, essas análises e focará nessa modalidade (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.118).

Quanto às transferências fundo a fundo para o Paraná de 2011 a 2015 (Gráfico 31), o Bloco com maior destinação de recursos é o da Média e Alta Complexidade (68,00%), seguido da Atenção Básica (23,00%). Nesse período, os blocos que apresentaram redução do montante de recursos para o Estado foram o de Assistência Farmacêutica, em função da centralização da aquisição de alguns medicamentos no Ministério da Saúde; e o de Gestão do SUS, que se centrou somente nos incentivos de implantação de políticas a partir de 2014.



10.6.2 Financiamento Estadual

Na estrutura do orçamento anual da SESA há valores constantes da Lei Orçamentária Anual (LOA) com base na previsão de receitas, e do liberado ou programado de acordo com as receitas obtidas ou recebidas nas diferentes fontes de recursos; e a sua execução ocorre por meio dos empenhos, liquidações e pagamentos das despesas efetuadas. Vinculam-se à SESA duas unidades orçamentárias: o Fundo Estadual de Saúde; e o Gabinete do Secretário, no qual são alocados os recursos de convênios federais como Secretaria e respectivas

contrapartidas e, a partir de 2016, também os Encargos com Pensões para Portadores de Hanseníase (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.119).

A SESA definiu em 2011 no seu planejamento estratégico seis programas estruturantes das Redes de Atenção à Saúde (RAS) , a saber: **APSUS** – Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde; **COMSUS** – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde; **HOSPSUS** – Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná; **VIGIASUS** – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná; **FARMÁCIA DO PARANÁ** – Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica; e **HOSPITAIS DO PARANÁ** – Programa de Incentivo à Qualificação dos Hospitais do Governo do Paraná. Esses programas são estratégicos à organização das quatro Redes de Atenção à Saúde implantadas no Paraná. Contam com três componentes básicos: capacitação, custeio e investimentos, que têm apoiado os municípios, consórcios e prestadores de serviços a ampliar o atendimento de qualidade aos cidadãos paranaenses. Além do mais, nos últimos anos, o Governo do Paraná aportou vigorosamente recursos estaduais em saúde, com investimentos em obras e repasses de custeio para os municípios paranaenses por meio dos Programas citados.

O município é privilegiado com três dos seis programas estruturantes das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e os recursos do Estado são destinados para compras de medicamentos, através do Consórcio Paraná Saúde que organiza lotes trimestrais para aquisição de medicamentos, buscando sempre o melhor preço.

1) Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS

Na busca de tornar a Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenadora do cuidado ao cidadão, a SESA definiu como ação estratégica a implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. Instituído em 2011, traz uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios; fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com os seguintes objetivos:

- Ordenar os processos de trabalho das Equipes de Atenção Primária à Saúde que atuem ou não com a estratégia Saúde da Família;

- Organizar as ações de saúde e os fluxos nas Unidades Básicas de Saúde, com base na consolidação de territórios sanitários adscritos às equipes de APS por meio do acesso a práticas orientadas a todos os usuários-famílias da comunidade, em todo o ciclo de vida, inclusive na fase laboral e produtiva, visando à garantia da integralidade da atenção, mediante oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde;

- Instrumentalizar equipes locais e municipais com vistas às práticas da Vigilância em Saúde, com base na epidemiologia clínica e social;

- Implantar as RAS em todas as regiões do estado, como enfoque prioritário às Redes: Mãe Paranaense (materno-infantil), de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, de Atenção à Pessoa Idosa e de Atenção à Pessoa com Deficiência (PcD);

- Mudar o modelo de atenção à saúde centrado nas condições agudas, para o modelo de atenção às condições agudas e crônicas, promovendo o trabalho em equipe, a gestão da clínica, a gestão de caso e as tecnologias de promoção de autocuidado apoiado;

- Promover e implementar ações de Promoção da Saúde nas equipes de APS, e as ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

O componente de Custeio das Ações da APS se desenvolve no Estado do Paraná desde o ano de 2012, tendo como referência os critérios estabelecidos pelo Fator de Redução das Desigualdades Regionais. Em 2013, foi aprovada a alteração do valor do Incentivo Financeiro de Custeio do Programa do APSUS e, no ano de 2014, o valor do Incentivo financeiro do APSUS foi alterado com a inclusão da Parcela do Incentivo da Saúde Bucal na Atenção Primária. O Incentivo Financeiro repassado fundo a fundo a 391 municípios, incluindo a área de saúde bucal, totaliza R\$ 166.311.705,00.

O Fator de Redução das Desigualdades Regionais tem como objetivo discriminar positivamente as regiões e populações portadoras de maiores necessidades, cuja adoção foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná CIB – PR e no Conselho Estadual de Saúde – CES. O critério adotado para a criação do Fator de Redução das Desigualdades Regionais é a classificação dos municípios, de acordo com uma pontuação que varia de 0 a 10, calculada a partir da média ponderada dos seguintes indicadores: PIB *per capita* (peso 2); Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1); Percentual da população

em Extrema Pobreza (peso 1); Grau de Urbanização (peso 1); Índice IPARDES de Desempenho Municipal (peso 1).

Ressalta-se que a SESA segue o que dispõe a Lei Complementar Federal 141/2012, em seu Artigo 19, no que se refere aos recursos transferidos do Estado aos municípios para ações e serviços públicos de saúde, que é realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e leva em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais. A metodologia de alocação dos recursos estaduais de todas as áreas da saúde para os municípios utiliza o índice do Fator de Redução das Desigualdades Regionais, constando a previsão de recursos aos municípios que se habilitam aos incentivos fundo a fundo em Resolução do Secretário Estadual disponibilizadas em www.saude.pr.gov.br.

O componente investimento se constitui na qualificação da atenção ao cidadão paranaense, por meio da melhoria da estrutura física das Unidades de Atenção Primária (Unidades de Saúde da Família), da aquisição de equipamentos e do transporte sanitário. Desde 2012, a SESA realiza repasses de recursos aos municípios para a melhoria da estrutura das Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que, em 2013, instituiu o Incentivo Financeiro de Investimento para construção e ampliação de Unidades de Saúde da Família e o Incentivo financeiro para reforma/recuperação das Unidades de Saúde da Família. De 2012 a 2015, o APSUS conta com 432 obras e adesão de 269 municípios de todas as Regionais de Saúde do Estado, com recursos destinados na ordem de R\$ 110.543.851,00.

No ano de 2014, foi instituído o incentivo financeiro para a Implantação do Transporte Sanitário na Atenção Primária e, até o ano de 2015, foram contemplados os 399 municípios do Estado (R\$123.000.000,00). Em 2015, foi instituído o Incentivo Financeiro de Investimento para a aquisição de Equipamentos para as Unidades de Atenção Primária e foi aprovada a relação dos municípios que aderiram ao incentivo para aquisição de equipamentos (Elegíveis: R\$ 50.025.000,00), sendo os 399 municípios do estado contemplados, no total de 435 lotes de equipamentos.

O componente Educação Permanente foi desencadeado por meio de “ondas formativas” que envolveram as Regionais de Saúde e Municípios por meio de Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde. As oficinas foram

constituídas por módulos que atingiram aproximadamente 35 mil trabalhadores e gestores em saúde. As oficinas realizadas foram:

- Redes de Atenção à Saúde no Paraná;
- Rede Mãe Paranaense;
- Rede de Atenção à Urgência e Emergência;
- Monitoramento e Avaliação;
- Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Estado do Paraná;
- Programação da Atenção Primária à Saúde;
- Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde;
- Saúde Mental;
- Saúde do Idoso.

Após as nove oficinas, a SESA buscou elaborar uma metodologia que promoveu a aplicação de conceitos de acordo com as realidades de cada equipe, estabelecendo padrões e protocolos, organizando os processos de trabalho, garantindo a segurança ao usuário e à equipe que o atende; por consequência, a melhoria da atenção, da satisfação dos usuários e indicadores. Esse processo denominou-se Tutoria.

A **Tutoria** inaugura uma nova fase do Programa APSUS, que está sendo viabilizada pela adesão dos municípios e suas equipes da APS. Esse processo foi introduzido no estado no ano de 2014, tendo o objetivo de apoiar as equipes no gerenciamento dos micros e macro processos prioritários, para que as mesmas assumam a coordenação das Redes de Atenção à Saúde. Visa tornar as equipes da APS coordenadoras do cuidado dos cidadãos em seu território e, para que o processo aconteça, é preciso o envolvimento de toda a equipe e dos gestores municipais.

A certificação da Tutoria está planejada em etapas. A **primeira**, tem foco no gerenciamento dos riscos com vistas à segurança dos cidadãos e das equipes; a **segunda**, no gerenciamento dos processos para a melhoria do cuidado; e a **terceira**, no gerenciamento dos resultados para melhorar os indicadores de saúde da população. Ao final de cada etapa de avaliação, há uma certificação com selos **Bronze, Prata e Ouro**, a qual além de dar visibilidade ao processo, tem como objetivo incentivar as equipes e criar um padrão de qualidade da APS no Paraná. A demonstração das melhorias possibilitadas pelo APSUS pode ser avaliada ao analisarmos os dados de morbimortalidade por doenças transmissíveis e não

transmissíveis conforme análise de situação na Análise de Situação de Saúde.

O município de Cruzeiro do Iguaçu foi um dos cinco apreciados que realizou auto avaliação referente ao Processo de Qualidade da APS do Estado do Paraná - **TUTORIA**, recebendo o **SELO BRONZE de Qualidade na APS**, no ano de 2016. Para 2017, o mesmo esteve participando da segunda etapa que concederá o **SELO PRATA**, se após avaliação for contemplado, e até 2018 alcançar por excelência o **SELO OURO**.

O APSUS, portanto, no período 2011-2015, possibilitou à população paranaense o atendimento à saúde em todas as regiões do estado, organizando o acesso de modo que os serviços estivessem o mais próximo possível das residências dos cidadãos paranaenses, aumentando as capacidades de respostas às demandas sociais, sanitárias e assistenciais por parte das equipes de APS. Um novo paradigma assistencial no setor Saúde foi estabelecido, produzindo uma mudança em todo o modelo de atenção à saúde (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.134 a 136).

2) Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica – Farmácia do Paraná

O Programa Farmácia do Paraná – Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica, teve início no ano de 2011 e seu objetivo é qualificar a Assistência Farmacêutica em todo o Estado do Paraná. A promoção do acesso a medicamentos, com foco na cadeia logística de abastecimento– que no estado do Paraná se inicia no CEMEPAR, passa pelas 22 Regionais de Saúde e atinge todos os 399 municípios do estado, historicamente gerencia um volume financeiro bastante significativo. A estruturação e a qualificação dessa cadeia, no entanto, não recebeu os investimentos proporcionalmente necessários. Assim, o Programa Farmácia do Paraná se propõe a abordar essa lacuna de cobertura, tanto em âmbito estadual, quanto municipal, por meio de ações organizadas em três eixos estratégicos: estruturação da Assistência Farmacêutica, capacitação dos profissionais envolvidos e custeio da Assistência Farmacêutica.

Os investimentos realizados para a aquisição de mobiliário, câmaras para conservação de medicamentos, equipamentos de informática, entre outros, somam cerca de R\$ 3 milhões. Em âmbito municipal, espera-se que a qualificação da Assistência Farmacêutica seja potencializada por meio do Incentivo Financeiro

Estadual à Organização da Assistência Farmacêutica, cujos repasses de 2012 a 2015 ultrapassaram os 20 milhões de reais e todos os municípios do Paraná foram contemplados.

