

**PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE
2018 a 2021**

Prefeito Municipal

Moises Aparecido de Souza

Vice-Prefeito

Carlos dos Santos

Secretário Municipal de Saúde

Ademar Luiz Burckhardt

Coordenador da Vigilância Epidemiológica

Marineuza Fatima Pessoli

Coordenador da Vigilância Sanitária

Adriana Ramina Gava

Coordenador da Atenção Básica

Edna Neres

Coordenador da Odontologia

Paulo Roberto Ramos Machado

Coordenador de Urgência e Emergência

Gláucio França

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Paulo Roberto Ramos Machado

MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2017

Mesa Diretora:

Presidente: Paulo Roberto Ramos Machado

Vice-Presidente: Claudomir Fagundes

Secretário: Marineuza Fatima Pessoli

Vice Secretária: Claudete Maria Alves de Freitas

| Representação | Titular | Suplente |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <i>Gestor</i> | <i>Paulo Roberto Ramos Machado</i> | <i>Claudemir Fagundes</i> |
| <i>Prestador</i> | <i>Plabo Machado dos Santos</i> | <i>Eloesi Machado Soares</i> |
| <i>Trabalhador da Saúde</i> | <i>Hélio Ossamu Yonekura</i> | <i>Edna Neres</i> |
| <i>Trabalhador da Saúde</i> | <i>Marineuza Fatima Pessoli</i> | <i>Adriana Ramina Gava</i> |
| <i>Usuários do Sus</i> | <i>Serli dos Santos</i> | <i>Silva Vieira Marcelino</i> |
| <i>Usuários do Sus</i> | <i>Valdenir Antunes Ribeiro</i> | <i>João Madruga</i> |
| <i>Usuários do Sus</i> | <i>Eloah de Bozza Bernardt</i> | <i>Waldemiro Duffeck</i> |
| <i>Usuários do Sus</i> | <i>Antonio Valmir dos Santos</i> | <i>Celso Thisen</i> |

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde realiza uma análise epidemiológica e situacional que auxilia na definição dos objetivos, metas e atividades que orienta a agenda municipal de saúde no período de 2018 a 2021.

O Município de Catanduvas se compromete com a saúde da população de acordo com as Políticas de Saúde Federal e Estadual e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Como princípios e diretrizes do SUS segundo a lei 8.080/90, são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| SUMÁRIO | 5 |
| 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO | 8 |
| 2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS..... | 9 |
| 3. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DE INFRA-ESTRUTURA..... | 11 |
| 3.1 EDUCAÇÃO..... | 14 |
| 3.2 ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA..... | 16 |
| 3.2.1 Água | 16 |
| 3.2.2 Esgoto..... | 17 |
| 3.2.3 Energia | 17 |
| 3.2.4 Lixo | 18 |
| 3.2.5 Habitação..... | 18 |
| 3.2.6 Meio ambiente..... | 18 |
| 4. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO | 18 |
| 4.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | 18 |
| 4.2 VACINA | 20 |
| 4.3 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO..... | 20 |
| 5. REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE..... | 23 |
| 6. ANÁLISE SITUACIONAL | 25 |
| 6.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 25 |
| 6.1.1 Vigilância Epidemiológica | 25 |
| 6.1.2 Vigilância Sanitária..... | 26 |
| 6.1.3 Saúde do trabalhador..... | 26 |
| 6.1.4 Vigilância Ambiental | 27 |
| 6.1.5 Controle de endemias | 27 |
| 6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 28 |
| 6.2.1 Assistência à saúde..... | 28 |
| 6.2.2 Assistência à saúde bucal | 30 |
| 6.2.2 Assistência de fisioterapia..... | 31 |
| 6.2.3 Assistência de fonoaudiologia..... | 31 |

| | |
|---|----|
| 6.2.4 Assistência de psicologia | 31 |
| 6.3 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA..... | 32 |
| 6.4 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR..... | 33 |
| 6.5 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 33 |
| 6.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 33 |

A Atenção farmacêutica é realizada de acordo com o atendimento aos usuários, repassando-se as orientações de posologia, cuidados, conservação entre outros, entretanto, é feita de maneira insuficiente em função da estrutura não ser adequada e pela alta demanda de pacientes, o que dificulta o atendimento necessário para realização da Assistência Farmacêutica. 34

| | |
|--|----|
| 6.6.1 Objetivos da Assistência Farmacêutica | 35 |
| 6.6.2 Ciclo da Assistência Farmacêutica..... | 35 |
| 6.6.3 Seleção | 35 |
| 6.6.4 Programação..... | 36 |
| 6.6.5 Aquisição..... | 36 |
| 6.6.6 Armazenamento | 36 |
| 6.6.7 Distribuição | 37 |
| 6.6.8 Dispensação..... | 37 |
| 6.6.9 Fluxograma do Ciclo da Assistência Farmacêutica..... | 39 |
| 6.6.12 Resultados Esperados | 40 |

7. GESTÃO EM SAÚDE..... 40

| | |
|---|----|
| 7.1 PLANEJAMENTO | 40 |
| 7.2 DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO | 41 |
| 7.3 FINANCIAMENTO..... | 42 |
| 7.3.1 Atenção Básica | 43 |
| 7.3.2 Média e alta complexidade | 43 |
| 7.3.3 Vigilância em saúde..... | 43 |
| 7.3.4 Assistência farmacêutica..... | 44 |
| 7.3.5 Gestão do SUS | 44 |



| | |
|--|-----------|
| 7.3.6 Investimentos na rede de serviços de saúde | 44 |
| 7.4 PARTICIPAÇÃO SOCIAL | 44 |
| 7.5 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE | 45 |
| 7.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE | 47 |
| 7.7 INFORMAÇÃO EM SAÚDE..... | 48 |
| 7.8 INFRAESTRUTURA | 50 |
| 8. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES. | 50 |

1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

O Município originou-se por desmembramento da Cidade de Guaraniaçu, instalando-se em 08 de Dezembro de 1961 e oficializando a comemoração em 25 de Julho (IPARDES, 2016).

Catanduvas localiza-se na Região Oeste do Estado do Paraná e é integrante dos 25 municípios da 10ª Regional de Saúde, tem como Município de referência Cascavel, situado a 53 quilômetros deste e 468,67 quilômetros de Curitiba, Capital do Paraná. A cidade tem limites com Cascavel, Ibema, Guaraniaçu, Quedas do Iguaçu e Três Barras (IPARDES, 2016).

Em uma área de 589.604 Km², possui uma população de 10.202 habitantes e densidade demográfica de 17,54 hab/km² (CENSO, 2010).



2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

De acordo com o Censo realizado no ano de 2010 (IBGE, 2010), a população do município totalizou em 10.202 habitantes, sendo destes 5.192 do sexo masculino e 5.010 feminino, constatando que há uma prevalência de pessoas do sexo masculino. Também foi identificado um total de 2.956 domicílios na cidade (QUADRO 1).

Quadro 01 – Dados populacionais.

| INFORMAÇÃO | FONTE | DATA | ESTATÍSTICA | |
|----------------------------------|-------|------|-------------|------------|
| População Censitária – Total | IBGE | 2010 | 10.202 | Habitantes |
| Número de Domicílios – Total | IBGE | 2010 | 2.956 | Domicílios |
| População Censitária – Masculina | IBGE | 2010 | 5.192 | Habitantes |
| População Censitária – Feminina | IBGE | 2010 | 5.010 | Habitantes |

Fonte: IBGE/2010

No Quadro 02, podemos observar que a população concentra-se na faixa etária de 20 a 29 anos seguida de 30 a 39 anos, e com menor quantidade de pessoas na faixa etária acima de 80 anos.

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

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total | % Total |
|--------------|-----------|----------|-------|---------|
| 0 a 4 anos | 386 | 368 | 754 | 7,39% |
| 5 a 9 anos | 419 | 408 | 827 | 8,11% |
| 10 a 14 anos | 557 | 505 | 1062 | 10,41% |
| 15 a 19 anos | 480 | 551 | 1031 | 10,11% |
| 20 a 24 anos | 434 | 409 | 843 | 8,26% |
| 25 a 29 anos | 408 | 344 | 752 | 7,37% |
| 30 a 34 anos | 386 | 397 | 782 | 7,67% |

| | | | | |
|--------------|-----|-----|-----|-------|
| 35 a 39 anos | 387 | 376 | 763 | 7,48% |
| 40 a 44 anos | 350 | 350 | 700 | 6,86% |
| 45 a 49 anos | 291 | 283 | 574 | 5,63% |
| 50 a 54 anos | 271 | 255 | 526 | 5,16% |
| 55 a 59 anos | 227 | 218 | 445 | 4,36% |
| 60 a 64 anos | 179 | 187 | 366 | 3,59% |
| 65 a 69 anos | 162 | 140 | 302 | 2,96% |
| 70 a 74 anos | 122 | 102 | 224 | 2,20% |
| 75 a 79 anos | 75 | 61 | 136 | 1,33% |
| 80 a 84 anos | 38 | 28 | 66 | 0,65% |
| 85 a 89 anos | 12 | 15 | 27 | 0,26% |
| 90 a 94 anos | 7 | 8 | 15 | 0,15% |
| 95 a 99 anos | 1 | 4 | 5 | 0,05% |
| > 100 | 0 | 1 | 1 | 0,01% |

Fonte: IBGE.

Segundo dados estatísticos do IBGE, do ano de 2015 para 2017 o município teve diminuição populacional de 0,04% anual. (QUADRO 3).

Quadro 03 – População estimada residente por ano

| Ano | População | Método |
|------|-----------|------------|
| 2017 | 10.451 | Estimativa |
| 2016 | 10.455 | Estimativa |
| 2015 | 10.459 | Estimativa |

Fonte: IBGE 2015

Observamos no Quadro 04 que o município conta com uma população de 5.342 habitantes na área urbana, o que representa 52,36% da população e 4.860 que reside na área rural, representando 47,64%. Esse dado acompanha as estatísticas do Paraná quanto à população urbana ser maior que a rural, porém os valores são discrepantes, uma vez que no estado do Paraná a população urbana representa 85,33%. Podemos concluir que a cidade tem de forma expressiva uma população rural, com ênfase em produtividade agrícola.

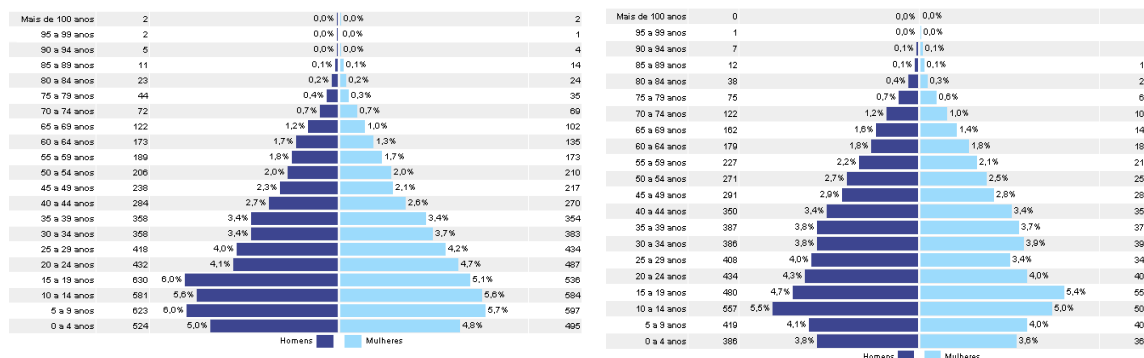
Quadro 04 – População residente na área rural e área urbana, 2010.

| Área | Município | Paraná |
|------------------|-----------|-----------|
| População Rural | 4.860 | 1.531.834 |
| População Urbana | 5.342 | 8.912.692 |

Fonte: IBGE (2010).