Os resultados alcançados no quadriênio 2012-2015 contabilizam importantes avanços na reestruturação física e provisão de equipamentos para as 22 farmácias das Regionais de Saúde. A reforma e/ou a construção das unidades tem possibilitado melhor ambiência para o atendimento aos usuários, melhores condições para o armazenamento dos medicamentos, bem como a otimização dos fluxos de trabalho – que impactam em atendimentos mais qualificados e mais ágeis. É emblemática nesse processo a previsão, em todas essas farmácias, de ao menos um consultório farmacêutico para a prática das atividades clínicas, possibilitando uma abordagem diferenciada aos usuários de medicamentos. O progresso das tecnologias leves (tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização) e sua implementação têm-se mostrado fundamental para a resolutividade de problemas relacionados ao uso de medicamentos.

As ações para a capacitação dos profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica em âmbito Regional e municipal têm sido realizadas por meio de oficinas presenciais e de videoconferências, abordando temas relacionados à prática cotidiana. Está em andamento outra iniciativa: a execução do Convênio nº 73/2013 pelo Consórcio Intergestores Paraná Saúde, para capacitar 400 farmacêuticos em temas relacionados à gestão do medicamento e às habilidades clínicas.

A implantação do Incentivo Financeiro Estadual para a Organização da Assistência Farmacêutica, atendendo a todos os 399 municípios do estado, foi uma iniciativa inédita por parte da SESA e tem possibilitado ao gestor municipal a promoção de melhorias nas estruturas físicas e na aquisição de equipamentos, bem como no custeio das ações relacionadas à área (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.138 e 139).

3) Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná – VigiaSUS

O Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde – VigiaSUS no Estado do Paraná foi instituído em 2013, com o objetivo de fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no Paraná, com repasse de incentivos financeiros aos

399 municípios. Tais recursos são destinados para custeio e capital e devem ser utilizados no financiamento das ações de vigilância em saúde compostas por: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental, Vigilância Estratégica de Resposta a Emergências de Saúde e Laboratórios de saúde pública. A adesão dos municípios ao programa é voluntária e a transferência dos incentivos é realizada na modalidade Fundo a Fundo.

São componentes estratégicos do VigiaSUS: repasse de incentivo financeiro estadual aos municípios para aplicação em capital (tais como veículos e equipamentos) e custeio (tais como manutenção das ações de Vigilância em Saúde); a educação permanente voltada para os municípios e regionais de saúde com cursos de atualização e pós-graduação em Vigilância em Saúde;

O Programa estabelece algumas diretrizes, entre elas:

1. Descentralização das ações de Vigilância em Saúde aos municípios por meio de pactuação na Comissão Intergestora Bipartite – 101 ações a serem desenvolvidas;
2. Investimento em construção, ampliação e reformas das estruturas próprias da SESA, em que podemos destacar a construção da 2ª Fase do Laboratório Central do Estado;
3. Definição dos elencos das ações de Vigilância em Saúde em níveis de complexidade dos municípios e regionais de saúde, classificando as Ações de vigilância em Saúde em grau de complexidade em três elencos de ações, conforme pactuação em CIB (Deliberação nº 066/2015);
4. Estabelecimento de Porte para os Municípios, levando em consideração o fator populacional e a pontuação do Fator de Redução de Desigualdades previstas na Resolução SESA nº 237/2012, classificando-os conforme os critérios do Quadro 7:
5. Desenvolvimento de amplo processo de educação permanente para qualificação técnica e de gestão do setor;
6. Criação do Grupo Gestor do VigiaSUS, para o desenvolvimento, acompanhamento e implementação, composto por representantes da SESA, COSEMS e Conselho Estadual de Saúde, podendo ser convidados representantes de outras instituições, a critério do grupo;
7. Acompanhamento da execução das ações e da utilização dos Incentivos financeiros por meio de instrumento de gestão próprios, realizado pelas vigilâncias das regionais de saúde. Até dezembro de 2015, o Programa

VIGIASUS repassou para os municípios o total de R\$ 143.957.326,84.

QUADRO 7 - CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR PORTE - VigiasUS		
PORTE	ELENCO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR PORTE, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O FATOR POPULACIONAL E A RESOLUÇÃO 237/2012_FATOR REDUÇÃO DESIGUALDADES
I	1	Municípios com população até 20.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) menor que 5.
II	1 e 2	Municípios com população entre 20.001 a 100.000 habitantes; Municípios com população maior que 15.000 e menor que 20.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) maior que 5.
III	1, 2 e 3	Municípios com população maior que 100.000 habitantes; Municípios com população maior que 30.000 e menor que 100.000 habitantes e pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades) maior que 6; Municípios sede de Regional de Saúde independente de pontuação (Resolução 237/2012_Fator Redução Desigualdades).

Fonte: Deliberação CIB-PR nº 287/2013, ago. 2013.

Entre os resultados do Programa, destacam-se até maio de 2015: a aquisição pelos municípios de 397 veículos, além de outros materiais e equipamentos essenciais; o Curso de Especialização em Gestão da Vigilância em Saúde, oferecido pela Escola de Saúde Pública do Estado, com 193 profissionais formados; e o fortalecimento das ações pactuadas por meio da criação e aplicação de instrumentos de acompanhamento para a qualificação e implementação do Programa (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.139 a 141).

O município se classifica no Porte I, como demonstra o gráfico e está com:

Custeio: R\$ 30.441,48

Investimento Capital: 19.623,24

NASF III

Custeio mensal de profissionais e Capital para Investimento.

10.6.3 Financiamento Municipal

A fonte de dados utilizada para a análise do financiamento municipal na área da saúde foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Tomando como base o ano de 2014, observa-se que todos os 399 municípios do Paraná aplicaram no mínimo 15% dos recursos do Tesouro em ASPS, assim distribuídos: 113 municípios de 15 a 19%, 159 municípios de 20 a 24%, 96 municípios de 25 a 29% e 31 municípios de 30 a 34%. Não foram encontrados

estudos com maior detalhamento de gastos municipais em saúde no Paraná. A análise isolada desse indicador não permite avaliar a qualidade dos gastos em saúde (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.121).

Os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde são subdivididos em quatro grandes blocos que são repassados fundo a fundo mensalmente. Na tabela abaixo foi realizado uma previsão anual dos repasses federais com base em 2016, com probabilidade de aumento após a participação do 3º Ciclo das equipes de Atenção Básica ao PMAQ-AB (Programa de Melhoria de Acesso e de Qualidade na Atenção Básica). Todos esses recursos são destinados à realização de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Blocos	Previsão Anual
Assistência Farmacêutica	30.000,00
Atenção Básica	532.215,54
Vigilância em Saúde	58.434,78
NASF	104.000,00
Saúde Bucal	57.980,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	30.715,80
Gestão do SUS	6.265,00
Total	819.611,12

Em Cruzeiro do Iguaçu, no que se refere à aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde, a apuração se baseia nos dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), o qual permanece com investimento acima dos 15% estabelecido conforme emenda constitucional 29 e relatórios do SIOPS (Anexo I). Estes relatórios demonstram de forma clara as receitas e despesas municipais e a porcentagem da aplicação em saúde, detalhando os gastos. Em 2016, as despesas executadas com a saúde geraram um total de R\$ 4.551.660,80, com um aumento de 23% comparado ao ano anterior.

10.6.4 Convênios

Os recursos destinados a convênios, seguem um plano de trabalho estabelecido em cada concordata com alcance de metas e prazos pré-estabelecidos, estes através de licitações com diversas especialidades para

consultas e exames, como consta na Resolução Nº 06/2017 de 07 de agosto de 2017 (Anexo II), além de infectologista e endocrinologista.

10.6.5 Perspectivas

Segundo estudo realizado para o Plano Plurianual de Governo – PPA 2016 a 2019, os dados divulgados do PIB brasileiro pelo IBGE e do PIB paranaense pelo IPARDES em 2015 consolidam a previsão de declínio econômico e reforçam o diagnóstico de anos desafiantes pela frente. Por todos os indicativos registrados até o momento, as recentes divulgações de avaliações pelas agências internacionais de risco e do mercado nacional apontam para um cenário doméstico de forte recessão em 2016, seguido de lenta recuperação do produto interno a partir de 2017. Isso se reflete e refletirá possivelmente no financiamento da saúde.

Mesmo nesse quadro conjuntural complexo, o Estado do Paraná tem preservado a sua economia nos últimos anos e o financiamento da saúde vem aumentando. No entanto, mesmo com indicadores positivos, os próximos anos trarão ao Paraná desafios importantes ao seu crescimento econômico e à melhoria dos padrões de bem-estar. Ressalta-se a questão do subfinanciamento federal e redução das transferências pelo Ministério da Saúde. Há uma série de medidas que restringe os repasses de recursos da saúde, como: não habilitação ou credenciamento de serviços; não pagamento de incentivos e não fornecimento de insumos, como imunobiológicos; não ressarcimento de despesas, como compra de medicamentos de alto custo determinada por ordem judicial (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.121).

A nível de município, a realidade condiz paralelamente ao Estado, ou seja, a cada ano a saúde lidará com reduções de repasses de recursos federais, o que poderá acarretar em indicadores negativos se não houver melhora na economia.

11. Redes de Atenção à Saúde do Paraná

A atenção à saúde determina a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS. A organização de Redes de Atenção à Saúde é uma estratégia no enfrentamento do maior desafio à consolidação do SUS. Assim,

proporciona a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com as suas necessidades.

Uma faceta apresentada pelas Redes de Atenção é o seu centro de comunicação, que se situa na Atenção Primária à Saúde – APS. Para enfrentar uma condição de saúde específica, as redes se estruturam por meio de um fluxo de atendimento, o que resulta na continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) e na plenitude da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição).

Como sistemas de apoio, o acesso aos exames e à assistência farmacêutica ocorre nas Unidades Básicas de Saúde, como porta de entrada, bem como nos consórcios, assistência especializada e unidades hospitalares, conforme suas especificidades.

Desde 2011, o Estado vem investindo e implantando em Redes de Atenção à Saúde, e, com tal visão, o Paraná implantou quatro Redes: Mãe Paranaense, Paraná Urgência, Saúde Bucal, Saúde Mental; e vem trabalhando na estruturação de mais duas Redes de Atenção: a da Pessoa com Deficiência e a de Saúde do Idoso (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.122).

11.1 Rede Mãe Paranaense

A Rede Mãe Paranaense (RMP) foi definida como uma rede prioritária, baseada na análise dos indicadores de mortalidade materna e infantil, que estavam estagnados ao longo dos últimos anos, com uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e a ausência de pontos de atenção organizados para atender às gestantes e crianças.

A implantação da Rede Mãe Paranaense, em 2012, foi fundamentada no marco conceituadas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que adota um modelo de atenção em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 75% de carga de doenças no Paraná.

Toda essa estrutura baseia-se no fortalecimento e organização da atenção primária, secundária e terciária, estabelecendo protocolos que garantam uma atenção de qualidade; iniciando desde o pré-natal precoce com a realização de 07

ou mais consultas, a Rede Mãe Paranaense conseguiu um excelente resultado, fechando 2015 com 93% das gestantes atendidas com 07 ou mais consultas de pré-natal. Outro fator fundamental para garantir um bom atendimento às gestantes é a realização da estratificação de risco das gestantes e dos bebês com atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco. A vinculação das gestantes ao hospital mais adequado ao seu risco gestacional pode afirmar que a organização da RMP vem contribuindo para a redução da mortalidade e para a qualidade da atenção, com um resultado de 69,2% das gestantes de risco habitual/intermediário e de 87% das gestantes de alto risco vinculadas ao hospital de referência.

A Rede Mãe Paranaense realizou o levantamento e a análise epidemiológica identificando os riscos de morte, estabelecendo a estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e baseada em análise epidemiológica que permite a organização dos serviços. Com base nesse estudo é que se definiram três graus de risco da gestante e da criança: risco habitual, risco intermediário e alto risco.