Na figura 01 e 02, a qual mostra a pirâmide etária da população no ano 2000 e 2010, observamos que ao longo dos anos o gráfico foi modificando discretamente, tendo um aumento da população idosa e diminuição da população jovem, acarretando uma mudança no formato da pirâmide, que ao longo dos anos está adquirindo um formato retangular. Essa situação está acompanhando a projeção de envelhecimento da população brasileira, que mostra um aumento da população idosa.

Figura 01. Pirâmide Populacional – 2000-2010.



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.

3. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DE INFRA-ESTRUTURA

Segundo o IPARDES no ano de 2010, de um total de 5.391 pessoas em atividades econômicas no município, 2.192 pessoas trabalham na agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, 566 em indústrias de transformação, 445 no comércio, 342 em serviços domésticos e em menor quantidade em atividades imobiliárias (QUADRO 05). Assim sabemos que a cidade possui sua economia centrada na agricultura e indústria.

Quadro 05 - Aspectos Socioeconômicos e de Infraestrutura.

| ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE Domiciliar 2.0) | Nº DE PESSOAS |
|--|---------------|
| Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura | 2.192 |
| Indústrias extrativas | 22 |
| Indústrias de transformação | 566 |
| Construção | 29 |
| Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas | 445 |
| Transporte, armazenagem e correio | 98 |
| Alojamento e alimentação | 162 |
| Informação e comunicação | 18 |
| Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados | 28 |
| Atividades imobiliárias | 6 |
| Atividades profissionais, científicas e técnicas | 12 |
| Atividades administrativas e serviços complementares | 61 |
| Administração pública, defesa e seguridade social | 161 |
| Educação | 199 |
| Saúde humana e serviços sociais | 67 |
| Artes, cultura, esporte e recreação | 23 |
| Outras atividades de serviços | 166 |
| Serviços domésticos | 342 |
| Atividades mal especificadas | 522 |
| TOTAL | 5.391 |

Fonte: IPARDES 2010.

No ano de 2016, a cidade contava 208 estabelecimentos e 1.204 empregos segundo as atividades econômicas formais. Destes, 83 são estabelecimentos de agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca, oferecendo dentro dessas atividades econômicas 192 empregos. A atividade econômica que mais possui vagas de emprego é a administração pública direta e indireta com 377 vagas. (QUADRO 6)

Quadro 06 - Número de estabelecimentos e empregos segundo as atividades econômicas - 2016.

| ATIVIDADES ECONÔMICAS | ESTABELECEMENTOS | EMPREGOS |
|---|------------------|--------------|
| Indústria de produtos minerais não metálicos | 01 | 05 |
| Indústria metalúrgica | 2 | 3 |
| Indústria da madeira e do mobiliário | 4 | 38 |
| Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos | 3 | 133 |
| Indústria de calçados | 1 | 9 |
| Indústria de produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico | 2 | 48 |
| Construção civil | 8 | 12 |
| Comércio varejista | 53 | 169 |
| Comércio atacadista | 7 | 62 |
| Instituições de crédito, seguro e de capitalização | 3 | 17 |
| Administradoras de imóveis, valores imobiliários | 5 | 19 |
| Transporte e comunicações | 12 | 48 |
| Serviços de alojamento e alimentos | 15 | 37 |
| Serviços médicos, odontológicos e veterinários | 6 | 18 |
| Ensino | 2 | 17 |
| Administração pública direta e indireta | 1 | 377 |
| Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca | 83 | 192 |
| TOTAL | 208 | 1.204 |

Fonte: MTE/RAIS/IPARDES 2016.

Quadro 07 – População em Idade Ativa (PIA) e População Economicamente Ativa (PEA) por tipo de domicílio e sexo – 2010.

| ECONOMIA | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO | PIA (10 ANOS E MAIS) | PEA (10 ANOS E MAIS) |
| Tipo de Domicílio | | |
| Urbano | 4.449 | 2.827 |
| Rural | 4.156 | 2.674 |
| Masculino | 4.392 | 3.016 |
| Feminino | 4.213 | 2.484 |
| TOTAL | 8.605 | 5.500 |

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra 2010.

De acordo com o IBGE, a população de Catanduvas possui 53,91% de pessoas economicamente ativas com prevalência do sexo masculino. Além de a população rural ser expressiva, sua população economicamente ativa também se mostra forte, observando 48,62% do montante.

Quadro 08– Indicadores econômicos e sociais.

| INFORMAÇÃO | FONTE | DATA | ESTATÍSTICA | |
|--|---------------|------|-------------|---------------------|
| Densidade Demográfica | IPARDES | 2017 | 17,73 | hab/km ² |
| Grau de Urbanização | IBGE | 2010 | 52,36 | % |
| Índice de Desenvolvimento Humano - IDH-M | PNUD/IPEA/FJP | 2010 | 0,678 | |
| Taxa de Analfabetismo de 15 anos ou mais | IPARDES | 2010 | 13,60 | % |

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2017) - PNUD, IPEA, FJP.

3.1 EDUCAÇÃO

De acordo com o Censo Educacional 2015, o município de Catanduvas conta com onze escolas de ensino fundamental sendo: uma privada, cinco publica estadual, cinco publica

municipal. Ensino médio duas estadual e, ainda, sete ensino pré-escola sendo uma privada e seis publica municipal.

Também constam 1.332 estudantes matriculados nas escolas de ensino fundamental, 502 no ensino médio, 160 matrículas no ensino pré-escolar. Em relação ao quadro de professores, as escolas de ensino fundamental contam com 93 docentes, 40 nas escolas de ensino médio e 15 na rede pré-escolar.

Quanto à alfabetização, o município apresenta uma taxa de analfabetismo de 15,0%, sendo um número elevado quando comparado com a amostra do Brasil, que em 2010 teve uma taxa de 9,6% da população brasileira total (IBGE, 2010).

Contudo quando observado o Quadro 10, observamos que de 2000 para 2010 teve um aumento significativo da população residente alfabetizada, de uma taxa de 53,68 para 61,41. Notamos também que a faixa etária de 40 a 59 anos obteve maior aumento da população alfabetizada em comparação com as demais idades. Esses valores são positivos, pois mostra à melhoria do acesso a educação dos moradores do município.

Quadro 09 – População residente alfabetizada segundo a faixa etária no Município

| Faixa Etária | Ano: 2000 | % | Ano: 2010 | % |
|---------------------|------------------|----------|------------------|----------|
| 15 a 24 | 1.970 | 18,90 | 1.840 | 18,03 |
| 25 a 39 | 1.877 | 18,01 | 1.997 | 19,57 |
| 40 a 59 | 1.272 | 12,20 | 1.739 | 17,04 |
| 60 ou mais. | 475 | 4,55 | 692 | 6,78 |
| Total | 5.594 | 53,68 | 6.268 | 61,43 |

Fonte – IBGE/Censos.

Se tratando do rendimento educacional nos ensinos fundamental e médio, em 2012 constatou que no ensino fundamental obteve uma taxa de 93,5 de aprovação, 4,5 de reprovação e 2,0 de abandono escolar e 88,7% de aprovação, 2,2% de reprovação e 9,1% de abandono no ensino médio. Assim, podemos concluir que o ensino fundamental possui maior taxa de aprovação, em contrapartida a taxa de reprovação é maior em relação ao ensino médio. Já em relação ao abandono escolar, o ensino médio tem uma taxa elevada chegando a 9,1%.

Quadro 10 – Dados educacionais, segundo o número de matrículas.

| INFORMAÇÃO | FONTE | DATA | ESTATÍSTICA | |
|----------------------------------|----------|------|-------------|--------|
| Matrículas na Pré-escola | SEED | 2016 | 160 | Alunos |
| Matrículas no Ensino Fundamental | SEED | 2016 | 1.332 | Alunos |
| Matrículas no Ensino Médio | SEED | 2016 | 502 | Alunos |
| Matrículas no Ensino Superior | MEC/INEP | 2016 | 0 | Alunos |
| Total população matriculada | | 2016 | 1.994 | Alunos |

Fonte: IPARDES 2016.

O município conta com alunos matriculados nas creches, 160 na pré-escola, 1.332 no ensino fundamental e 502 no ensino médio, totalizando 1.994 alunos matriculados na rede de ensino no município de Catanduvas tanto na área urbana quanto na rural (QUADRO 11).

3.2 ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA

3.2.1 Água

O município possui abastecimento de água tratada pela Sanepar em todo território urbano. Conta com duas estações de tratamento, uma localizada na área urbana do município e outra na região rural de Ibiracema. Como descrito no Quadro 12, são 2.276 unidades atendidas pelo abastecimento de água tratada, sendo 2.035 residências e 144 unidades comerciais. Já na área rural, a fonte de água é advinda de poços artesianos.

Quadro 11. Abastecimento de água, pela Sanepar, segundo as categorias -2016.

| Categoria | Unidades atendidas | Ligações |
|-------------------|--------------------|----------|
| Residenciais | 2.035 | 1.876 |
| Comerciais | 145 | 133 |
| Industriais | 8 | 8 |
| Utilidade pública | 31 | 29 |
| Poder público | 57 | 57 |

| | | |
|-------|-------|-------|
| TOTAL | 2.276 | 2.103 |
|-------|-------|-------|

FONTE: SANEPAR e Outras Fontes de Saneamento NOTA: As outras fontes de saneamento são: CAGEPAR, CASAN, DEMAÉ, Prefeitura Municipal, SAAE, SAAEM, SAEMA e SAMAE. (1) Economias. É todo imóvel (casa, apartamento, loja, prédio, etc.) ou subdivisão independente do imóvel, dotado de pelo menos um ponto de água, perfeitamente identificável, como unidade autônoma, para efeito de cadastramento e cobrança de tarifa.

3.2.2 Esgoto

A cidade não possui sistema de esgoto, sendo uma pequena parte da população utilizando fossas sépticas e as restantes fossas rudimentares.

3.2.3 Energia

O município possuiu 3.422 consumidores de energia elétrica em 2016, sendo 2.079 residenciais e 1.010 na área rural, totalizando um consumo de 15.064 Mwh.

Quadro 12 – Consumo e número de consumidores de energia elétrica – 2016.

| Categoria | Consumo (Mwh) | Consumidores |
|------------------------------|----------------------|---------------------|
| Residenciais | 3.152 | 2.079 |
| Setor secundário (indústria) | 1.411 | 27 |
| Setor comercial | 1.803 | 202 |
| Rural | 5.313 | 1.010 |
| Outras classes | 3.385 | 104 |
| TOTAL | 15.064 | 3.422 |

FONTE: COPEL e Concessionárias CELESC, COCEL, CFLO, CPFL e FORCEL. (1) Entende-se por consumidor as unidades consumidoras de energia elétrica (relógio). (2) Inclui as categorias: consumo próprio, iluminação pública, poder público e serviço público. (3) Refere-se ao consumo de energia elétrica da autoprodução da indústria. Inclui os consumidores atendidos por outro fornecedor de energia e os que possuem parcela de carga atendida pela COPEL Distribuição e a outra parcela por outro fornecedor.

3.2.4 Lixo

A coleta de lixo é realizada pela empresa terceirizada Sabiá Ecológico de Nova Esperança do Sudoeste. O lixo é recolhido 100% na área urbana e uma vez por semana nas áreas rurais de Ibiracema e Santa Cruz e após a coleta este lixo é levado ao aterro de Nova Esperança do Sudoeste. Na área rural onde não há coleta, este lixo é queimado na propriedade ou enterrado.

3.2.5 Habitação

O município possui uma população predominantemente urbana. Próximo à região do Cemitério Municipal possui uma área invadida. Na área rural dois reassentamento da Copel, localizados em Saudades do Iguaçu e Nova Veneza, um assentamento na comunidade Maluceli e dois acampamentos localizados uma na região da Nova Colônia e outro no Ervalzinho.

3.2.6 Meio ambiente

O município possui uma extensa área rural, predominando o trabalho agrícola. Assim há um intenso uso de pesticidas para as plantações.

4. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

4.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Quadro 13 – Informações sobre nascimentos no período de 2013 a 2016.

| Condições | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|------|
| Número de nascidos vivos | 113 | 151 | 126 | 116 |
| Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes | 28 | 23 | 25 | 27 |

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| % de mães de 10-19 anos | 24,77% | 15,23% | 19,84% | 23,27% |
| % de mães de 10-14 anos | 0,75% | 0,66% | 0,79% | 0,0% |
| % com baixo peso ao nascer | 7 | 14 | 10 | 8 |
| % de nascidos vivos por partos cesáreos | 53,98% | 60,92% | 53,18% | 50,00% |
| % de nascidos vivos por partos vaginais | 46,01% | 39,08% | 46,82% | 50,00% |

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

De acordo com o Quadro 14, houve uma diminuição do número de nascidos vivos após o ano de 2014. Houve ainda, uma diminuição significativa de números de nascidos vivos de mães adolescentes. Ainda em análise, percebemos que em 2014 teve um aumento significativo de partos cesarianos.

Quadro 14- Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – 2013-2016.

| Consultas de pré-natal | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nenhuma | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1-3 consultas | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 4-6 consultas | 16 | 30 | 23 | 18 |
| >7 consultas | 95 | 119 | 101 | 95 |
| Total | 113 | 151 | 126 | 116 |

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

Quanto às consultas de pré-natal, obteve maior número de gestantes com sete ou mais consultas durante a gestação e um número muito pequeno de gestantes que fizeram de 1 a 3 consultas pré-natais.

Quadro 15- Taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade a cada mil nascidos vivos – 2013 - 2016.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Óbitos infantil (número absoluto) | 1 | 7 | 1 | 3 |
| Taxa de mortalidade infantil | 8,84% | 46,35% | 7,93% | 25,86% |
| Taxa de mortalidade perinatal | 0 | 3 | 1 | 0 |

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

No quadro 17: No período de 2013 a 2016, observou um aumento da mortalidade infantil nos anos de 2014 e 2016.

Quadro 16 - Taxa de mortalidade materna (a cada 100 mil nascidos vivos) – 2013 – 2016.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------------------|------|------|------|------|
| Óbitos Materno (número absoluto) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Taxa de mortalidade materna | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS.

No quadro 18: Não houve índice de mortalidade materna.

4.2 VACINA

Observou ao longo dos anos de 2013 a 2016 uma queda da cobertura vacinal para a vacina BCG, em virtude da mesma ser realizada no âmbito hospitalar no qual é realizado o parto.

Quadro 17 – Cobertura vacinal.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------|---------|---------|---------|--------|
| BCG | 9,92% | 71,54% | 13,27% | 5,88% |
| Penta | 104,58% | 100,81% | 164,60% | 92,65% |
| Rota vírus Humano | 90,08% | 92,68% | 120,35% | 87,50% |
| Poliomielite oral | 104,58% | 91,87% | 161,06% | 87,50% |
| Meningo C | 116,03% | 94,31% | 146,02% | 90,44% |
| Febre amarela | 157,25% | 70,73% | 129,20% | 100% |

Fonte: SIPNI, Ministério da Saúde.

4.3 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO

Em relação às notificações o município teve um aumento do ano de 2013 a 2016. Os agravos que mais possuem notificação são hepatites virais, brucelose, acidente com animais peçonhentos e Sífilis congênita.

Mesmo sabendo a importância da notificação desses episódios de intoxicação e dos esforços para a sensibilização dos profissionais de saúde bem como a população em procurar atendimento médico e da enfermagem, observa uma das dificuldades para localizar estes pacientes.

Quadro 18 – Doenças de Notificação- 2013-2016.

| Doença de Notificação | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|
| Tuberculose | 1 | 5 | 0 | 1 |
| Hanseníase | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Hepatites Virais | 2 | 6 | 8 | 13 |
| Intoxicação exógena | 1 | 3 | 9 | 8 |
| Sífilis não especificada | 0 | 5 | 10 | 2 |
| Sífilis congênita | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Sífilis gestacional | 0 | 2 | 3 | 2 |
| Atendimento Anti rábico | 24 | 36 | 47 | 41 |
| HIV | 0 | 4 | 2 | 4 |
| Acidente com animais peçonhentos | 1 | 2 | 29 | 42 |
| Varicela sem complicações | 0 | 32 | 1 | 1 |
| Botulismo | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Leishmaniose tegumentar americana | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Dengue | 14 | 6 | 20 | 76 |
| Zika | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Febre maculosa | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Esquistossomose | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Brucelose | 0 | 0 | 0 | 7 |

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

Quanto à AIDS, o município notificou quatro casos em 2016. Com isso as ações voltadas para a detecção e controle, são os exames de triagem de HIV no pré-natal realizados nos três trimestre de gestação, Teste Rápido a livre demanda com acolhimento e

aconselhamento por equipe capacitada e palestras em escolas e sala de espera bem como campanha no mês de Dezembro.

Quadro 19. Sífilis congênita.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|------|
| Número absoluto de crianças com sífilis congênita | 0 | 0 | 0 | 2 |

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

Como mostrado no Quadro19, houve dois casos nos últimos anos de notificação de sífilis congênita.

No município de acordo com CID-10, a doença que teve maior número de mortalidade foi do aparelho circulatório, chegando a 23 óbitos em 2014 conforme demonstra o quadro 20 .

Quadro 20 – Mortalidade Geral por Local de Residência

| Mortalidade Geral por Local de Residência | | | | |
|--|------|------|------|------|
| Catanduvas/PR | | | | |
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 1 | 2 | 0 | 1 |
| II. Neoplasias (tumores) | 14 | 6 | 10 | 17 |
| III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtorno imunitário | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 0 | 4 | 2 | 6 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 0 | 1 | 0 | 0 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 1 | 1 | 3 | 1 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 14 | 23 | 13 | 20 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 11 | 19 | 13 | 5 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 3 | 0 | 1 | 2 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0 | 0 | 0 | 1 |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 1 | 0 | 2 | 1 |
| XV. Gravidez, parto e puerpério | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal | 1 | 6 | 1 | 0 |
| XVII. Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas | 0 | 3 | 0 | 1 |
| XVIII. Sintomas, sinais, achados e anomalias exame clínico e laboratorial | 0 | 0 | 1 | 0 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 13 | 5 | 8 | 7 |
| Total | 59 | 70 | 54 | 62 |

Fonte: SIM (Sistema de Informação Mortalidade).

Quadro 21 – Outros indicadores de mortalidade proporcional ao período de 2013-2016

| Indicadores de Mortalidade | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| Total de óbitos | 59 | 70 | 54 | 62 |
| Nº de óbitos por 1.000 habitantes | 5,78 | 6,86 | 5,29 | 6,07 |
| % óbitos por causas mal definidas | 1,69% | 5,71% | 3,70% | 1,61 |
| Taxa de mortalidade prematura (<70anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas (doenças do aparelho circulatório I 00 a I 99, câncer C00 a C97, diabetes E10 a E 14, doenças respiratórias crônicas J40 a j47) | 3,58/100 0 hab | 4,70/100 0hab | 2,01/100 0hab | 4,70/100 0hab |

Fonte: SIM (sistema e informação de mortalidade), DATASUS

5. REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE

Quadro 22 - Estabelecimentos e tipo de prestador, segundo dados do CNES – Paraná no ano de 2017.

| Tipo de Estabelecimento | Público | Filantrópico | Privado | Total |
|--------------------------------|----------------|---------------------|----------------|--------------|
| Policlínica | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade Básica de Saúde | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Posto de Saúde | 1 | 0 | 0 | 1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|----|
| Clinica Especializada/Ambulatório Especializado | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Consultório Isolado | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Hospital Geral | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Pronto Atendimento 24 horas | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Secretaria de Saúde | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 3 | 0 | 8 | 12 |

De acordo com o DATASUS, o município apresenta três estabelecimento de saúde pública como Centro de Saúde e postos de saúde e seis estabelecimento prestador de serviço privado, totalizando oito estabelecimentos de saúde cadastrados.

Quadro 23 - Leitos de internação por 1.000 habitantes, segundo dados do CNES – Paraná no ano de 2017.

| | |
|---|-----------------|
| Leitos existentes por 1.000 habitantes: | 1,86/1.000 hab. |
| Leitos SUS por 1.000 habitantes | 1,86/1.000 hab. |

No ano de 2016 a Estratégia de Saúde da Família alcançou uma cobertura populacional de 86% e pelas equipes de saúde bucal de 66%.