A Atenção Primária é a porta de entrada da Rede Mãe Paranaense e a ordenadora de todo o processo, que se inicia com a busca ativa das gestantes e crianças menores de 01 ano com a oferta de um pré-natal de qualidade, vinculação ao hospital de referência e a estratificação de risco. A APS deve ser organizada para que toda gestante tenha como referência uma unidade mais próxima da sua residência e as Equipes de Saúde da Família, que têm como principal tarefa acompanhar as gestantes e crianças por meio da visita domiciliar de sua área de abrangência.

Os Centros Mãe Paranaense estão estruturados nos Consórcios Intermunicipais de Saúde e/ou Ambulatórios de Gestação de Alto Risco situados nos Hospitais de referência para o atendimento às gestantes e crianças de Risco Intermediário e Alto Risco, hoje organizados nas 22 Regionais de Saúde com papel de complementar a necessidade da atenção primária. O atendimento nos Centros Mãe Paranaense tem como modelo um atendimento integral, em que a gestante e a criança recebem atendimento multiprofissional de diagnóstico e terapêutico (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.122 e 123).

11.2 Rede Saúde Bucal

A Secretaria de Estado da Saúde propôs em 2011 a construção de uma Política Estadual de Saúde Bucal, estabelecendo um modelo de gestão que prioriza o trabalho em equipe e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal. Esse novo modelo estabelece a Atenção em Rede, sendo organizada na atenção primária, secundária e terciária. Na Atenção Primária, a organização da Rede se dá especialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família e Unidades de Atenção Primária convencionais; na Atenção Secundária, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas; e, na Atenção Terciária, nos hospitais de referência, para atendimento a Pessoas com Deficiência e/ou necessidades especiais.

A construção do Mapa Estratégico da Rede ressalta a importância da missão, da visão, dos valores, do processo, da gestão e da questão financeira de uma rede estruturada, cujo objetivo maior é o de oferecer os melhores resultados de saúde bucal para a população do Estado. O marco consolidador da Política Estadual de Saúde Bucal se deu no lançamento da Rede de Atenção em Saúde Bucal e da Linha Guia em abril de 2014.

A manutenção do Programa Estadual de Bochecho com Flúor, implantado em 1980, tem proporcionado uma importante ação de prevenção em saúde bucal. Em 2013, houve a expansão do Programa Estadual de Bochecho com Flúor para escolares de até 15 anos, tendo por base os resultados dos estudos epidemiológicos (SB Brasil 2010, 2012), os quais apontaram um aumento de prevalência da doença cárie entre 12 e 19 anos; com índice de CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,07 aos 12 anos, saltando para 4,25 dos 15 aos 19 anos. Atualmente, aproximadamente um milhão de crianças são beneficiadas.

Uma importante ação de promoção da saúde tem sido desenvolvida em parceria com a SANEPAR, por meio da fluoretação das águas de abastecimento público, considerado o meio mais barato e eficaz na redução da doença cárie. No Paraná, 378 municípios oferecem esse benefício à sua população.

Com o objetivo de intensificar a realização da parte clínica das próteses dentárias pelos profissionais da Atenção Primária, entendendo que esse procedimento é do rol de atividades desse nível de atenção, a SESA estabeleceu a estratégia de equipar as Unidades de Saúde comum kit de prótese clínica, organizado a partir da análise das intervenções necessárias e distribuído para os municípios.

No processo de qualificação profissional e dos processos de trabalho, destaque para o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS.

A segunda fase do APSUS traz no seu escopo intervenções práticas sob a supervisão de instrutores, tendo como objetivo apoiar as equipes para que se cumpram os atributos e funções da APS, definindo critérios importantes como a parametrização, estratificação de risco e a classificação de risco da urgência e emergência. Foi elaborado e distribuído material de orientação ao profissional Cirurgião Dentista, visando auxílio na estratificação de risco em Saúde Bucal e na classificação das urgências odontológicas. O atendimento aos grupos prioritários: gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos, continua sendo o foco desse trabalho.

Observam-se vários resultados positivos a partir da adoção de um novo modelo e de novos conceitos balizando a Política Estadual de Saúde Bucal. Entre os principais, destacam-se a expansão da cobertura de saúde bucal na Atenção Primária, com um aumento de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, saindo de 1.198 em 2011 e chegando em 1.284 em 2016, correspondendo a 64,26% de cobertura (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.128 e 129).

11.3 Rede de Atenção à Saúde Mental

A OMS em 2002 divulgou a prevalência dos transtornos mentais em 12% da população geral e 6% para dependência de álcool e outras drogas. A atenção à saúde dessas pessoas, bem como ações de prevenção de agravos e promoção da saúde mental, exigiu a implantação e implementação dessa Rede. Por meio do Planejamento Estratégico, foram redefinidas as diretrizes e estratégias da Política Estadual de Saúde Mental. Na elaboração do Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Mental, definiu-se a missão, visão, valores e as perspectivas para alcançar o resultado para a sociedade, que é o de reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas. Tendo como pressuposto o cuidado no território e a atenção primária como ordenadora das Redes, sempre em busca da articulação intra e intersetorial.

Alguns pontos foram norteadores para o desenvolvimento e expansão da Rede de Atenção à Saúde Mental, como: os Planos de Ação Regionais; a qualificação de profissionais e dos processos de trabalho; a Linha Guia de Atenção à Saúde Mental; e a implantação da Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná. Os Planos de Ação Regionais são instrumentos fundamentais para a implantação e qualificação da rede nas diferentes regiões do Estado. A

construção desses Planos teve início em 2012, discutindo a realidade de cada município, da Regional de Saúde, definindo os objetivos e as estratégias para alcançá-los. Ao longo do ano de 2013, as discussões nos Colegiados de Gestão Regionais continuaram e o aprimoramento e a implantação dos Planos continuam na pauta da SESA – entre nível central e regional e entre o nível regional e os municípios – de maneira a possibilitar a aprovação dos Planos das 22 Regionais de Saúde.

No processo de qualificação profissional e dos processos de trabalho, destaque para o APSUS. No seu componente Educação Permanente, a Saúde Mental foi tema da 8ª Oficina Estadual do APSUS – 2014. Foram utilizados os instrumentos de Estratificação de Risco em Saúde Mental, Planilha de Programação e o Plano de Cuidados. A área técnica da SESA, entendendo que apenas os sinais e sintomas, até mesmo o diagnóstico, não são suficientes para garantir o cuidado adequado à situação, desenvolveu a estratificação de risco que considera fatores agravantes ou atenuantes e a condição de vida atual do usuário. Por meio da estratificação de risco, é possível definir o nível em que ocorrerá a atenção à saúde. Esse instrumento vem sendo cada vez mais utilizado pelos municípios, bem como a planilha de programação, que auxilia no planejamento das ações de maneira a qualificar e aperfeiçoar a atenção em saúde mental na APS. O Plano de Cuidados realizado em conjunto com o usuário e familiares possibilita uma maior vinculação aos profissionais e ao serviço, promovendo uma corresponsabilização de todos os envolvidos.

A manutenção das ações de sensibilização e qualificação da APS em saúde mental é de suma importância, uma vez que ainda há muito desconhecimento e receio por parte dos profissionais da APS em relação ao cuidado a ser oferecido às pessoas em sofrimento mental e seus familiares. E, ainda, faz-se necessária a desconstrução da lógica de que o cuidado em saúde mental é exclusivo da Atenção Especializada, pois esse cuidado é de responsabilidade compartilhada entre todos os níveis de atenção.

Na implantação da Rede de Saúde Mental, os incentivos financeiros estaduais como dispositivos extra hospitalares, instituídos pela primeira vez em nosso Estado, foram imprescindíveis para caminhar em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica. No âmbito da Atenção Primária, tem-se o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/ Núcleos de Apoio à Saúde da Família –

NASF; enquanto na Atenção Secundária, o Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR.

Visando ao desenvolvimento de ações em saúde mental na atenção primária, a SESA instituiu o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que estabelece a inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental na composição das equipes do NASF. A importância dessa proposta decorre do fato de abranger municípios que não possuem serviços especializados em saúde mental, possibilitando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção ofertada aos usuários. As habilitações iniciaram em fevereiro de 2015 e, hoje, 87% dos municípios já têm suas equipes recebendo o incentivo financeiro.

Ainda na lógica da expansão e qualificação dos serviços extra hospitalares, também foi instituído o Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR, composto por CAPS AD III e Unidade de Acolhimento (UA) implantadas conjuntamente, tendo por objetivo promover arranjos regionais de modo a propiciar o acesso da população ao serviço especializado, independentemente do porte do município. O SIMPR une dois pontos de atenção e visa ampliar o acesso da população à saúde mental em todas as regiões do Estado, com atendimento voltado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, caracterizando-se como espaços que oferecem atendimentos com equipe multiprofissional, convivência, acompanhamento clínico e ações de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A Unidade de Acolhimento possibilita ao usuário uma permanência de até 6 (seis) meses, potencializando o seu projeto de vida e ampliando o acesso às políticas públicas. O SIMPR está implantado em Guarapuava (CAPS AD III e UA Adulto Infante-juvenil), Marmeleiro (CAPS AD III e UA), Cascavel (CAPS AD III e UA Adulto e UA Infante-juvenil), Congonhinhas (CAPS AD III e UA) e Toledo (CAPS AD III) e no total atendeu mais de 7.000 usuários.

Destaca-se ainda a Linha Guia de Saúde Mental, com sua 1ª Edição publicada em 2014, que tem por finalidade determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos, mantendo ou melhorando a qualidade das ações e serviços. Atualmente, a Linha Guia está em revisão para uma nova edição (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.130 a 132).

12. Redes em Estruturação

12.1 Rede Saúde do Idoso

O acelerado envelhecimento populacional observado em praticamente todo o mundo também atinge o estado do Paraná. Segundo as mais recentes estimativas (PNAD 2014), a população idosa (60 anos e mais) do Paraná já ultrapassa a cifra de 1.500.000 indivíduos, representando mais de 13% da população geral do Estado. As mudanças demográficas são acompanhadas das mudanças do perfil epidemiológico da população, com aumento de doenças crônicas, incapacidades e dependência; e demandam ações diferenciadas, que atendam às necessidades da população que envelhece, visando à manutenção da sua autonomia, independência e qualidade de vida pelo tempo máximo possível. Os idosos caracterizam-se pela presença de múltiplas doenças, em geral, crônicas; pela heterogeneidade; uso de múltiplos medicamentos; apresentação atípica de doenças; possibilidade da presença das grandes síndromes geriátricas com risco de perda da autonomia e independência; demandas sociais e psicológicas específicas e necessidade de cuidados em diferentes níveis de atenção (ambulatório, domicílio, hospital, instituição de longa permanência, centros dia e de convivência, serviços de reabilitação).

A fragilidade, estado de aumentada vulnerabilidade a desfechos adversos como internações, incapacidades, dependência, institucionalização e morte, é reconhecida atualmente como situação de extrema importância na saúde do idoso, devendo ser identificada e manejada precocemente. O estado do Paraná vem inovando nesse sentido. Em 2014, por meio da Oficina 9 do APSUS, além de levar às equipes de saúde os fundamentos da saúde do idoso, propôs uma estratégia de identificação do idoso frágil na APS por meio da aplicação do instrumento Vulnerable Elders Survey – VES –131 (SALIBA et al, 2012; LUZ et al, 2013; MAIA, 2012); (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.132e 133).

12.2 Rede da Pessoa com Deficiência

A Rede tem como objetivo ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências, sendo elas temporárias ou permanentes; progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. Visa também à promoção, prevenção, tratamento,

reabilitação e vigilância em saúde, considerando a importância das ações intersetoriais para o seu pleno desenvolvimento.

A Rede traz em seu escopo a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado; dessa maneira, a SESA vem estimulando e incentivando os municípios no desenvolvimento de ações voltadas às pessoas com deficiência nesse nível de atenção. Desde 2011, o Governo do Paraná incentiva projetos sociais para a garantia de direitos das pessoas com deficiência. As ações incluem programas, benefícios e serviços como acolhimento institucional, inclusão no mercado de trabalho e promoção social das pessoas com deficiência que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social. Outra conquista importante foi o Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná (Lei 18.419/15), que estabelece diretrizes em áreas como: saúde, educação, profissionalização, trabalho, assistência social e acessibilidade, propiciando o bem-estar social e econômico das pessoas com deficiência (Plano Estadual de Saúde, 2016, p.133).

13. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do PMS

Este capítulo foi definido a partir da Análise de Situação de Saúde – ASIS que apontou para as prioridades e compromissos de maior relevância a serem assumidos pela gestão municipal de saúde. Este presente plano se apresenta com matrizes de processos de definições e discussões, através estratégias previstas para o período plurianual. Outros documentos também serviram de referência: o Plano Estadual do Paraná 2016-2019, o Plano Plurianual Municipal 2014-2017, o Relatório Anual de Gestão 2016 e a Lei Orçamentária Anual – 2016, com seus respectivos recursos e ações.

Alguns conceitos guiaram o trabalho, como:

- As **Diretrizes** expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde. As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas, num enunciado-síntese.

- O (s) **Objetivo (s)** de cada Diretriz representa (m) os resultados desejados com a Diretriz, “o que se quer”, “o que se pretende” a fim de superar, reduzir, eliminar, prevenir ou controlar os problemas identificados. Isso em coerência com as políticas de governo e com a viabilidade política, econômica, técnica e institucional.

- A(s) **Meta(s)** especifica(m) a magnitude da mudança desejada ou o(s) resultado(s) visado(s) com o Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta, em função da relevância destas para o seu alcance. Ao estabelecer uma Meta, deve-se considerar o estágio de referência inicial ou a situação atual que se deseja modificar, o ponto de partida – de onde se está para onde se quer chegar. Isso constitui a Linha de Base.

- **O Indicador** é uma variável que representa uma meta, em geral numérico número absoluto ou índice/relação: percentual, taxa, coeficiente, razão). Permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar o alcance das mesmas.

- As **Ações** são iniciativas de caráter estratégico a serem desenvolvidas, por meio das quais se pretende alcançar os objetivos e metas.

Assim, obteve-se num processo de discussão interna da SMS e junto à sociedade, representada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), a definição das Diretrizes cujo detalhamento é apresentado a seguir com os seguintes objetivos gerais:

1º Aperfeiçoar e ampliar a atenção básica com a participação majoritária das ESFSB - Equipe de Saúde na Família e Saúde Bucal, Vigilância em Saúde e Saúde Mental, para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos municípios. Efetivar a assistência farmacêutica básica com base em um conjunto de ações e a interação direta do farmacêutico com o usuário, garantindo o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança a partir da adoção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

2º Fortalecer as ações de média e alta complexidade, que visam atender os problemas e agravos à saúde da população nos quais a prática depende da disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico; e definir a área de atenção à urgência e emergência como componente da assistência à saúde da população, estruturado para oferecer uma resposta rápida e qualificada, mediante adoção de planos, procedimentos e qualificação profissional, com um suporte avançado de resolutividade, integrado ao SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

3º Qualificação dos instrumentos de gestão com ganho de produtividade e eficiência do SUS, efetivando um modelo de gestão centralizado com garantia do acesso; com gestão do trabalho, investindo em qualificação e fixação de profissionais SUS; com educação em saúde eficiente; com planejamento efetivo; com financiamento estável; com articulação regional e com fortalecimento dos vínculos do cidadão na participação e controle social por meio do conselho municipal de saúde, agentes comunitários, educadores e lideranças da comunidade.

Assim considerando a análise situacional das necessidades relacionadas à saúde no município e com os objetivos gerais traçados, este plano propõe através das diretrizes e objetivos específicos traçados, o alcance das metas propostas.

1º Objetivo do PMS: Aperfeiçoar e ampliar a atenção básica com a participação majoritária das ESFSB - Equipe de Saúde na Família e Saúde Bucal, Vigilância em Saúde e Saúde Mental, para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos munícipes. Efetivar a assistência farmacêutica básica com base em um conjunto de ações e a interação direta do farmacêutico com o usuário, garantindo o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança a partir da adoção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

1ª Diretriz: Garantia do acesso da população a serviços de saúde de qualidade, mediante ampliação, estruturação e investimentos na Rede de Serviços da Saúde – Atenção Primária à Saúde e nos serviços da Rede de Urgência e Emergência.

Objetivos da Diretriz:

- Ampliações e reformas das estruturas físicas das Unidades de Saúde Central e Foz do Chopim.
- Estruturação e aquisição de equipamentos e materiais para as Unidades de Saúde Central e Foz do Chopim;
- Atualização e informatização adequada das Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Reforma externa completa da Unidade Central de Saúde de Cruzeiro do Iguaçu com estruturação de garagem para os veículos	00	00	00	01	Número absoluto.
Reforma externa completa da Unidade de Saúde de Foz do Chopim	00	00	00	01	Número absoluto.
Reforma e Pintura dos Postos de Saúde do interior (interna e externa).	01	01	01	01	Número absoluto.
Aquisição de 01 (um) Termômetro digital a laser infravermelho e 01(uma) Câmera Fotográfica Digital para Vigilância Sanitária.	00	01	01	00	Número absoluto.
Aquisição de placas de identificação para as estruturas internas das Unidades de Saúde.	25	25	25	25	Número absoluto.
Aquisição de 04 (quatro) guichês para atendimentos (telefonista e agendamento)	01	01	01	01	Número absoluto.
Estruturação de 01 (uma) sala específica para telefonista.	00	01	00	00	Número absoluto.
Aquisição de uma (uma) central telefônica (PABX) e mais 2 (duas) linhas telefônicas	00	01	01	01	Número absoluto.
Aquisição, instalação e manutenção de Sonorização Central de Ambiente para UBS Cruzeiro do Iguaçu	00	01	00	00	Número absoluto.
Estruturação de iluminação externa para as Unidades de Saúde Central e Foz do Chopim.	00	01	00	01	Número absoluto.
Aquisição de câmeras de monitoramento externas e internas para as Unidades de Saúde Central e	05	05	05	05	Número absoluto.

Foz do Chopim.					
Aquisição de 12 (doze) ar condicionado Split para climatização das salas de atendimento.	03	03	03	03	Número absoluto.
Aquisição de 07 (sete) cortinas de Ar.	01	02	03	01	Número absoluto.
Aquisição de 01 (um) ônibus de 45 lugares, 05 (cinco) automóveis de 05 lugares, 02 (dois) automóveis 07 lugares, 01 (um) automóvel TFD de 5 lugares.	02	03	02	02	Número absoluto.
Aquisição de 01 (uma) ambulância para as UBSs	00	00	01	00	Número absoluto.
Aquisição dos Sistemas de Informação para as Unidades de Saúde do Interior.	01	01	01	01	Número absoluto.
Aquisição de 03 (dois) notebooks para as ESF I e II e Vigilância Sanitária.	00	01	01	01	Número absoluto.
Aquisição de pendrives com no mínimo 8GB para armazenamentos de materiais utilizados pelos profissionais da saúde (cursos, qualificações).	50	50	50	50	Número absoluto.
Aquisição de 01 (uma) Geladeira para sala de vacinas de Foz do Chopim.	01	00	00	00	Número absoluto.
Aquisição de 02 (dois) Geradores Energia Elétrica para Sala de Vacinas do Centro Municipal de Saúde e Foz do Chopim.	00	01	00	01	Número absoluto.
Aquisição de 01 (uma) máquina de lavar roupas completa para o setor de limpeza de Foz do Chopim.	00	01	00	00	Número absoluto.

Criação, estruturação e manutenção de 02 (duas) academias de saúde pública para atividades físicas	00	01	00	01	Número absoluto.
Aquisição de diversos equipamentos para salas de fisioterapia de Cruzeiro do Iguaçu e Foz do Chopim	45	45	46	46	Número absoluto de equipamentos.

2ª Diretriz: Promoção da atenção integral à saúde da população através das Equipes da APS, Saúde da Família e NASF para todos os segmentos populacionais, priorizando as ações para a população mais vulnerável (criança, mulher, adolescentes e jovens, saúde do homem e idosos), seguido da promoção da adesão à assistência em Redes de Atenção à Saúde (RAS) a serem implantadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Atenção à Saúde Mental, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Qualificação APS), Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde.

Objetivos da Diretriz:

- Qualificar as ações e serviços, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.
- Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica fortalecendo as Equipes de Saúde na Família e Saúde Bucal.
- Adesão dos programas disponibilizados pelo Ministério da Saúde no objetivo de fortalecer a EAB.
- Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.
- Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense como organização e qualificação da Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e através dos modelos de Linhas de Cuidado (LC).
- Promoção do aleitamento materno até os dois anos de idade (exclusivo até os seis meses e introdução de alimentos complementares saudáveis em tempo oportuno).
- Estruturação, implantação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção através dos modelos de Linhas de Cuidado (LC).

- Fomentar a adoção de modos de vida mais saudáveis pela população a partir do fortalecimento de ações locais para a promoção de práticas corporais, atividade física, alimentação saudável, práticas culturais e de lazer.
- Promover a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária	87%	87%	87%	87%	Cobertura populacional estimada pelas equipes da APS.
Adesão das 02 Unidades de Saúde/Centro de Saúde no processo de Tutoria	60%	80%	100%	100%	Percentual de adesão das UBS/Centro de Saúde no processo de Tutoria.
Aumentar a cobertura populacional no SUS, estimada pelas Equipes de Saúde na Família e Saúde Bucal.	80%	85%	90%	90%	Percentual de cobertura da população cadastrada no Sistema E-SUS pela Estimativa do IBGE * 100.
Reduzir as internações por causas sensíveis à APS	28%	29%	30%	31%	Proporção de internações por causas sensíveis à APS.
Aumentarem 2,5% ao ano o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF	80%	82%	84%	86%	Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).