Quadro 24. Cobertura da ESF e ESB.

| | |
|--|-------------|
| Cobertura populacional | 2016 |
| Cobertura da ESF | 86% |
| Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal | 66% |

Quadro 25 - Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos.

| Categoria | Existentes | Em uso | Disponíveis |
|------------------|-------------------|---------------|--------------------|
|------------------|-------------------|---------------|--------------------|

| | | | para o SUS. |
|--|---|---|-------------|
| Equipamentos de diagnóstico por imagem | 2 | 2 | 2 |
| Outros equipamentos | 5 | 5 | 3 |

Quadro 26 - Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso, disponíveis ao SUS e por 100.000 habitantes, segundo categorias do equipamento.

| Categoria | Existentes | Em uso | Disponíveis para o SUS |
|------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------------------|
| Mamógrafo | 0 | 0 | 0 |
| Raio X | 1 | 1 | 1 |
| Tomógrafo Computadorizado | 0 | 0 | 0 |
| Ressonância Magnética | 0 | 0 | 0 |
| Ultrassom | 1 | 1 | 1 |
| Equipamentos Odontológico Completo | 5 | 5 | 3 |

6. ANÁLISE SITUACIONAL

6.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

6.1.1 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (lei 8.080/90)

O Departamento de Vigilância Epidemiológica tem como objetivo alimentar os sistemas de informação (SINAN, SIM, SINASC, SIPNI) e realizar análises que permitam o monitoramento do quadro epidemiológico do município e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

A vigilância é hoje uma ferramenta metodológica importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública. Não existem ações de prevenção e controle de doenças com base científica que não estejam estruturadas sobre sistemas de vigilância epidemiológica.

Vigilância e investigação de doenças infecciosas, assim como de seu controle, sejam de casos isolados ou de surtos, são inseparáveis em conceito e em ação, uma inexistente na ausência da outra. Constituem, sem dúvida, as ações fundamentais e imprescindíveis de qualquer conjunto de medidas de controle de doenças infecciosas e adquirem hoje uma importância fundamental.

6.1.2 Vigilância Sanitária

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos a saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e prestação de serviços da saúde, abrangendo:

- I. O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- II. O controle da prestação de serviços que se relaciona direta ou indiretamente com a saúde;

Essa definição amplia o seu campo de atuação, pois ao ganhar a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, torna-se uma prática com poder de interferir em toda reprodução das condições econômico-sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo saúde doença.

6.1.3 Saúde do trabalhador

Saúde do Trabalhador é uma área técnica da Saúde Pública que busca intervir na relação entre o sistema produtivo e a saúde, de forma integrada com outras ciências da saúde, que visa à preservação da saúde dos trabalhadores, com uma visão de prevenção, curativa,

reabilitação de função e readaptação profissional com a finalidade de promover um meio ambiente laboral hígido e livre de doenças e acidentes decorrentes do trabalho, melhorando as condições de trabalho e minimizando as consequências prejudiciais é contribuir na formação de uma sociedade que promova a saúde preventiva através dos espaços de trabalho visando à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

6.1.4 Vigilância Ambiental

O conceito de Vigilância Ambiental em Saúde foi desenvolvido através dos fatores ambientais de risco biológicos que favorecem a propagação de microrganismos e parasitas causadores de doenças (vírus, bactérias, protozoários, fungos, helmintos) e animais peçonhentos que podem causar acidentes, como também, fatores ambientais de risco não biológicos (água e solo contaminados, queimadas, radiação, agentes poluentes físico-químicos, etc.). É importante lembrar que todos esses fatores são provocados pelo próprio homem que gera aspectos ambientais e, conseqüentemente, impactos ambientais quase sempre negativos, interferindo no habitat de animais que podem se tornar nocivos quando em grande quantidade no contato com o ser humano, ocasionando diversas doenças e agravos.

6.1.5 Controle de endemias

Atua com Saúde Pública exercendo atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças, como dengue, malária, leptospirose, leishmaniose, esquistossomose, chagas, raiva humana, entre outras, relacionadas com fatores ambientais de risco biológicos e não biológicos - lixo em locais inapropriados, água limpa acondicionada em depósitos, contaminantes ambientais, esgoto a céu aberto, desmatamento, etc.

As atribuições do profissional ACE estão regulamentadas pela *LEI 11.350, de 05 de Outubro de 2006:

Art. 4º "O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado".

6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

6.2.1 Assistência à saúde

Em relação à atenção primária, o município possui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que segundo o Ministério da Saúde é hoje considerado parte da saúde da família. As ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado no UBS.

A Saúde da família está a cada dia se destacando como uma estratégia de reorganização da atenção básica, tendo como princípio a saúde centrada na promoção da qualidade de vida realizada com uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na unidade e também em domicílios, locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros. Essas equipes acompanham um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica específica, realizando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e manutenção da saúde da comunidade.

Em Fevereiro de 2001 o município implantou a primeira equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), formada por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis ACS. Em seguida com o objetivo de ampliar a área da população atendida e a descentralização para à área rural, foi implantada a segunda equipe juntamente com a primeira equipe de saúde bucal. Atualmente a cidade possui duas equipes de ESF, sendo uma com saúde bucal. Estas equipes tem como suas atribuições conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar problemas de saúde, planejar como enfrentar fatores de risco à saúde, reestruturar o processo de trabalho, executar os procedimentos de vigilância em saúde nos diversos ciclos de vida. Também atuar no controle de doenças transmissíveis como tuberculose, hanseníase, DSTs e AIDS, doenças infecto contagiosas, doenças crônico degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente. Deve-se valorizar a relação com o

usuário e a família, prestar assistência integral, desenvolver processos educativos e promover ações intersetoriais.

Estas equipes existentes cobrem em torno de 84% da população do município, ou seja, em torno de 8.500 pessoas.

Atualmente as equipes encontram-se desestruturadas com déficit no número de ACSs, devido à razões diversas, principalmente por afastamento médico e doenças.

Quanto às estruturas, o município conta com quatro unidades básicas de saúde, sendo duas rurais, duas urbanas e o pronto atendimento.

Destas Unidades de Saúde do interior, uma é na comunidade de Ibiracema, que está localizada à uma distância de 35 quilômetros da sede do município, com atendimento de segunda a sexta-feira, no período das 8h00min às 17h00min horas, contando com os seguintes profissionais: uma auxiliar administrativa, uma técnica de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde e motorista, e atendimento uma vez na semana (quarta feira), com: um médico, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de odontologia, uma farmacêutica e uma enfermeira. A unidade de Ibiracema atende as localidades de São Roque, Rio das Pedras, Ouro Preto, Linha Zini e Nova Esperança, totalizando uma população em torno de 220 famílias.

A outra Unidade de Saúde do interior é a de Santa Cruz, com horário de funcionamento é das 08h00min às 15h00min e atendimento médico toda quinta-feira e cirurgião dentista na segunda-feira. Além de Santa Cruz, atende também Linha Borsoi, Caravaggio, Linha União, Nova Esperança e Procópio, atendendo em torno de 200 famílias.

Quanto às unidades urbanas, possuímos o Centro de Saúde, o qual se centralizando grande parte dos atendimentos e sendo referência para todas as comunidades em consultas médicas e de enfermagem, agendamento de exames, encaminhamentos para média e alta complexidade, atendimento de pré-natal, puericultura e pronto atendimento, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira, das 7h30min às 17h00min.

Na Unidade Primária de Saúde da Família do Alto Alegre, o atendimento é de segunda à sexta, das 8h00min às 17h00min, possuindo um médico, enfermeira, agente administrativo, fisioterapeutas, psicóloga, nutricionista e serviço de apoio.

O Pronto Atendimento Municipal tem horário de funcionamento 24 horas todos os dias da semana, com médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, recepcionista, serviço de apoio, farmacêutica e técnica em radiologia.

Quanto ao fluxo de consultas para atendimento médico é realizado retirada de senha; segunda a sexta-feira três médicos atendem 20 pacientes cada, no período da manhã e dois médicos à tarde, em casos que não haver vagas os pacientes são direcionados ao pronto atendimento.

Consultas de pré-natal são realizadas nas terças e quintas feiras com agendamento médico e a livre demanda pelo enfermeiro.

A puericultura é realizada todas as quintas-feiras à tarde com agendamento e a livre demanda nos demais dias.

Os exames de Papanicolau são realizados toda segunda e quarta feira o dia todo e no interior é agendado uma vez ao mês para cada unidade de saúde.

Quanto ao fluxo de agendamento de exames, o paciente que tem a necessidade de realizar exames de patologia clínica é encaminhado ao setor de agendamento, que fará a autorização conforme cotas conveniadas com laboratório terceirizado. Já os exames por imagem de RX simples são feitos no Pronto Atendimento conforme pedido médico e os demais que é solicitado com laudo são agendados nos serviços terceirizados.

Acompanhamento Nutricional pelo Sisvan é desenvolvido em conjunto com o acompanhamento do Programa Leite das Crianças do Governo do Estado do Paraná.

6.2.2 Assistência à saúde bucal

O atendimento pela equipe é feito por livre demanda no Centro de Saúde. O público alvo são crianças de 06 a 14 anos, com tratamento curativo sendo realizado pelos Cirurgiões Dentistas e o preventivo pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Os horários de atendimentos são de segunda a sexta-feira no período da manhã com atendimento de três cirurgiões dentista e no período da tarde por dois, salve quando atendimento no interior que é na segunda e quarta feira é realizado atendimento curativo e preventivo por um técnico em saúde bucal e um dentista para atendimento de adultos.

Atualmente a equipe profissional é formada por cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de Saúde Bucal.

6.2.2 Assistência de fisioterapia

Atualmente a assistência de fisioterapia é realizada por dois fisioterapeutas 20 horas cada, sendo dobrada a carga horaria de um fechando 40 horas semanais e outro 30 horas semanais para poder atender a demanda do município.

O atendimento é realizado na UPSF Alto Alegre e por filas de espera. Sendo que casos mais graves quando solicitado pelo médico e com justificativa é dado prioridade. Ainda uma fisioterapeuta realiza atendimento domiciliar em pacientes acamados tanto na cidade quanto no interior.

6.2.3 Assistência de fonoaudiologia

Para o atendimento deste profissional o indivíduo precisa ser encaminhado a partir de alguns setores, como: uma avaliação com o clínico geral no Centro de Saúde; através de escolas municipais e estaduais do município e interior que apresentam dificuldade de linguagem.

O atendimento segunda e terça das 07h30min as 17h00min e quarta das 07h30min as 11h30min, sendo contratada 20 horas semanais

6.2.4 Assistência de psicologia

A unidade de Saúde possui uma psicóloga atendendo 20 horas semanais. As consultas são de caráter individual, com duração de 40 minutos por sessão.

Para o atendimento deste profissional o indivíduo precisa ser encaminhado a partir de alguns setores, como: uma avaliação com o clínico geral no Centro de Saúde; através de escolas

municipais e estaduais do município e interior que apresentam dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento; pacientes que serão submetidos à cirurgia e esterilização (laqueadura e vasectomia) que necessitam de parecer psicológico favorável; e também casos encaminhados do Conselho tutelar ou ministério público.

Este profissional também participa na realização do Grupo de Apoio ao Tabagismo, que é um projeto executado juntamente com o médico e enfermeira, com encontros semanais, para pessoas que desejam parar de fumar.

Observa-se que o maior número de atendimento para esta área ocorre com pacientes adultos. Também verifica-se uma demanda maior de casos com diagnóstico de depressão, crise de estresse e ansiedade e problemas de aprendizagem.

6.3 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Nas instalações do Centro de Saúde está localizada a Secretaria Municipal de Saúde, que opera com um setor específico que realiza o agendamento de consultas e exames para a média e alta complexidade. Os municípios do porte de Catanduvas possuem convenio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde que realiza a regulação e a distribuição das cotas conforme a população de cada município.

O agendamento de consultas especializadas é realizado via on-line com o Sistema de Agendamento do CISOP (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná). Cada especialidade possui uma data para abertura da agenda, sendo geralmente dia 25 de cada mês. Destaca-se entre as especialidades com maior demanda a oftalmologia, ortopedia, pediátrica endocrinologia e reumatologia.

Além das consultas, esse setor realiza agendamento e autorização de todos os exames laboratoriais e de imagens. Para algumas consultas de angiologia, cardiologia, pediatria, ginecologia, ortopedia e procedimentos de alta complexidade são agendadas através da regulação MV que é do Estado, os quais são realizadas nos ambulatórios dos Hospital Nossa Senhora Salete, Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), São Lucas FAG, Hospital de Olhos, Instituto da Visão entre outros credenciados até mesmo em Curitiba.

Para encaminhamentos de Oncologia, os pacientes têm suas consultas realizadas junto ao Centro de Oncologia de Cascavel (CEONC), sendo distribuído o atendimento por ordem de chegada ou na União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECAN), com pré-agendamento no município através do sistema MV.

Quanto às consultas realizadas pelos especialistas, encontra-se algumas dificuldades como a baixa resolutividade, qualificação profissional insuficiente, inadequada corresponsabilidade dos profissionais pela saúde integral do paciente e falta contra referência.

6.4 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O município de Catanduvas não conta com hospital sendo os atendimentos realizados no Pronto Atendimento Municipal 24 horas e caso haja necessidade de internação são encaminhados para os hospitais conveniados. O hospital foi fechado em 2013.

Atualmente quando há necessidade de atendimento hospitalar o município tem como referência o Hospital Santo Antonio, localizado no município vizinho em Guaraniaçu. Em 2013 foi realizado um contrato para que o hospital fosse referência para internamento, sendo disponibilizado 40 Autorização de Internação Hospitalar (AIH) mensais.

6.5 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O município possui um Pronto Atendimento Municipal com leitos de observação masculino, feminino e pediátrico em virtude de ter uma equipe preparada e que mantém 24 horas de atendimento.

6.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) no SUS consiste em um conjunto de ações direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o

medicamento como insumo essencial e onde o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. (ALMEIDA e ANDRADE, 2014).

O farmacêutico tem como objetivo a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

O profissional farmacêutico no SUS enfrenta problemas relacionados à dificuldade de acesso ao medicamento, quantidade insuficiente de financiamento, ineficiência no sistema de aquisição, na gestão de estoque e na logística de distribuição de medicamentos. Além da prescrição irracional e a carência de ferramentas e mecanismos informatizados de controle de prescrição e uso dos medicamentos (NEVES e PINA, 2015).

A Secretária Municipal de Saúde de Catanduvas/PR centraliza as ações da Assistência Farmacêutica na farmácia vinculada ao Centro de Saúde, com assistência técnica de duas farmacêuticas e uma atendente de farmácia e o horário de funcionamento é das 07h30min às 11h30min e 13h00min às 17h00min de segunda a sexta-feira,

A estrutura da farmácia é dividida em duas salas onde estão dispostos os seguintes equipamentos: oito estantes de aço para guarda de medicamentos, insumos e material de apoio, quatro armário com chave para medicamentos sob controle especial, quatro arquivo de aço com gavetas, dois guichês de atendimento, dois micro computadores com acesso a internet, uma impressora multifuncional, um ramal telefônico, uma geladeira para termo labeis e estrados de plásticos para dispor os medicamentos.

A dispensação na farmácia básica é feita exclusivamente mediante a apresentação da prescrição e realizada em sistema informatizado que auxilia nas ações de organização da Farmácia.

A Atenção farmacêutica é realizada de acordo com o atendimento aos usuários, repassando-se as orientações de posologia, cuidados, conservação entre outros, entretanto, é feita de maneira insuficiente em função da estrutura não ser adequada e pela alta demanda de pacientes, o que dificulta o atendimento necessário para realização da Assistência Farmacêutica.

6.6.1 Objetivos da Assistência Farmacêutica

- Planejar, coordenar e executar as atividades de assistência farmacêutica, no âmbito da saúde pública;
- Selecionar, programar, receber, armazenar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- Implantar a atenção farmacêutica para pacientes hipertensos, diabéticos ou portadores de doenças que necessitem acompanhamento constante;
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos pela população, para evitar usos incorretos;
- Educar a população e informar aos profissionais de saúde sobre o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos.

6.6.2 Ciclo da Assistência Farmacêutica

Em Catanduvas à assistência farmacêutica básica cabem as etapas de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos que compõe o elenco da atenção básica e de programas especiais ou estratégicos como: Paraná sem dor, Medicamentos excepcionais, AIDS e DST, Hanseníase, Tuberculose e Insulinas. O Ciclo de AF é o conjunto das atividades da AF, as quais são organizadas em etapas:

6.6.3 Seleção

A seleção de medicamentos é a base de todas as atividades do ciclo. É o processo de escolha de medicamentos efetivos e seguros garantindo o acesso ao medicamento e seu uso racional, considerando a situação de saúde da população e o perfil epidemiológico.

A lista de medicamentos selecionados são fundamentados através da Relação Nacional de Medicamentos (Rename).

6.6.4 Programação

Consiste em estimar quantidades que devem ser adquiridas para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo. A programação possui influência direta sobre o abastecimento e sobre o acesso ao medicamento. Ou seja, é definir quando e quanto de cada medicamento deve ser adquirido. No município de Catanduvas os medicamentos são programados conforme o consumo histórico, consumo mensal, demanda de pacientes, perfil epidemiológico e a sazonalidade.

6.6.5 Aquisição

Consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida. Tem como objetivo suprir as necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo efetividade, mantendo a regularidade do sistema de abastecimento.

A aquisição de medicamentos no município de Catanduvas é realizada através de Processo licitatório, modalidade pregão presencial. E os recursos financeiros das contrapartidas estadual e federal para a aquisição dos medicamentos são repassados ao Consórcio Paraná Saúde por meio de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O farmacêutico também é responsável pela aquisição dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), tendo o estoque renovado mensalmente.

6.6.6 Armazenamento

Aos farmacêuticos é atribuído a função de recebimento, conferência e armazenamento visando assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas e um controle de estoque eficaz. Os medicamentos são armazenados no almoxarifado localizado no Centro de Saúde de Catanduvas, o qual possui ar condicionado para controle de umidade e temperatura

(essas anotadas diariamente em planilha), os medicamentos líquidos são dispostos em pallets, respeitando o número máximo de empilhamento por caixa, e os comprimidos em prateleiras. Os psicotrópicos são armazenados em armários com chave.

Os medicamentos excepcionais são armazenados na Farmácia Central em armário com chave e os termolábeis em geladeira. Os medicamentos estratégicos também são armazenados na Farmácia Central.

Os medicamentos termolábeis são armazenados em refrigeração dentro da Farmácia Central, o registro da temperatura é realizado diariamente, duas vezes ao dia.

6.6.7 Distribuição

Têm como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário, permitindo a localização do destino e rastreabilidade.

A Unidade Básica de Saúde do distrito de Santa Cruz e Ibiracema são abastecidos semanalmente, segundo a demanda, mediante guia de solicitação e guia de transferência, exceto de psicotrópicos e alguns injetáveis.

O Pronto Socorro e o Pronto Atendimento são abastecidos conforme a necessidade e requisição do enfermeiro, apenas com medicamentos injetáveis e medicamentos de emergência para uso interno.

A Farmácia Central é abastecida continuamente conforme saída dos medicamentos.

6.6.8 Dispensação

A dispensação é o ato farmacêutico onde o profissional assegura que o medicamento de qualidade seja entregue ao paciente mediante análise da prescrição, na dose prescrita, na quantidade adequada ao tratamento, acompanhado de informações e orientações que assegurem o seu uso correto e seguro. É um momento importante no atendimento ao usuário do SUS para garantir a efetividade do tratamento.

Os medicamentos excepcionais são distribuídos através do programa do CEAF, este interligado com a Farmácia do Paraná localizada na 10ª Regional de Saúde. A dispensação desses medicamentos é realizada de forma descentralizada, no qual a farmacêutica é responsável pela distribuição dos medicamentos mantendo a regularidade do atendimento dos usuários cadastrados junto às Regional de Saúde.

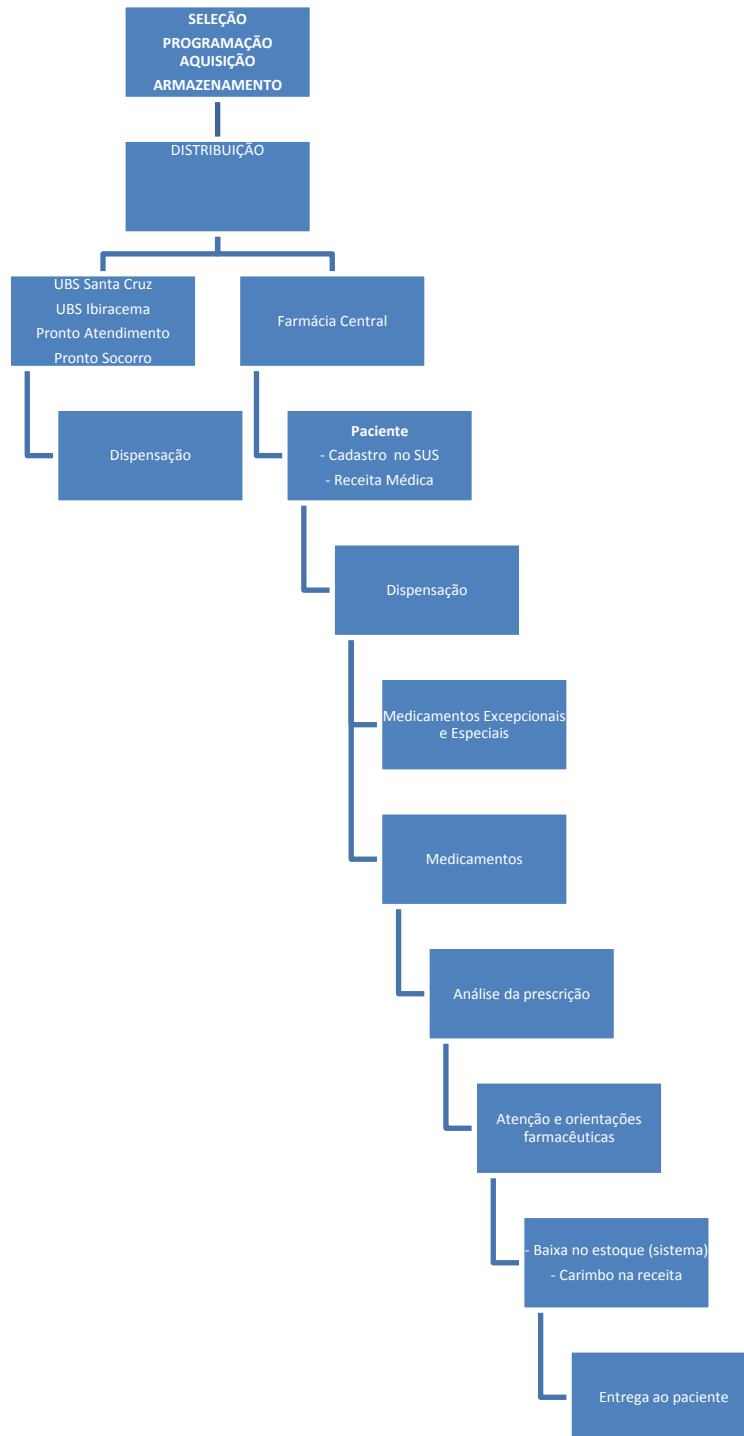
A dispensação de medicamentos estratégicos é realizada na Farmácia Central.