Manter o acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias do Programa Leite das Crianças (PLC) – CRAS.	70%	70%	70%	70%	Percentual de cobertura de acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias pelo PLC.
Manter coberturas das ESF e Saúde Bucal com adesão ao PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso de Qualidade da AB).	100%	100%	100%	100%	Percentual de equipes aderidas.
Manter EAB de adesão ao Programa Mais Médicos e Provab.	100%	100%	100%	100%	Percentual de equipes aderidas.
Manter número absoluto de EAB com projeto NASF aprovado pela Bipartite.	1	1	1	1	Número absoluto de equipes com projeto NASF realizado.
Manter Equipes de Atenção Básica contratualizadas com o PSE (Programa Saúde na Escola).	75%	78%	80%	85%	Proporção de EAB aderido ao PSE.
Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um	0,80	0,83	0,87	0,90	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na

exame citopatológico					mesma faixa etária.
Ampliar a razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,40	0,41	0,42	0,43	Razão de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população na mesma faixa etária.
Aumentar o percentual de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto, durante o acompanhamento pré-natal SUS, segundo o proposto na Rede Mãe Paranaense.	85%	87%	89%	90%	Proporção de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto.
Ampliar vinculação das gestantes SUS para realização do parto ao Hospital de referência, conforme estratificação de risco conforme Linha Guia	85%	87%	89%	90%	Proporção de gestantes vinculadas ao hospital para realização do parto e estratificação de risco conforme Linha Guia.
Aumentar em 2% ao ano o parto normal gestantes SUS	38,42%	40,42%	42,42%	44,42%	Proporção de parto normal em relação ao total.
Ampliar adesão das gestantes do SUS com 7 ou	82%	84%	86%	88%	Proporção de gestantes SUS com 7 ou mais

mais consultas no pré-natal					consultas no pré-natal.
Manter realização dos testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.	3,0	3,0	3,0	3,0	Razão número de testes de sífilis por gestante.
Manter em Zero (0) o número de óbitos maternos.	0	0	0	0	Coeficiente da mortalidade materna/100.000 nascidos vivos
Manter a taxa de mortalidade infantil <20,0 /1000 nascidos	<20/1000 nascidos	<20/1000 nascidos	<20/1000 nascidos	<20/1000 nascidos	Coeficiente da mortalidade infantil/1000 nascidos vivos
Investigar todos os óbitos infantis, fetais e maternos.	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
Investigar todos os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.
Manter em Zero (0) a incidência de sífilis congênita	0	0	0	0	Número absoluto.
Manter realização seguimento e/ou tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	100%	100%	100%	100%	Percentual de tratamento informado das mulheres com diagnóstico de lesões de alto grau.

Reduzir em 1% a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos)	6,93%	6,86%	6,79%	6,72%	Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis. DCNT.
Manter o percentual de cobertura vacinal contra a gripe.	90%	90%	90%	90%	Proporção de cobertura vacinal contra gripe.
Reduzir em 2% ao ano o número de internações em idosos por fratura do fêmur	24%	22%	20%	18%	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.
Manter através do NASF, estímulo as boas práticas de alimentação saudável com prevenção das dislipidemias.	03	03	03	03	Número absoluto.
Ampliar a adesão e acompanhamento grupo do Fumo	25%	27%	29%	31%	Proporção de adesão de participantes ao grupo.
Ampliar a proporção atendimentos a nível municipal de puericultura para crianças, conforme preconiza Linha Guia	85%	87%	89%	90%	Proporção de RN com puericultura realizada em tempo oportuno.

Implantação e implementação da estratificação de risco para Fragilidade de idosos para Unidade de Foz do Chopim	50%	75%	80%	90%	Percentual de Unidade de Saúde com estratificação de risco para Fragilidade de idosos implantada e implementada
Manter implantação e implementação da estratificação de risco para Fragilidade de idosos para,UBS Central	75%	80%	85%	90%	Percentual de Unidade de Saúde com estratificação de risco para Fragilidade de idosos implantada e implementada
Implantar o modelo de atenção às condições crônicas por meio das seguintes Linhas de Cuidado – LC: hipertensão arterial e diabetes, gestação de alto risco, atenção aos idosos	01	01	01	02	Número absoluto de Linhas de Cuidado (LC) implantadas.
Realizar 15 iniciativas/anuais voltadas à Promoção da Saúde para usuários, gestores e profissionais da saúde	15	15	15	15	Número absoluto de iniciativas realizadas.
Manter média de visitas domiciliares/mês	1,00	1,00	1,20	1,20	Razão Famílias e Visitas.

realizada pelos ACS.					
----------------------	--	--	--	--	--

3ª Diretriz: Promoção da saúde bucal para todos os segmentos populacionais, priorizando as ações para a população mais vulnerável, destacando o acesso ao flúor para prevenção e redução dos índices de cárie dental.

Objetivos da Diretriz:

- Promover a detecção precoce das alterações de mucosa em grupos vulneráveis.
- Promover e acompanhar a saúde bucal das gestantes e do bebê.
- Fortalecer e ampliar ações de prevenção para saúde bucal dos escolares.
- Promover educação permanente em saúde bucal para os grupos vulneráveis (escolares, gestantes, hiperdia e idosos).
- Fortalecer a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia realizando procedimento preventivos e curativos.
- Fortalecer a estrutura física e ampliar os recursos humanos das equipes de saúde bucal existente.
- Organizar, de maneira articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal por meio de ações de promoção de saúde, prevenção e controle de doenças bucais.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar em 2%/ano o percentual de cobertura da saúde bucal	85%	87%	89%	91%	Percentual de cobertura da saúde Bucal na atenção básica.
Reduzir em 10% o percentual de exodontia (3,5% ao ano) em relação aos procedimentos restauradores	4,7%	4,5%	4,3%	4,1%	Percentual de exodontia em relação aos procedimentos restauradores.
Aumentar 2% percentual de pacientes com TC	62,54%	64,54%	66,54%	68,54%	Percentual de pacientes com tratamento concluído.

Aumentar em 2% ao ano cobertura de primeira consulta odontológica programática	17,52%	19,52%	21,52%	23,52%	Percentual de primeira consulta odontológica programática
Ampliar para 75% a cobertura média de bochecho fluoretado em crianças de 6 a 15 anos	60% de cobertura média	65% de cobertura média	70% de cobertura média	75% de cobertura média	Percentual médio de cobertura de bochechos realizados em escolares de 06-15 anos.
Realizara coordenação do cuidado em saúde bucal	15	20	25	30	Número absoluto de visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal das famílias.
Implantar Serviço Regional de Atenção Secundária e Terciária em Saúde Bucal	1	0	0	0	Número de estabelecimentos que fornecem serviços de atenção secundária;
Atingir a meta do “Cárie Zero nas crianças de 5 anos até 2020”	25%	30%	35%	40%	Percentual de criança estratificadas de 0-5 anos;
Ampliar o número de ações de educação permanente	06	07	08	09	Número absoluto de atividades relacionadas à educação permanente realizadas.

4ª Diretriz: Promoção da atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas, seguido da adesão à assistência em Redes de Atenção a serem implantadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Objetivo da Diretriz:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
- Efetivar o cuidado à saúde mental nos três níveis de atenção.
- Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental com avaliação, estratificação e monitoramento dos grupos vulneráveis, com acesso e promoção de intersetorialidade, acolhimento e resolutividade.
- Acolhimento dos grupos vulneráveis (sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas);

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Manter a rede de atenção psicossocial para ampliar a cobertura dos CAPS de microrregião e regionais	01	01	01	01	Número absoluto.
Firmar parceria com psicóloga para atendimento individualizado no Centro Municipal de Saúde	01	01	01	01	Número absoluto.
Ampliar até 76% da população com cobertura do serviço SIM/PR	70%	72%	74%	76%	Percentual de população com cobertura do serviço SIM/PR.
Manter o número de internamentos em hospitais psiquiátricos em relação ao ano anterior	0	0	0	0	Número absoluto de internamentos psiquiátricos ano.
Aumentar em 10% ao ano o número de pacientes estratificados na saúde mental	37,07%	47,07%	57,07%	67,07%	Percentual de pacientes com estratificação de risco em saúde mental/ano.

Realizar 100% ao ano registro de ações de matriciamento realizadas pelos profissionais de Saúde Mental	100%	100%	100%	100%	Número de registros das ações de matriciamento realizadas pelos profissionais de saúde mental.
Implantar e manter Comitê Municipal Intersectorial de Saúde Mental	1	0	0	0	Número de Comitê implantado.
Ampliar as ações de educação permanente em saúde mental para os profissionais e comunidade	03	03	03	03	Número absoluto de ações de educação permanente.
Ampliar a capacitação do profissional de psicologia em curso específico na área	02	02	02	02	Número absoluto de capacitações.

5ª. Diretriz: Garantir o acesso da população aos medicamentos da Atenção Básica conforme RENAME e REMUME (Relação Nacional e Municipal dos Medicamentos Essenciais da Assistência Farmacêutica Básica).

Objetivos da Diretriz:

- Atualizar anualmente com base na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).
- Promover o acesso da população do município aos medicamentos contemplados nas políticas públicas e ao cuidado farmacêutico.
- Implantar sistema informatizado para gestão da assistência farmacêutica com o intuito de monitorar o fluxo de dispensação de medicamentos, sua periodicidade, controle de estoque; aquisição e distribuição.
- Dispensação e promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo, através do acompanhamento e avaliação de sua utilização otimizando os benefícios e

minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

- Criação, estruturação e adequação das farmácias e CAFs - Central de Abastecimento Farmacêutico com Qualificação.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Manter a informatização 100% da assistência farmacêutica municipal nas UBS centro e de Foz do Chopim e realizar controle de estoque mensalmente.	100%	100%	100%	100%	Percentual de Farmácias Municipais com Sistema Informatizado.
Manter e atualizar anualmente a REMUNE e aumentar elenco de acordo com a RENAME e os aspectos de prescrição de medicamentos da região.	01	01	01	01	Número absoluto de atualizações do REMUNE.
Aumentar em 5% ao ano o repasse de recursos para assistência farmacêutica	31.500/ano	33.075/ano	34.728/ano	36.465/ano	Valor absoluto de repasse de recurso para Assistência Farmacêutica.
Implantar a consulta farmacêutica.	1	0	1	0	Número absoluto.
Manter 02 (dois) farmacêuticos e aumentar em 02 (dois) auxiliares com CH: 40h para garantir a dispensação adequada e qualidade dos medicamentos. Onde a RDC n°.44, de 17/08/2009 descreve: As farmácias devem ter, obrigatoriamente, a assistência de farmacêutico responsável técnico ou de seu	75%	100%	100%	100%	Número absoluto.

substituto, durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento					
Estabelecer Norma para medicamentos fora do SUS e sobre a competência (Demanda Judicial)	0	0	0	0	Percentual de Demandas Judiciais/Ano.
Ampliar o elenco de medicamentos fitoterápicos da assistência farmacêutica básica	08	10	15	20	Número absoluto.
Utilizar 100% do incentivo da IOAF (Incentivo da Organização da Assistência Farmacêutica)	69%	80%	100%	100%	Percentual do incentivo IOAF.
Capacitar os atores envolvidos na assistência farmacêutica	100%	100%	100%	100%	Percentual de capacitações/ano.

6ª. Diretriz: Assegurar a execução das ações de vigilância em saúde, e a integração das equipes da Vigilância Epidemiológica (VE) e Sanitária com as Equipes Saúde da Família (ESF) na atenção a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis, bem como as emergências; fortalecendo a promoção da saúde, avigilância em saúde ambiental e da saúde do trabalhador.

Objetivo da Diretriz:

- Fortalecer a vigilância em saúde, reduzindo os riscos de agravos por meio de ações de promoção.
- Analisar a situação de saúde, identificar e controlar determinantes e condicionantes, riscos e danos à prevenção e promoção da saúde, por meio de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância da saúde do trabalhador.
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Investigar 93% dos óbitos infantis e 95% fetais	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
Investigar 100% dos óbitos maternos	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos maternos investigados.
Alcançar as coberturas vacinais do Calendário Básico de Vacinação	70%	70%	70%	75%	Percentual de cobertura por imunobiológico.
Manter em 100% a proporção de cura de novos casos de tuberculose pulmonar bacífera	100%	100%	100%	100%	Porcentagem de cura novos casos de tuberculose pulmonar bacífera.
Manter em 100% a proporção de cura de novos casos de hanseníase	100%	100%	100%	100%	Porcentagem de cura novos casos de hanseníase.
Manter a proporção de registros de óbitos com causa básica definida	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos com causa definida.
Aumentar a % de encerramento oportuno das investigações/notificações de agravos compulsórios do SINAN	80%	80%	85%	85%	Proporção de DNC encerrados oportunamente.
Aumentar em até 5% (cinco) as Unidades de Saúde que notificam violência interpessoal e autoprovocada	0%	0%	0%	0%	Percentual de Unidades novas implantadas.
Ampliar e/ou manter a captura e notificação de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	3	3	4	4	Número absoluto de DNC relacionados ao trabalho.