O financiamento da AF em nosso município é composto por recursos oriundos das esferas federais, estaduais e municipais. Os recursos dos repasses federais e estaduais foram usados via Consorcio Paraná Saúde e os recursos municipais usados via licitação, na forma de pregão presencial, com elenco de medicamentos Próprios.

A farmácia também encontra-se ligada ao programa Incentivo Organização de Assistência Farmacêutica (IOAF) que tem como objetivo de contribuir para a organização dos serviços farmacêuticos, onde é dividido em duas partes o Despesas de Custeio (manutenção dos serviços, gastos com obras de conservação e adaptação de bens moveis) e Despesas de Investimento (aquisição de equipamentos e material permanente. O repasse do recurso financeiro se da através do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo municipal de Saúde.



6.6.9 Fluxograma do Ciclo da Assistência Farmacêutica



6.6.12 Resultados Esperados

Com todas as melhorias propostas o paciente terá um atendimento de qualidade com as orientações necessárias, e assim, promovendo o uso racional de medicamentos.

7. GESTÃO EM SAÚDE

7.1 PLANEJAMENTO

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas e neles preestabelecidos. Merhy define planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”.

O planejamento é uma processo que precisa conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela que se pretende chegar. O plano, portanto, constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, sendo o gerente o responsável por executar essa tarefa.

Atualmente o município de Catanduvas ainda não possui um sistema adequado de Planejamento e Programação, tendo em vista vários obstáculos que limitam esse processo. São vários fatores que influenciam esta situação, sendo como principal a deficiência, disponibilidade e qualificação de recursos humanos, devido a diversidade de sistemas de informação em saúde utilizada, dificultando sua utilização como subsídio para planejamento, monitoramento e avaliação, fatos estes que se juntam as demandas do dia a dia impossibilitando as reuniões técnicas com todos os profissionais que objetivam uma análise fidedigna da real situação do município em relação à saúde.

Apesar das dificuldades, existem várias ferramentas que são utilizadas para a gestão dos serviços e do acesso da população aos procedimentos de saúde e das responsabilidades de cada gestor na organização do sistema de saúde. Destas pode-se citar a Programação Pactuada Integrada (PPI), Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), Relatório de Gestão,

Programação Anual de Saúde (PAS), Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS, Pacto pela Gestão do SUS e Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Encontra-se um problema em relação à estas ferramentas, pois muitas vezes sua formulação é centrada em um ou dois profissionais da secretaria de saúde e após sua elaboração ficam guardadas, não sendo utilizadas pela equipe e pela população que não tem acesso ou conhecimento quanto a importância destes projetos.

Além destas colocações, temos como experiência outras situações, como um sistema estruturado e com forte indução local central; Quase ausência de planejamento local (espaço dos serviços e do cuidado); Tendência a planos e práticas burocráticas; Tendência a distanciamento entre planejamento (planos) e ações de saúde (cuidado); Funções de planejamento esvaziadas nas organizações de saúde (insuficiência de instrumentos, sistemas, práticas e profissionais); Limitada análise e avaliação de aspectos diretamente associados ao cuidado e a qualidade do cuidado, aos processos e produtos do trabalho em saúde; Concentração em análise de dados de produção e de recursos *versus* limitadas análises de dados sanitários e epidemiológicos.

Para melhorar o desempenho, o planejamento é o melhor instrumento no setor da saúde, aperfeiçoa a produção e eleva a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e a reabilitação da saúde.

7.2 DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO

A partir de 1990 o Paraná iniciou o processo de descentralização do SUS, transferindo o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde da SESA/ISEP e hospitais de abrangência local para as prefeituras municipais de saúde. Também passando para o município as ações básicas de vigilância sanitária epidemiológica.

Também após 1992 os Centros Regionais de Especialidades da SESA/ISEP foram transferidos para a administração dos municípios, determinando condições favoráveis para a constituição de consórcios intermunicipais de saúde. A partir de 2003, o SESA institui um repasse de incentivo a todos os consórcios, de acordo com o porte do município.

Quanto à descentralização das ações de vigilância em saúde, pode-se afirmar que ocorreu uma crescente evolução do processo das ações de Vigilância Sanitária. Assim, para a execução dessas atribuições, há repasse de recursos financeiros oriundos da ANVISA/MS.

A vigilância epidemiológica e ambiental também recebem recursos específicos.

Em 1991 a SESA criou Grupos Intermunicipais de Saúde (GIS) nas regionais de saúde, que funcionaram até início de 1995. Em seguida foram constituídos os Grupos Técnicos Inter Gestores (GTI), instância de negociação, articulação e discussão quanto aos aspectos operacionais do SUS, em nível regional, não tendo caráter de decisão. Atualmente estes grupos são chamados de CIB Regionais, os quais funcionam com a participação de todos os secretários municipais de saúde.

Um dos principais instrumentos de planejamento da regionalização é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), este contribui com a garantia do acesso, da equidade.

7.3 FINANCIAMENTO

O Financiamento é de responsabilidade dos três entes federados, sendo assim de responsabilidade do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal.

O art. 198 da Constituição Federal foi regulamentado pela Lei Complementar 141/2012 que traz em seus artigos 5º (União), 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) as bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços.

“Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.”

“Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.”

"Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal" (LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012) .

Podemos assim dividir o financiamento em blocos, sendo Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão e Investimentos.

7.3.1 Atenção Básica

- Piso da atenção básica fixo (PAB Fixo);
- Piso da atenção básica variável (PAB Variável - ACS, PSF, Saúde Bucal, Sistema Penitenciário e Saúde do Adolescente em conflito com a lei);
- APSUS.

7.3.2 Média e alta complexidade

- Teto financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC);
- Teto Municipal da rede Brasil sem Miséria, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), Teto Municipal da Rede de Saúde Mental, Centro de Especialidades Odontológicas e Rede viver sem limites.

7.3.3 Vigilância em saúde

- ✓ Piso fixo da Vigilância Sanitária e Ambiental;
- ✓ Vigilância Epidemiológica e incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs;
- ✓ VIGIASUS

7.3.4 Assistência farmacêutica

- ✓ Componente básico da assistência farmacêutica;
- ✓ Estratégico da assistência farmacêutica;
- ✓ Medicamentos de dispensação excepcional;

7.3.5 Gestão do SUS

- ✓ Componentes: qualificação da gestão do SUS;
- ✓ Implantação de ações e serviços de saúde.

7.3.6 Investimentos na rede de serviços de saúde

Composto por recursos financeiros a serem transferidos, mediante repasse regular e automático, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

7.4 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social é um princípio e diretriz do SUS, este deduz que a participação social na construção e fiscalização do sistema, aumentará a chance do sucesso. A Lei 8.142/90 reforçou a participação da população na gestão, propondo dois espaços como a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Assim, para a lei 8.142/30 a Conferência de Saúde e Conselho de Saúde:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

No município de Catanduvas, o Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1993. Com o papel de assessorar o Conselho, a Secretaria de Saúde também promove uma boa integração com os membros, se dispondo sempre a informar sobre todas as solicitações exigidas.

Compete ao Conselho Municipal de Saúde tem como: Acompanhar a elaboração e apreciação do PPA, LDO e LOA; Solicitar aprovação dos balancetes mensais de gastos em saúde; Convocar os conselheiros para acompanharem a Audiência Pública trimestral; Solicitar aprovação dos SIOPS semestral e anual; Encaminhar para aprovação das metas e indicadores estabelecidos pelos SISPACTO, PPI, TCGM e demais pactuações; Solicitar aprovação do Relatório de Gestão; Em relação aos convênios solicitar declaração de conclusão para ser anexada a prestação de contas.

7.5 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A adequação do modelo de gestão auxilia na melhoria do modelo de atenção, possibilita com que os gestores, trabalhadores da saúde e usuários assumam seus papéis, objetivando a eficácia do sistema de saúde.

A gestão do trabalho em saúde faz uma reflexão quanto ao cuidado, envolvendo as capacidades físicas, psíquicas, intelectuais e emocionais, incluindo troca de saberes.

Para a realização da gestão do trabalho é essencial diagnosticar a situação atual e então a partir deste diagnóstico planejar ações que valorizem o trabalho dos profissionais da saúde, identifique as necessidades de cada indivíduo e que permita a atualização profissional em saúde.

Assim, é de suma importância o investimento na gestão do trabalho, uma vez que vai contribuir para o funcionamento e melhoria da assistência.

Atualmente no Município contamos com profissionais concursados, contratados e cedidos pelo Estado para atender a demanda da Secretaria de Saúde. No Quadro 33, podemos identificar os funcionários que atuam na saúde e observamos que o quadro atual está carente para atender a demanda.

Pela Lei 021/2002, publicada em 25 de Novembro de 2002, foi instituído o Plano de Cargos e Salários dos Serviços Públicos Municipais, a qual objetivou a valorização dos servidores integrantes dos cargos de carreira que atuam nos diversos setores da prefeitura. Os avanços salariais estão descritos para acontecerem a cada dois anos.

Quadro 33. Profissionais da Secretaria de Saúde.

| Cargos e Funções | Concursados | Contratados | Cedidos | Nomeado |
|--------------------------------------|-------------|-------------|---------|---------|
| Secretário Municipal de Saúde | 01 | -- | -- | -- |
| Médico | 01 | 02 | 01 | -- |
| Médico plantonista | 2 | -- | -- | -- |
| Enfermeiro | 09 | -- | -- | -- |
| Técnico de Enfermagem | 10 | -- | -- | -- |
| Auxiliar de Enfermagem | 01 | -- | -- | -- |
| Odontólogo | 03 | -- | -- | -- |
| Auxiliar de Consultório Odontológico | 03 | -- | -- | -- |
| Técnico em Saúde Bucal | 01 | -- | -- | -- |
| Médica Veterinária | 02 | -- | -- | -- |

| | | | | |
|-------------------------------|----|----|----|----|
| Digitador | 00 | -- | -- | -- |
| Serviço de Apoio | 08 | -- | -- | -- |
| Agentes Comunitários de Saúde | 15 | -- | -- | -- |
| Agentes de Combate a Endemias | 03 | -- | -- | -- |
| Agente de Saneamento | 01 | -- | -- | -- |
| Motorista | 08 | -- | -- | -- |

7.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores através da Portaria nº 198/GM de fev. de 2004.