<p>Executar todas as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; 2) Instauração de processos administrativos de VISA, conforme necessário; 3) Inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA; 4) Atividades educativas para população ano; 5) Recebimento de denúncias; 6) Atendimento de denúncias. 	100%	100%	100%	100%	Proporção de estabelecimentos de interesse a saúde com roteiro de inspeção aplicado, atividade educativa uma/ano.
<p>Ampliar em 5 pontos percentuais a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez</p>	100%	100%	100%	100%	Percentual de análises realizadas
<p>Fortalecer e ampliar a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros de coliformes totais, cloro residual e turbidez</p>	144/ cloro e turbidez.72 / coliformes	Número absoluto de amostras da qualidade de água examinadas para os parâmetros informados.			
<p>Elaborar, atualizar e divulgar planos de contingência e protocolos de atuação para o enfrentamento e resposta a emergências</p>	4	4	4	4	Número absoluto de Planos de Contingência para agravos inusitados, desastres, eventos

em saúde pública (surtos, epidemias, desastres, eventos de massa)					de massa.
Manter em 0 (zero) o número de casos de incidência de AIDS em menores de 05 anos	0	0	0	0	Número absoluto de casos de AIDS em menores de cinco anos.
Manter a realização de exames anti HIV nos casos novos de tuberculose	100%	100%	100%	100%	Proporção de exame anti HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
Garantir os exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase na região	100%	100%	100%	100%	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
Manter em 0 (zero) o número absoluto de óbitos por Dengue	0	0	0	0	Número absoluto de óbitos por dengue.
Realizar no mínimo 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios por ciclo, em 87,5% dos municípios infestados por Aedes aegypti	80%/ciclo	80%/ciclo	80%/ciclo	80%/ciclo	Proporção de visitas domiciliares realizadas em 4 (quatro) ciclos, de município infestados.
Aumentar a realização das visitas domiciliares para controle da Dengue sendo 06 (seis) ciclos completos de LI (levantamento de índices/ano, e 24 (vinte e quatro)- Pontos estratégicos (PE/ano)	90%	90%	90%	90%	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 6 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

Aumentar em no mínimo 80% a proporção das ações pactuadas no Programa VIGIASUS	80%	80%	80%	80%	Proporção de ações realizadas no ano.
--	-----	-----	-----	-----	---------------------------------------

2º. Objetivo do PMS: Fortalecer as ações de média e alta complexidade, que visam atender os problemas e agravos à saúde da população nos quais a prática depende da disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico; e definir a área de atenção à urgência e emergência como componente da assistência à saúde da população, estruturado para oferecer uma resposta rápida e qualificada, mediante adoção de planos, procedimentos e qualificação profissional, com um suporte avançado de resolutividade, integrado ao SAMU (Serviço de atendimento móvel de urgência).

7ª. Diretriz: Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade (atenção especializada) e implantar o processo de monitoramento e avaliação dos encaminhamentos conforme classificação de risco dos pacientes.

Objetivos da Diretriz:

- Manter e melhorar o acesso a exames e consultas de média e alta complexidade, visando desafogar a lista de espera.
- Adesão de armações e lentes corretivas, próteses dentárias e endodontias através da criação de um Projeto Lei que beneficie a população conforme sua renda familiar.
- Participar de reuniões regionais do CRESEMS e CIB, visando buscar parcerias e acrescentar convênios e contratos SUS para os municípios pertencentes à região da 8ª Regional de Saúde.
- Manter e melhorar a classificação de risco dos pacientes conforme os protocolos vigentes, visando atender em tempo hábil todos os pacientes SUS.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Manter o CRE (Centro Regional de Especialidades) como referência SUS, aos encaminhamentos de exames e consultas de média e alta	01	01	01	01	Número absoluto.

complexidade.					
Firmar contratos mediante licitação, com empresas terceirizadas visando acrescentar/desafogar a quantidade de exames e consultas especializadas disponíveis a população, contemplando cláusulas que diminuam a proximidade das empresas, diminuindo gastos com transporte e transtornos aos pacientes.	50%	60%	70%	80%	Percentual de contratos firmados com empresas terceirizadas para exames e consultas de média e alta complexidade.
Adesão de armações e lentes corretivas, através da criação de um Projeto Lei que beneficie a população conforme renda familiar					Percentual da população beneficiada.
Adesão de próteses dentárias e endodontias, através da criação de um Projeto Lei que beneficie a população conforme renda familiar					Percentual da população beneficiada.

8ª. Diretriz: Garantir o acesso da população aos serviços de Urgência e Emergência, conforme a construção da Rede de Urgência e Emergência em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e com o Ministério da Saúde.

Objetivos da Diretriz:

- Garantir acesso qualificado dos pacientes em situação de urgência e emergência a um dos pontos de atenção resolutivos da Rede.
- Implementação a nível regional a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- Alertar a população do município para a grave questão relacionada às doenças e agravos não transmissíveis, objetivado principalmente os acidentes de trânsito, orientando com apoio da polícia e órgãos como o DETRAN-PR, visando a área turística deste município a prainha e o trajeto sinuoso e sem acostamento entre dois vizinhos e a praia artificial de Cruzeiro do Iguaçu(PROJETO DANTS).

- Promover atendimento apropriado e diferenciado para as violências sexual, domésticas e outras violências.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
Ampliar o número de locais notificantes e as notificações de violências doméstica, sexual e/ou outras formas de violências (Escolas, CRAS, Unidades de Saúde, Conselho Tutelar, etc.).	02	02	02	02	Proporção de notificações de violências por estabelecimentos notificadores.
Fortalecer e divulgar o acesso ao serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192), aderido a nível regional pelo município.	01	01	01	01	Número absoluto de contrato firmado com o SAMU.
Reduzir a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares em 2,5%, em relação ao ano de 2014, na faixa etária de 0 a 69 anos	67,63%	65,13%	62,63%	60,13%	Taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos/100.000 hab. nessa faixa etária.
Reduzir em 1% ano a taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências	22,38%	21,38%	20,38%	19,38%	Percentual da taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências/ 100.000 hab.
Firmar contrato para atendimento SUS em UPA (Unidade de Pronto Atendimento) em Hospital de Dois Vizinhos.	01	01	01	01	Número absoluto.

3º Objetivo do PMS: Qualificação dos instrumentos de gestão com ganho de produtividade e eficiência do SUS, efetivando um modelo de gestão centralizado com garantia do acesso; com gestão do trabalho, investindo em qualificação e fixação de profissionais SUS; com educação em saúde eficiente; com planejamento efetivo; com financiamento estável; com articulação regional e com fortalecimento dos vínculos do cidadão na participação e controle social por meio do conselho municipal de saúde, agentes comunitários, educadores e lideranças da comunidade.

9ª Diretriz: Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão descentralizada e regionalizada, Gestão do Planejamento e da informação em saúde, Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, Fortalecimento do Controle Social no SUS, Qualificação da Gestão do Financiamento em Saúde, Ouvidoria como Instrumento de Gestão e Cidadania.

Objetivos da Diretriz:

- Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.
- Participar da política de educação permanente conforme disponibilizado pela Regional ou a nível Estadual.
- Modernizar os processos de gestão do financiamento em saúde.
- Deliberar e fiscalizar os instrumentos de Gestão Orçamentária e de Gestão do SUS.
- Intensificar ações junto aos gestores de saúde, visando ampliar o número de ouvidorias e desenvolver estratégias para que a ouvidoria se efetive como um instrumento de gestão e cidadania.
- Qualificação de instrumentos de gestão (plano de saúde, programação anual, relatório anual de gestão), com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS, e garantias que as ações e políticas de promoção da saúde de tais instrumentos sejam aplicadas conforme o planejado.
- Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, ACS (Agentes Comunitários de Saúde), ACE (Agentes de Combate a Endemias) e educadores populares do SUS.

Meta	2018	2019	2020	2021	Indicador
------	------	------	------	------	-----------

Aplicar no mínimo 12%, por exercício, da receita líquida de impostos em gastos em ações e serviços públicos de saúde	15%	15%	15%	15%	Percentual de gastos aplicados em ações e serviços públicos de saúde.
Fiscalizar e avaliar a execução: PPA, LDO, LOA; PES, PAS, Relatórios Quadrimestrais, RAG.	100%	100%	100%	100%	Percentual de cumprimento de cada instrumento de gestão.
Realizar a cada 02 (dois) anos a Conferência Municipal de Saúde	01	00	00	01	Número absoluto de Conferências realizadas.
Fiscalizar e acompanhar a execução do PQCMS (Programa de Qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde)	100%	100%	100%	100%	Percentual recursos alocados para os Conselho Municipal de Saúde.
Atualizar e manter cadastro no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS o Conselho Municipal de Saúde de Cruzeiro do Iguaçu	100%	100%	100%	100%	Número absoluto de CMS cadastrado.
Enviar para análise e apreciação o Plano Municipal de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde e após para 8ª Regional de Saúde	1	0	0	1	Número absoluto.
Enviar para análise e apreciação os Planos de Contingência elaborados pelas Vigilâncias ao Conselho de Saúde Municipal e após para 8ª Regional de Saúde	4	4	4	4	Número absoluto.
Realizar capacitações para Conselheiros (as) Municipais	1	1	1	1	Número absoluto de capacitações realizadas.

Implementar ações de educação permanente para qualificação dos profissionais a nível regional, municipal e internamente entre setores.	4	4	4	4	Número absoluto de ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção.
Fortalecer e estruturar a ouvidoria municipal de saúde.	50%	55%	60%	65%	Percentual de ações realizadas para estruturação da ouvidoria municipal.
Adquirir uma linha telefônica exclusiva para Ouvidoria	0	1	0	0	Número absoluto de linha adquirida para Ouvidoria
Aquisição de uma sala específica para a Ouvidoria Municipal	0	1	0	0	Número absoluto.
Capacitar e instrumentalizar os ouvidores municipais para manter as Ouvidorias Municipais de Saúde em funcionamento	01	01	01	01	Número absoluto de capacitações realizadas.
Fortalecer o CMS (Conselho Municipal de Saúde), mediante estruturação de sala própria e reuniões ordinárias de acordo com o preconizado	12	12	12	12	Número absoluto de reuniões do CMS/ano.
Manter e se necessário atualizar o plano de carreira, cargos e salários.	1	1	1	1	Número absoluto.
Elaboração PMS plurianual para a gestão, PAS e RAG, anualmente entregue e aprovado pelo CMS nas datas previstas.	100%	100%	100%	100%	Proporção de instrumentos de gestão realizados e aprovados em tempo oportuno.
Implantar a Tecnologia de Educação a Distância (EaD)	0	0	1	0	Número de ações educacionais realizadas na

					modalidade EaD.
Implantar o Projeto de Saúde do Trabalhador	0	1	0	0	Número absoluto de Projeto de Saúde do Trabalhador implantado.

14. Conclusão

O presente Plano Municipal de Saúde de competência 2018 - 2021, passou um processo de construção, o qual não termina com o produto documental que o oficializa, mas necessita da sua execução. Onde foram levantadas e discutidas questões como: “Onde estamos? Onde queremos chegar? Como se pretende chegar lá? ”, “O que faremos para chegar lá? ”, envolvendo através das programações anuais de saúde, gerenciamento das ações, monitoramento, avaliação e prestação de contas. Com isso há possibilidade de adequação e modificação do Plano à realidade que é dinâmica.