Em setembro de 2007 foram definidas na Comissão Intergestores Tripartite algumas mudanças no processo de operacionalização da Política de Educação Permanente dirigida aos trabalhadores do SUS, com o objetivo de atender as novas metas pactuadas entre os gestores estaduais e municipais.

Esta Política também afirma que a educação permanente é um dispositivo de mudança das práticas no trabalho, visando à melhoria da qualidade do atendimento de saúde. Vale salientar que a Política contempla a educação profissional e a educação permanente, como componente decisivo para a efetivação da Política Nacional de Saúde, o qual fortalece e aumenta a qualidade do setor.

Também nesta política, é proposto uma articulação com a educação para o SUS construindo projetos e estratégias de intervenção no campo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores.

Com o aumento da demanda das ações de saúde, vem se notando a necessidade de uma profissionalização dinâmica e eficiente, com a inserção de tecnologias que auxiliem na atualização e prestação de serviços de qualidade à população, assim como a implementação de processos de educação permanente que possibilitem a revisão dos processos de trabalho vigentes, aproximando cada vez mais quem executa de quem decide permeado pela capacidade técnica desenvolvida.

Assim as instituições que formam os profissionais serão responsáveis pela sua formação e qualificação dos trabalhadores do que atuarão no Sistema Único de Saúde, de acordo com as necessidades e ampliando assim a resolutividade dos serviços prestados à população de forma integral.

Em 2003 a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) assumiu como política de gestão de trabalho coletivo uma proposta inovadora, chamada Educação Permanente em Saúde, que busca fazer uma gestão coletiva, multidisciplinar, integradora, intersetorial e interinstitucional do SUS. Neste mesmo ano, foram criados no Paraná 22 Pólos de Educação Permanente em Saúde (PREPS) e 6 Pólos Ampliados de Educação Permanente (PAEPS) por meio da Deliberação nº259/2003 da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Resolução nº21/2004 do Conselho Estadual de Saúde. Em 2010, de acordo com a Portaria 1996 os PREPS foram reafirmados, dando continuidade aos cursos conforme proposta pactuada.

Esses 22 PREPS têm como objetivo aumentar a articulação entre as instituições de Ensino Superior e Médio, Serviços Municipais e Regionais de Saúde e demais parceiros. Cada pólo deve desenvolver sua função norteadora em três eixos, como: resolutividade dos serviços, o qual deve buscar a partir da análise do processo de trabalhos, formas de estimular a efetividade das ações; mudança na relação prestador/usuário, utilizando novas metodologias de ensino/aprendizagem, respeitando o indivíduo como integrante do meio social em que está inserido, considerando como agente do seu processo de educação; e co-responsabilidade de todos os parceiros, entendendo cada ator como um membro de uma equipe.

Além dos cursos de capacitação há uma necessidade para toda a equipe multiprofissional de capacitação e atualização respectivamente nas suas áreas.

7.7 INFORMÇÃO EM SAÚDE

Para a gestão dos serviços e das ações de saúde no SUS, as informações, indicadores epidemiológicos e tecnologias são ferramentas de suma importância para esta prática.

Podemos observar no Quadro 34 os Sistemas de Informação que o Centro de Saúde utiliza em seu trabalho além de um sistema de informação próprio que foi implantado no início de 2008. Este sistema é alimentado de forma correta e disponibiliza a avaliação e conhecimento de vários dados, como produtividade da equipe multiprofissional, quantidade e período de medicamentos dispensados, quantidade de exames liberados e outros que podem ser utilizados no planejamento e programação das ações. No entanto, devido à deficiência de recursos humanos e a falta de capacitação para a correta alimentação do sistema, observamos que estes dados acabam sendo perdidos e assim prejudicando a utilização deste sistema para o objetivo proposto.

Quadro 34. Banco de Dados Existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

| SISTEMA | EVENTO | INSTRUMENTO DE COLETA | FLUXO | USOS |
|---------|-------------------------|--|---|---|
| SIM | Óbito | Declaração de Óbito | Cartório – SMS – Regional de Saúde – SES. | Estudos de mortalidade, Vigilância de óbitos. |
| SINASC | Nascido Vivo | Declaração Nascido Vivo | Unidade – SMS – Regional de Saúde – SES. | Monitoramento da Saúde da Criança, Vigilância a criança de risco. |
| SINAN | Agravos sob notificação | Ficha de Notificação e Ficha de Investigação | Unidade – SMS – Regional de Saúde – SES. | Acompanhamento dos agravos sob notificação, surtos, epidemias, etc. |

Fonte: Secretaria de Saúde de Catanduvas.

7.8 INFRAESTRUTURA

O Município de Catanduvas conta com 4 Unidades Básicas de Saúde, sendo duas na área urbana (Centro de Saúde e Unidade de Saúde da Família) e duas no interior (Santa Cruz e Ibiracema).

Em relação aos veículos disponíveis para a saúde, possui: três ambulâncias, um gol, uma doblo, um palio e um logan do VIGIASUS e dois micro ônibus sendo um 32 lugares e outro 19 lugares. Referente aos equipamentos observamos no Quadro 35.

Quadro 35. Equipamentos disponíveis na Secretaria de Saúde.

| Categoria | Existentes | Em uso |
|------------------------------|-------------------|---------------|
| Autoclave | 2 | 1 |
| Raio X – 100 amperes | 1 | 1 |
| Raio X odontológico | 0 | 0 |
| Ultra-som | 1 | 1 |
| Equipo Odontológico Completo | 4 | 4 |

Fonte: Secretaria de Saúde de Catanduvas.

8. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.

Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|--|--|---|--|
| Aumentar para 95% a cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família até 2019. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Criação das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso). ✓ Promover a realização de cursos de integração e capacitação. | Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica. |
| Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampliar os atendimentos das Equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF ✓ Realização de Oficinas de Educação Permanente em Saúde para capacitação dos profissionais de Saúde para melhoria do processo de trabalho e consequente melhoria na assistência ao usuário | Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica |
| Aumentar o percentual de cobertura de | ✓ Realizar oficinas para capacitação dos novos ACS e das equipes | Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde | Gestor municipal Coordenação Atenção Básica |



| | | | |
|--|---|--|---|
| acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). | saúde da família, e ESF para acompanhamento das condicionalidades da Bolsa Família. ✓ Acompanhar os beneficiários quanto aos pré-requisitos da saúde Ampliar a cobertura do programa Bolsa família. | do Programa Bolsa Família (PBF). | Serviço de Nutrição |
| Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada | ✓ Melhorar o acesso na ação coletiva de escovação dental supervisionada. | Media da ação coletiva de escovação dental supervisionada. | Coordenação de Saúde bucal |
| Fortalecer a saúde bucal | ✓ Desenvolver ações em saúde bucal da rede mãe paranaense. | Número das ações básicas em atenção à saúde bucal | Coordenação de Saúde bucal |
| Manutenção da academia de Saúde | ✓ Manter funcionando com equipes especializadas ✓ Realizar grupos conforme patologias e idades. ✓ Reestruturar, reformar e equipar. | Através de cadastros Através de licitação | Gestor municipal Educador físico da saúde |
| Identificar todos os ambientes com placas e imagens para analfabetos. | ✓ Promover acessibilidade nas UBS para atendimento e recepção de pacientes com deficiência física, visual e Analfabetos, Conforme Manual do AMAQ/PMAQ | UBS identificada | Gestão Municipal |



| | | | |
|--|--|--|------------------|
| | -AB | | |
| Melhoria no transporte para os pacientes | ✓ Aquisição de veículos para traslado de paciente aos centros especializado; (ambulâncias, carros, van e micro ônibus) | Através de licitação | Gestão Municipal |
| Melhorias nas UBS | ✓ Aquisição de equipamentos e materiais permanentes e reformas, pinturas e manutenção. | Através de licitação | Gestão Municipal |
| Utilização dos recursos VIGIASUS e APSUS | ✓ Aquisição de materiais de expediente e escritório, materiais de limpeza, materiais de consumo entre outros que seja de uso único. ✓ Capacitação das equipes da atenção primária a saúde. | Através de licitação | Gestão Municipal |
| Realização da territorialização | ✓ Realizar um levantamento do número de moradores residentes na área de abrangência, conhecer condições de infraestrutura e recursos sociais, levantar problemas e necessidades definido um diagnóstico da comunidade (contínuo) e identificar o perfil demográfico, epidemiológico, | Através de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde com parceria em projeto de extensão com o Centro Universitário FAG – Fundação Assis Gurgacz | Gestão Municipal |

| | | | |
|---|---|---|------------------|
| | socioeconômico e ambiental. | | |
| Aumentar uma equipe da ESF – Equipe da Saúde da Família e Saúde Bucal | ✓ Com a realização da territorialização. | Através de projeto ao Ministério da Saúde | Gestão Municipal |
| NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família | ✓ Com concretização das equipes liberadas pelo M.S, para melhor resolutividade no atendimento da população. | Através de projeto ao Ministério da Saúde | Gestão Municipal |
| Laboratório de Próteses Dentárias – LPD | ✓ Credenciamento ao E-Gestor ao Ministério da Saúde para atender aos municípios. | Através de credenciamento ao E-gestor Através de Licitação para contratação de laboratório | Gestão Municipal |

DIRETRIZ 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|---|---|---|---|
| Ampliar em 100 % o número de serviços de saúde com serviço de notificação | ✓ Capacitar os profissionais para a Notificação da Violência doméstica e/ou Sexual e outras com elaboração de | Proporção de serviços de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |

| | | | |
|---|--|--|--|
| contínua da violência doméstica, sexual e outras violências | cronograma que viabilize as capacitações sem a necessidade de fechar temporariamente a unidade de atendimento. | | |
|---|--|--|--|

DIRETRIZ 3: Promoção da atenção integrada a saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|---|--|---|--|
| Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológicos a cada 2 anos. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampliar em 2% a razão de exames coletados ✓ Intensificar busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS. ✓ Realizar 02 campanhas ao ano de coleta exame citopatológico, no mês de outubro (outubro rosa) em horários alternativos. | Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária. | Coordenação da Atenção Básica |
| Ampliar em 10% até 2019 a razão de exames de mamografia em mulheres de 45 a 69 anos de idade. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampliar a razão de exames. ✓ Intensificar busca ativa das mulheres da faixa etária de risco pelo ACS ✓ Realizar campanha no mês de outubro | Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 45 a 69 anos e população da mesma faixa etária. | Coordenação da Atenção Básica Serviço de Referência |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|--|
| | (outubro rosa) aos sábados. | | |
|--|-----------------------------|--|--|

Objetivo 3.2 – Organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para garantir o acesso, acolhimento e resolutividade

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|--|--|--|---|
| Aumentar o percentual de parto normal | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover ações educativas com as gestantes com objetivo de sensibilizar as gestantes quanto benefícios do parto normal para o binômio. | Proporção de parto normal realizado | Coordenação da Atenção Básica |
| Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pré-natal: Oferecer no mínimo 7 consultas de pré-natal para as gestantes do município. ✓ Implementar as ações de captação e acompanhamento das gestantes no pré-natal ✓ Realizar teste rápido de HIV e sífilis em todos os trimestres de gravidez ✓ Intensificar a busca ativa das gestantes faltosas pelos ACS | Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. | Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |
| Promover o | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar o | Numero de gestantes que | Coordenação da |

| | | | |
|--|--|--|---|
| aleitamento materno | aleitamento materno a todas as gestantes durante o pré-natal e na visita puerperal. | realizam o pré-natal | Atenção Básica |
| Realizar teste de sífilis nas gestantes usuárias do SUS. | <ul style="list-style-type: none">✓ Realizar teste de sífilis em gestante conforme protocolo da Rede Mãe Paranaense e Rede Cegonha.✓ Capacitar profissionais novos sobre sífilis, conforme protocolo. Promover capacitações em teste rápido de sífilis com objetivo de ampliar para 100% o número de UBS “testadoras”.✓ Monitorar a notificação dos casos de sífilis em gestantes. | Número de testes de sífilis por gestante | Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |
| Reduzir o número de óbito materno | <ul style="list-style-type: none">✓ Fomentar a discussão dos óbitos maternos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde.✓ Monitorar e avaliar os casos de óbitos maternos.✓ Manter a taxa de óbitos maternos em 0%.✓ Garantir acesso ao Pré-natal a 100% das | Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | usuárias SUS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover consultas de pré-natal intercalado entre enfermeiros e médicos. ✓ Monitorar os resultados dos exames de pré-natal. | | |
| Garantir acesso e acompanhamento de 100% das crianças menores de 1 ano | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acompanhar através da puericultura 100% das crianças incluindo o calendário nacional de imunização | Proporção de nascidos vivos e SiPNI | Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |
| Realizar avaliação antropométrica em 80% dos alunos da escola municipal (ensino fundamental) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação com classificação de risco e encaminha-los os que apresentam alterações aos profissionais de referencia. | Número de alunos matriculados na rede de ensino. | Coordenação da Atenção Básica. Psicólogos Nutricionista |

DIRETRIZ 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|--|--|---|---|
| Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reduzir a taxa de mortalidade prematura. ✓ Manter a taxa de | Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica |



| | | | |
|--|--|---|------------------------------|
| anos) por Doenças Crônicas Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. | mortalidade prematura abaixo do pactuado no SISPACTO. ✓ Realizar capacitações dos profissionais novos no uso do Protocolo de Assistência às Condições Crônicas (HA e DM). ✓ Realizar capacitação dos profissionais de saúde para ampliação dos ambulatórios de atendimento a grupos de apoio para cessação de tabagismo. ✓ Campanha “Sem tabaco” a ser realizada no mês de maio. ✓ Manutenção dos grupos de fortalecimento muscular para terceira idade. ✓ Intensificar as visitas domiciliares para detecção de riscos nos domicílios dos idosos. ✓ Promover campanhas de prevenção do diabetes e hipertensão arterial. | DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). | Coordenação da Epidemiologia |
|--|--|---|------------------------------|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | ✓ Promover campanhas de prevenção ao câncer de próstata (novembro azul) | | |
|--|---|--|--|

DIRETRIZ 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E PARCERIAS |
|--|---|--|---|
| Alcançar a cobertura vacinal em 88% nas crianças menores de 1 ano | ✓ Capacitação de Imunização para 100 % dos vacinadores ✓ Atualização do Procedimento Operacional Padrão para Imunização. ✓ Realização de Monitoramento de cobertura vacinal com parâmetros municipais. ✓ Implantação do SI-PNI em 100% das salas de vacina do município. | Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |
| Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera | ✓ Articulação das ações visando aumentar a proporção de cura da tuberculose. ✓ Aumentar a busca ativa a pacientes | Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. | Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | <p>sintomáticos respiratórios, através dos ACS e campanhas.</p> <p>✓ Construção e divulgação do Perfil Epidemiológico Anual</p> | | |
| Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose | <p>✓ Realizar reuniões/capacitações sobre HIV com as equipes das UBS.</p> <p>✓ Viabilizar o acesso do paciente ao teste rápido de HIV.</p> | Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |
| Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida | <p>✓ Monitorar trimestralmente o banco de dados da base municipal (SIM).</p> <p>✓ Analisar e investigar 100% dos óbitos não fetais notificados.</p> <p>✓ Promover ações de educação permanente em saúde sobre preenchimento adequado das Declarações de óbitos, qualificando 100% dos profissionais atuantes no município.</p> | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida | Gestor municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |
| Encerrar 100% ou mais das doenças compulsórias | <p>✓ Alimentar o banco de dados municipal (SINAN) em prazo</p> | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata | Coordenação da Epidemiologia |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação</p> | <p>adequado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampliar o percentual de encerramento em até 60 dias | <p>(DNCI) encerrada em até 60 dias após a notificação</p> | |
| <p>Ampliar em 10% em relação ao ano anterior a notificação e a investigação de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar Capacitações para as diferentes Instituições. ✓ Realizar ações de Educação em Saúde elencando temas prioritários em agravos de saúde do trabalho. ✓ Realizar campanhas informativas sobre prevenção em acidentes de trabalho (mês de abril). | <p>Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados</p> | <p>Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia Vigilância Sanitária</p> |
| <p>Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar a digitação no SINAN de HIV/AIDS. ✓ Acompanhar os pacientes internados com suspeita ou confirmados de HIV/AIDS. ✓ Divulgar e estimular a notificação de casos de infecção de adultos/crianças e gestante HIV para todos os serviços de saúde ✓ Melhorar a | <p>Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos.</p> | <p>Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>notificação dos casos de AIDS adulto/criança e gestante HIV.</p> <p>✓ Realizar monitoramento dos casos de gestantes HIV e Sífilis, das crianças expostas ao HIV e das notificações de Sífilis Congênita juntamente com a Vigilância Epidemiológica do Município e a 10ª Regional de Saúde.</p> <p>✓ Realizar treinamentos para profissionais da rede de saúde sobre a transmissão vertical de HIV/Sífilis.</p> | | |
| <p>Aumentar a proporção de cura de casos novos de hanseníase</p> | <p>✓ Elaborar campanhas de prevenção de hanseníase (mês de janeiro).</p> <p>✓ Construção do Perfil Epidemiológico por região e divulgar semestralmente para rede de serviços</p> | <p>Proporção de cura de casos novos de hanseníase</p> | <p>Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia</p> |
| <p>Reduzir a incidência de sífilis congênita</p> | <p>✓ Manutenção da educação permanente e monitoramento e avaliação dos indicadores.</p> <p>✓ Monitorar os casos</p> | <p>Número de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano.</p> | <p>Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia</p> |

| | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| | <p>através do SINAN</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Acompanhar junto aos serviços o seguimento dos casos até o encerramento✓ Acompanhamento e parceria junto aos laboratórios para melhoria da qualidade dos exames de detecção da Sífilis✓ Manter as 3 coletas de VDRL preconizadas no protocolo.✓ Intensificar a busca ativa dos comunicantes de casos positivos de sífilis. | | |
| Reduzir o índice de hepatites virais | <ul style="list-style-type: none">✓ Elaborar campanhas de prevenção de hepatites virais (mês de julho).✓ Construção do Perfil Epidemiológico por região e divulgar semestralmente para rede de serviços.✓ Intensificar a busca ativa dos comunicantes de casos positivos de hepatites | Monitorar casos novos de hepatites | Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia |



| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>virais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar reuniões/capacitações sobre hepatites virais com as equipes das UBS. ✓ Viabilizar o acesso do paciente ao teste rápido de hepatites. | | |
| <p>Manter o número de 4 ciclos de vistorias em domicílios em relação ao ano para a dengue.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar o número de vistorias nos domicílios através de ampliação de vagas visando também o crescimento habitacional. ✓ Criação e provimento das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso) ✓ Promover cursos de integração e capacitação. ✓ Acompanhar os casos suspeitos e confirmados internados em Hospitais. ✓ Monitorar, analisar e encerrar os casos de Dengue grave. ✓ Ampliar anualmente o número de profissionais capacitados. ✓ Em caso de | <p>nº de domicílios vistoriados no ano.</p> | <p>Gestor Municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia Vigilância Sanitária</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>epidemia contratação temporária de novos profissionais (ACE e ACS).</p> <p>✓ Realizar 2 campanhas anuais de combate ao mosquito vetor sendo uma no mês de janeiro como arrastão e outra no mês de setembro com panfletagem e conscientização da população.</p> | | |
|--|---|--|--|

Objetivo 7.2 - 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 | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|---|--|---|------------------------------------|
| <p>Ampliar para 70% as ações de intervenção de vigilância ambiental nas análises com resultados insatisfatórios realizados em amostras de água para</p> | <p>✓ Propor ações de intervenção nos locais com resultados insatisfatórios.</p> <p>✓ Monitorar e avaliar os resultados.</p> <p>✓ Manter a realização das análises.</p> | <p>Proporção de análises com resultados insatisfatórios realizados em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez</p> | <p>Vigilância Sanitária</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| consumo humano quanto aos parâmetros: coliformes totais, cloro residual e livre, e turbidez. | | | |
|--|--|--|--|

DIRETRIZ 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.

Objetivo 11.1 - Implementar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) para qualificação das Redes de Atenção do Município.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|--|---|--|---|
| Implementar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) para 100% dos serviços de saúde próprios | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de treinamento introdutório para os servidores recém-contratados. ✓ Cursos diversos de curta duração. ✓ Cursos de especialização diversos. | Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas pelo município | Gestor Municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia Vigilância Sanitária |
| Realizar atividades que discutam o processo de trabalho diário na lógica da Educação Permanente em Saúde | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar propostas de cronograma de atividades de Educação Permanente por Diretoria | Número de atividades de Educação Permanente em Saúde realizada no ano. | Gestor Municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia Vigilância Sanitária |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Objetivo 11.2 Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|---|--|---|------------------------------------|
| Ampliar o número de trabalhadores da autarquia/secretaria de saúde, para novos serviços e ampliação dos profissionais nos serviços existentes, com vínculos protegidos. | <ul style="list-style-type: none">✓ Criação e provimento das vagas necessárias a suprir o déficit de pessoal (lei e concurso).✓ Criação de vagas necessárias a cada ano, conforme previsão orçamentária de cada exercício | Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos | Gestor Municipal |

DIRETRIZ 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de

movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

| META | AÇÕES | INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO | RESPONSÁVEIS E OU PARCERIAS |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Permanecer com a meta pactuada (01) | ✓ Elaborar o plano municipal de saúde juntamente com as coordenações, cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias. | Proporção de plano de saúde enviada ao conselho de saúde. | Gestor Municipal Coordenação da Atenção Básica Coordenação da Epidemiologia Vigilância Sanitária |

PREFEITO MUNICIPAL

SECRETÁRIO DE SAÚDE

PRESIDENTE DO CONSELHO EM SAÚDE