Após definidas as “Diretrizes, seus Objetivos, Metas, Indicadores e Ações”, a partir da Análise de Situação de Saúde, é necessário dar concretude ao Plano, o que exige diferentes tipos de recursos que permitem viabilizar sua realização. Diante disso, há diversos problemas na área de saúde com causas múltiplas e que interagem e se reforçam mutuamente, conferindo um grau de complexidade e incerteza elevado, exigindo que os processos de planejamento, monitoramento e avaliação alcancem resolutividade e sejam permanentes.

A concepção de monitoramento tem relação direta com o cumprimento do Plano, o alcance de metas de produtos e o desenvolvimento das ações. A avaliação vai além, perguntas e o cumprimento do Plano permitiu o alcance dos objetivos (MOKATE, 2000).A avaliação é definida como um processo conduzido antes, durante e depois da implementação do Plano, em que se efetua um juízo sobre seu valor ou mérito, considerando a relevância dos objetivos, a eficácia no alcance dos objetivos e metas esperadas, a eficiência no uso dos recursos e o impacto da intervenção (BUVINICH, 1999).

O monitoramento representa o acompanhamento continuado de compromissos explicitados em planos (metas e ações), de modo a verificar se eles estão sendo executados conforme previsto. A avaliação é entendida como um processo que implica julgar, emitir julgamento de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação a um referencial a ser alcançado. Considerando que não há execução perfeita, a avaliação identifica as necessidades de ajustes, redimensionamentos e redesenho.

Nos dois casos, busca-se identificar pontos de fragilidade, necessidades, que merecerão medidas ou intervenções para superá-las, mas também explicitar pontos

positivos e avanços no sentido de valorização; constituindo-se em processo de aprendizagem e reaprendizagem.

Monitoramento e avaliação são estratégias e momentos complementares. A avaliação necessita informação gerada pelo monitoramento; e este, sem a avaliação, é incompleto. O processo de monitoramento e avaliação constitui a base da gestão e é um recurso gerencial de primeira linha. Não representa um fim em si mesmo ou um ritual, só cumprindo seus objetivos se afeta ou apóia processos gerenciais e de tomada de decisão. O monitoramento e a avaliação são necessários à aprendizagem institucional e ao fortalecimento do conhecimento das alternativas e estratégias de intervenção possíveis.

A base fundamental para o monitoramento e a avaliação do Plano Municipal de Saúde serão os indicadores selecionados, que são medidas que permitem quantificar uma determinada realidade e acompanhar as mudanças que ocorrem. Os indicadores são instrumentos utilizados para medir a eficácia, eficiência e o impacto das políticas e programas. Quando se referem ao grau em que seus objetivos foram alcançados, tem-se uma medida de eficácia. Quando o foco é o nível de utilização dos recursos em relação às metas e aos resultados, a medida é de eficiência. Quando o objetivo é verificar as mudanças de mais longo prazo operado no estado de saúde da população, tem-se a perspectiva de impacto. Os meios de verificação sobre os resultados dos indicadores serão os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão. O produto do processo se expressará materialmente nos Relatórios, mas o processo deve se dar de forma permanente na rotina institucional.

Os monitores e avaliadores serão aqueles que direta ou indiretamente estiveram envolvidos com a elaboração do Plano Municipal de Saúde e vivenciarão: os responsáveis por conduzir os processos (os gestores de políticas), os gerentes de programas e projetos, os integrantes das equipes técnicas, os representantes do conselho de saúde e colegiados de gestores, entre outros. O processo de monitoramento e avaliação deve estimular a reflexão, aprendizagem, sensibilização, conscientização e crítica; para o que necessitará de qualificação técnica, compromisso ético e com as políticas de saúde.

O Município de Cruzeiro do Iguaçu - PR, demonstra vários indicadores presentes nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), nas Programações Anuais de Saúde (PAS), e também nas Pactuações de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores Anuais (SISPACTO) concomitante ao Plano Plurianual de Saúde (PPA),

com planejamentos de metas e estratégias para o alcance das mesmas, através de parâmetros estabelecidos a nível Federal, Estadual e Regional em parceria com a Gestão e Secretaria Municipal de Saúde visando sempre o direcionamento das ações, buscando identificar riscos, danos e necessidades para assim executar uma assistência que atenda as demandas da população.

15. Anexos

Anexos	Descrição
Anexo I	Relatórios do SIOPS 2016
Anexo II	Mapa Localidades Conforme Equipe ESF
Anexo III	Resolução Nº 06/2017
Anexo IV	REMUME
Anexo V	Ata Aprovação Conselho Municipal de Saúde

Anexo I

Anexo II

Anexo III

Anexo IV



ELENCO DE MEDICAMENTOS ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CRUZEIRO DO IGUAÇU

Princípio Ativo	Concentração	Forma Farmacêutica
Acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	3 mg/mL + 3 mg/mL	Suspensão injetável
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/mL	Suspensão injetável
Ácido Acetil Salicílico	100mg	Comprimido
Ácido Acetil Salicílico Tamponado	100mg	Comprimido
Ácido Fólico	5mg	Comprimido
Ácido Valpróico	250mg	Cápsula
Ácido Valpróico (valproato de sódio)	500mg	Comprimido revestido
Ácido Valpróico (valproato de sódio)	250mg/5ml	Xarope
Aciclovir	200mg	Comprimido
Aciclovir	50mg/g	Creme
Água para injeção	10 mL	Ampola
Albendazol	400mg	Comprimido mastigável
Albendazol	40mg/mL	Suspensão oral
Alendronato de sódio	70mg	Comprimido
Ambroxol	30mg/mL	Xarope
Ambroxol	15mg/mL	Xarope
Amiodarona (cloridrato)	200mg	Comprimido
Amiodarona (cloridrato)	50mg/mL	Solução injetável
Ampicilina	250mg/5ml	Suspensão
Ampicilina	500mg	Comprimido
<i>Alopurinol</i>	300mg	Comprimido
Aminofilina	100mg	Comprimido
Aminofilina	24mg/mL	Ampola 10mL
Amitriptilina (cloridrato)	25mg	Comprimido
Amoxicilina	500mg	Capsula
Amoxicilina	250mg/mL	Suspensão
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	500mg+125mg	Comprimido
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	(50mg+12,5mg)/mL	Pó para suspensão oral
Anlodipino (besilato)	5mg	Comprimido
Anlodipino (besilato)	10mg	Comprimido
Atenolol	50mg	Comprimido
Atropina (sulfato)	0,25mg/mL	Ampola
Azitromicina	500mg	Comprimido
Azitromicina	40mg/mL	Pó para Suspensão oral
Beclometasona, Dipropionato	50mcg/dose	Aerossol oral e nasal
Beclometasona (dipropionato)	250mcg/dose	Aerossol oral
Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000UI	pó para susp. inj.
Benzilpenicilina Benzatina	600.000UI	pó para susp. inj.
Benzilpenicilina Procaína + Potássica	300.000+100.000UI	pó para susp. inj.
Benzoato de Benzila	250mg/mL	Emulsão
Betametasona (dipropionato) + fosfato dissódico de betametasona	5mg/ml+2mg/mL	Suspensão injetável
Biperideno (cloridrato)	2mg	Comprimido

Bromoprida	4mg/mL	Solução oral gotas
Bromoprida	10mg	Comprimido
Bromoprida	5mg/mL	Solução injetável
Butilbrometo de escopolamina	10mg	Comprimido
Butilbrometo de escopolamina	10mg/mL	Solução oral gotas
Butilbrometo de escopolamina	20mg/mL	Solução injetável
Butilbrometo de escopolamina + dipirona sódica	10mg+250mg	Comprimido
Butilbrometo de escopolamina + dipirona sódica	6,67mg/mL+333,4mg/mL	Solução oral gotas
Butilbrometo de escopolamina + dipirona sódica	(4mg + 500mg)/mL	Solução injetável
Budesonida	32mcg	Aerossol nasal
Budesonida	64mcg	Aerossol nasal
Bupropiona (cloridrato)	150mg	Comprimido
Captopril	25mg	Comprimido
Captopril	50mg	Comprimido
Carbamazepina	200mg	Comprimido
Carbamazepina	20mg/mL	Suspensão oral
Carbonato de cálcio	1250 mg (equivalente a 500mg de cálcio)	Comprimido
Carbonato de cálcio + colecalciferol	600mg+400UI	Comprimido
Carbonato de Lítio	300mg	Comprimido
Carvão vegetal ativado		Pó para uso oral
Carvedilol	3,125mg	Comprimido
Carvedilol	6,25mg	Comprimido
Carvedilol	12,5mg	Comprimido
Carvedilol	25mg	Comprimido
Cáscara-sagrada (Rhamnus purshiana DC)	75mg	Cápsula
Cefalexina	500mg	Comprimido
Cefalexina	250mg/5mL	Pó para suspensão oral
Cetoprofeno	50mg	Comprimido
Cetoprofeno	50mg/mL	Solução injetável
Ceftriaxona dissódica	500mg	Pó para solução injetável
Ceftriaxona dissódica	1g	Pó para solução injetável
Cetoconazol	200mg	Comprimido
Cetoconazol	20mg/g	Creme
Cetoconazol	20mg/g	Xampu
Ciclobenzaprina	5mg	Comprimido
Ciclobenzaprina	10mg	Comprimido
Cimetidina	200mg	Comprimido revestido
Ciprofloxacino (cloridrato)	500mg	Comprimido
Claritromicina	500mg	Comprimido ou cápsula
Clomipramina (cloridrato)	25mg	Comprimido revestido
Clonazepam	2mg	Comprimido
Clonazepam	2,5mg/mL	Solução oral
Clorpromazina (cloridrato)	100mg	Comprimido revestido
Clorpromazina(cloridrato)	25mg	Comprimido revestido
Clorpromazina(cloridrato)	40mg/mL	Solução oral
Clortalidona	25mg	Comprimido
Clortalidona	50mg	Comprimido
Cloreto de sódio	9mg/mL	Solução nasal
Cloreto de sódio	9mg/mL	200mL (inalação)
Codeína	30mg	Comprimido

Codeína + Paracetamol	30mg+500mg	Comprimido
Cumarina + troxerrutina	15mg+90mg	Drágeas
Dexametasona	4mg	Comprimido
Dexametasona	1mg/g	Creme
Dexametasona	0,1mg/mL	Elixir
Dexametasona (fosfato dissódico)	4mg/mL	Solução injetável IM/EV
Dexclorfeniramina (maleato)	2mg	Comprimido
Dexclorfeniramina (maleato)	0,4mg/mL	Xarope
Diazepam	5mg	Comprimido
Diazepam	10mg	Comprimido
Diazepam	5mg/mL	Solução injetável
Diclofenaco de Potássio	50mg	Comprimido
Diclofenaco de Sódio	50mg	Comprimido
Diclofenaco Resinato	15mg/ml	Solução oral
Digoxina	0,25mg	Comprimido
Dipirona sódica	500mg	Comprimido
Dipirona sódica	500mg/mL	Solução oral
Dipirona sódica	500mg/mL	Solução injetável
Dopamina (cloridrato)	5mg/mL	Solução injetável
Doxiciclina	100mg	Comprimido
Doxazosina (mesilato)	2mg	Comprimido
Doxazosina (mesilato)	4mg	Comprimido
Dropropizina	1,5mg/mL	Xarope
Dropropizina	3,0mg/mL	Xarope
Enalapril (maleato)	5mg	Comprimido
Enalapril, (maleato)	10mg	Comprimido
Enalapril (maleato)	20mg	Comprimido
Epinefrina (cloridrato)	1mg/mL	Solução injetável
Eritromicina (estolato)	500mg	Comprimido
Eritromicina (estolato)	50mg/mL	Suspensão oral
Estriol	1mg/g	Creme vaginal
Estrogênio Conjugado	0,3mg	Comprimido
Estrogênio Conjugado	0,625mg	Comprimido
Espironolactona	25mg	Comprimido
Etinilestradiol + levonorgestrel	0,03 mg + 0,15 mg	Comprimido ou drágea
Fenitoína sódica	100mg	Comprimido
Fenobarbital	100mg	Comprimido
Fenobarbital	40mg/mL	Solução oral
Fenoterol (Bromidrato)	5mg/mL	Solução oral
Finasterida	5mg	Comprimido
Furosemida	40mg	Comprimido
Furosemida	10mg/mL	Solução injetável
Fluconazol	150mg	Cápsula
Fluoxetina (cloridrato)	20mg	Cápsula
Fluoxetina (cloridrato)	20mg/mL	Solução oral
Gentamicina	5mg/mL	Colírio
Ginkgo Biloba	80mg	Comprimido
Glibenclamida	5mg	Comprimido
Glicerol	72mg	Supositório
Glicose	25%	Solução injetável
Guaco (<i>Mikania glomerata</i> Spreng.)	35mg/mL	Xarope
Haloperidol	1mg	Comprimido
Haloperidol	5mg	Comprimido
Haloperidol	2mg/mL	Solução oral
Haloperidol (decanoato)	50mg/mL	Solução injetável
<i>Hedera helix</i>	15mg/mL	Xarope
Heparina sódica	5.000 UI/0,25ml	Solução Injetável
Hidralazina (Cloridrato)	25mg	Comprimido

Hidroclorotiazida	12,5mg	Comprimido
Hidroclorotiazida	25mg	Comprimido
Hidrocortisona	100mg	Pó para solução injetável
Hidrocortisona	500mg	Pó para solução injetável
Hidrocortisona (acetato)	1%	Creme
Hidróxido de Alumínio	61,5mg	Suspensão oral
Hidróxido de Alumínio + Magnésio	60+40mg	Suspensão oral
Ibuprofeno	300mg	Comprimido
Ibuprofeno	600mg	Comprimido
Ibuprofeno	50mg/mL	Solução oral
Imipramina	25mg	Comprimido
Ipratrópio (brometo)	0,25mg/mL	Solução inalante
Insulina Humana NPH	100 UI/mL	Solução injetável
Insulina Humana regular	100 UI/mL	Solução injetável
Isoflavona-de-soja (<i>Glycine 149ax</i> (L.)Merr.)	150mg	Comprimido
Isossorbida (Dinitrato)	5mg	Comprimido sublingual
Isossorbida (mononitrato)	20mg	Comprimido
Isossorbida (mononitrato)	40mg	Comprimido
Itraconazol	100mg	Cápsula
Ivermectina	6mg	Comprimido
Lactulose	667mg/mL	Xarope
Lancetas automáticas	Diâmetro 0,36mm (28G) e 1,5mm de profundidade de penetração	Unidade
Levodopa + Benserazida	200mg + 50mg	Comprimido
Levodopa + Carbidopa	250mg + 25mg	Comprimido
Levofloxacino	500mg	Comprimido
Levonorgestrel	0,75mg	Comprimido
Levotiroxina sódica	25mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica	50mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica	75mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica	88mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica	100mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica	125mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica	150mcg	Comprimido
Lincomicina (Cloridrato)	600mg/2mL	Solução injetável
Lidocaína (cloridrato)	2%	Solução injetável
Lidocaína (cloridrato) + epinefrina	2mg/ml+ 0,005mg/mL	Solução injetável
Lidocaína (cloridrato)	2%	Gel
Loratadina	10mg	Comprimido
Loratadina	1mg/mL	Xarope
Losartana potássica	50mg	Comprimido
Losartana potássica + hidroclorotiazida	50mg+12,5mg	Comprimido
Mebendazol	100mg	Comprimido
Mebendazol	20mg/mL	Suspensão oral
Medroxiprogesterona (acetato)	150mg/mL	Suspensão injetável
Meloxicam	15mg	Comprimido
Metformina (cloridrato)	500mg	Comprimido
Metformina (cloridrato)	850mg	Comprimido
Metildopa	250mg	Comprimido
Metildopa	500mg	Comprimido
Metoclopramida (Cloridrato)	10mg	Comprimido
Metoclopramida (cloridrato)	4mg/mL	Solução oral

Metoclopramida (Cloridrato)	5mg/mL	Solução injetável
Metoprolol (succinato)	50mg	Comprimido de liberação controlada
Metronidazol	250mg	Comprimido
Metronidazol	100mg/g	Gel Vaginal
Metronidazol(benzoil)	40mg/mL	Suspensão oral
Miconazol (nitrato)	2%	Creme vaginal
Miconazol (nitrato)	2%	Creme dermatológico
Miconazol (nitrato)	2%	Gel oral
Midazolam (maleato)	5mg/5mL	Solução injetável
Neomicina + Bacitracina	(5mg + 250 UI)/g	Pomada
Nifedipina	20mg	Comprimido
Nifedipino Retard	20mg	Comprimido
Nimesulida	100mg	Comprimido
Nistatina	25.000 UI/g	Creme vaginal
Nistatina	100.000 UI/mL	Suspensão oral
Noretisterona	0,35mg	Comprimido
Noretisterona (enantato) + valerato de estradiol	(50mg + 5mg)/mL	Solução injetável
Nortriptilina (cloridrato)	25mg	Cápsula
Nitrofurantoína	100mg	Cápsula
Óleo Mineral	--	Óleo
Omeprazol	20mg	Cápsula
Ondasetrona (cloridrato)	4mg	Comprimido
Ondasetrona (cloridrato)	8mg	Comprimido
Palmitato de retinol	150.000 UI/mL	Solução oleosa
Palmitato de retinol +Colecalciferol + óxido de zinco	(1000UI+ 400UI+100mg)/g	Pomada
Pantoprazol	20mg	Comprimido
Pantoprazol	40mg	Comprimido
Paracetamol	500mg	Comprimido
Paracetamol	750mg	Comprimido
Paracetamol	200mg/mL	Solução oral
Paroxetina (cloridrato)	20mg	Comprimido
Pasta d'água	--	Pasta
Passiflora Incarnata + Crataegus Laevigata + Salix Alba	315mg	Comprimido
Pentoxiflina	400mg	Comprimido
Permanganato de Potássio	100mg	Comprimido
Permetrina	1%	Loção
Peróxido de Benzoila	2,5%	Gel
Piroxican	20mg	Cápsula
Prednisona	5mg	Comprimido
Prednisona	20mg	Comprimido
Prednisolona (fosfato sódico)	4,02 mg/mL (equivalente a 3 mg/mL de prednisolona)	Solução oral
Propranolol (cloridrato)	40mg	Comprimido
Prometazina (cloridrato)	25mg	Comprimido
Prometazina (cloridrato)	25mg/mL	Solução injetável
Prometazina (cloridrato)	2%	Creme
Propiltiouracila	100mg	Comprimido
Ranitidina (cloridrato)	150mg	Comprimido
Ranitidina (cloridrato)	300mg	Comprimido
Ranitidina (cloridrato)	25mg/mL	Solução injetável
Sais p/Reidratação oral	--	Pó para solução oral
Salbutamol (sulfato)	2mg	Comprimido

Salbutamol (sulfato)	0,48mg/mL	Xarope
Salbutamol (sulfato)	120,5 mcg/dose (equivalente a 100mcg/dose de salbutamol)	Aerossol oral
Senna alexandrina Mill (Sene) + Cassia fistula L.	28,9mg+19,5mg	Cápsula
Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina	--	--
Secnidazol	500mg	Comprimido
Sertralina (cloridrato)	25mg	Comprimido
Sertralina (cloridrato)	50mg	Comprimido
Sinvastatina	10mg	Comprimido
Sinvastatina	20mg	Comprimido
Sinvastatina	40mg	Comprimido
Sulfametaxazol + Trimetoprima	400mg+80g	Comprimido
Sulfametoxazol + Trimetoprima	(40mg+8mg)/mL	Suspensão oral
Sulfato Ferroso	40mg	Comprimido
Sulfato Ferroso	25mg/mL	solução oral
Sulfato de zinco	4mg/mL	Xarope
Sulfadiazina de prata	1%	Creme
Tiamina (cloridrato)	300mg	Comprimido
Tiras reagentes de medida de glicemia capilar	---	---
Valproato de sódio ou ácido valpróico	576 mg (equivalente a 500mg ácido valpróico)	Comprimido
Valproato de sódio ou ácido valpróico	288 mg (equivalente a 250mg ácido valpróico)	Cápsula ou Comprimido
Valproato de sódio ou ácido valpróico	57,624mg/mL (equivalente a 50mg ácido valpróico/mL)	Solução oral
Varfarina sódica	5mg	Comprimido
Verapamil (Cloridrato)	80mg	Comprimido
Vitaminas A + D (acetato de retinol+ colecalfiferol)	(50.000UI+10.000UI)/mL	Solução oral
Vitaminas do Complexo B	---	Comprimido
Vitaminas do Complexo B	---	Solução oral
Vitaminas do Complexo B	---	Solução injetável

Cruzeiro do Iguaçu, 18 de setembro de 2017.

Verci Ferrari da Silva
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Karen Cardoso Ubiali
Farmacêutica CRF: 21133

Neudir Antonio Giachini
Secretário Municipal de Saúde

Magda Sonieli Costa
Farmacêutica CRF: 27483

Anexo V

16. Referências Bibliográficas

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente se dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, n. 182, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna.** Brasília: Ministério da Saúde, janeiro 2016.

BRASIL. Portal da Saúde: **Assistência Farmacêutica**, obtido em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1000, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painéis de monitoramento e vigilância do óbito infantil, fetal e materno no Brasil: indicadores de desempenho. In: **Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 364-376.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, vol. 46, n. 9. Brasília, 2015. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-oministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA –Instrutivo da Ficha de Notificação e Violência Interpessoal e Autoprovocada.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MTE/RAIS. **IPARDES/BDE Web.** Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/>>. Acesso em: dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Caderno IPARDES – **Caderno Estatístico Município de Cruzeiro do Iguaçu,** IBGE, 2016.

Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015-2017, Brasília, DF, 2015, Ministério da Saúde.

IBGE. **Censo 2010.** Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em: jul. 2017.

IBGE/IPARDES. **Produto Interno Bruto Municipal (PIB) - Paraná.** Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&sistemas=&cod_sistema=5&grupoidic=1&sgrupoidic=1>. Acesso em: jul. 2017.

Índice de Parto em Adolescentes. Disponível em: <<http://bemparana.com.br/noticia/42685/parana-tem-alto-indice-de-parto-em-adolescentes>>. Acesso em: jul. 2017.

Leishmaniose Tegumentar. Disponível em: <http://www.inf.furb.br/sias/parasita/Textos/leishmaniose_tegumentar_american.htm> Acesso em ago./2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNS - Plano Nacional de Saúde – 2016-2019, Brasília – DF, Ministério da Saúde, 2016.

PARANÁ. **Lei n. 18.661 de 22 de dezembro de 2015 e anexo que dispõe sobre o Plano Pluri anual para o quadriênio 2016 a 2019 e dá outras providências.** Diário Oficial, Curitiba, n. 9605, 28 dez2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016.200 p

Protocolo de Manchester. Disponível em: < <http://www.fhop.com.br/noticias-e-informativos/protocolo-de-manchester/>> Acesso em: ago. /2017.

Redução da Mortalidade Infantil no Paraná. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=93704&tit>>. Acesso em: jul. /2017.

Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização, Brasília – DF, Ministério da Saúde – Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

Taxas de Cesarianas. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em: jul. 2017.