

MUNICÍPIO REBOUÇAS



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS 2018 - 2021

"Habilidade é o que você é capaz de fazer.

Motivação determina o que você faz.

Atitude determina o quão bem você faz."

Lou Holtz

IDENTIFICAÇÃO

Prefeitura Municipal de Saúde de Rebouças

Código IBGE: 4121505

Secretaria Municipal de Saúde

Fundo Municipal de Saúde / CNPJ matriz: 09620017/0001-16

Endereço Secretaria de Saúde: Rua Simão Domingues nº169, Bairro - Centro

Telefone: (42) 3457-1380 / 3457- 2124

E-mail: admreboucas@yahoo.com.br

GESTORES MUNICIPAIS:

Prefeito do Município: Luiz Everaldo Zak

Telefone: (42) 3457-1299

Endereço eletrônico (e-mail): prefeito.zak@gmail.com

Secretária Municipal de Saúde: Tania Maria Selhorst

Telefone: (42) 3457-2124 / 3457-1380

E-mail: admreboucas@yahoo.com.br; tania.selhorst@reboucas.pr.gov.br

EQUIPE DE ELABORAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - REBOUÇAS

Unidades de Estratégia Saúde da Família

Centro de Vigilância em Saúde

Setor Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde

Setor de Regulação

Setor da Assistência Farmacêutica

Setor de Transporte

COLABORAÇÃO TÉCNICA E ORGANIZAÇÃO

Marcia Regina de Andrade – Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde

Enfermeira Especialista em Enfermagem do Trabalho - Egressa da 12ª Turma do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS) do Ministério da Saúde - DF

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Composição de acordo com a Lei nº. 4.91/91, acrescida da alteração constante da Lei Municipal nº. 1355/09

Representantes dos Gestores e Prestadores de Serviço Filantrópico		
Tania Maria Selhorst	Titular	Secretária Municipal de Saúde
Tereza Tomal Dzirza	Suplente	
Neide Morais	Titular	Associação de Pais e Amigos Excepcionais (Apae)
Irene Ruppel	Suplente	
Sidnei José Ferreira	Titular	Hospital de Caridade Dona Darcy Vargas
Maria Beatriz Zambão	Suplente	
Aguinaldo Antonio Hurbik	Titular	Vigilância em Saúde
Andriele Maceno de Lima	Suplente	
Representantes dos Trabalhadores		
Eva de Jesus Ruppel	Titular	Presidente Conselho
Joana Maria Matias Antunes	Suplente	
Maria Marlene Pszedimirski	Titular	Secretária do Conselho
Vivian Portela	Suplente	
Marli Rodrigues Lourenço	Titular	
Marcia Aparecida Freitas	Suplente	
Joseli Aparecida Copanski	Titular	
Libório Cassiano Milleo	Suplente	
Representantes dos usuários		
Pedro Altamir de Deus	Titular	Associação da Água
Rogério Pacondes da Silva	Suplente	
Beatrice Luzia Ramos de Souza	Titular	Associação dos Moradores Marmeleiro de Baixo
Leopoldo Ismael de Toledo	Suplente	
Aparecida Cristina de Souza	Titular	Associação dos Moradores Vila Feliz
João Jair de Freitas	Suplente	
Antônio de Castro Ramos	Titular	Associação dos Moradores Faxinal dos Vieiras
Marli Aparecida Cararo	Suplente	
Jamil Rocha do Nascimento	Titular	Associação dos Moradores Água Quente dos Domingues e Água Quente dos Luz
Maria de Lourdes Dmeterko	Suplente	
Marlene Fronzak. Carneiro	Titular	Pastoral da criança
Odete Molinari Melo	Suplente	
Pedro Dobocz	Titular	Associação Reboucense de integração e Reabilitação - AREBI
José Maria de Oliveira	Suplente	
Pedro Carlos Mazo	Titular	Sindicato dos Trabalhadores Rural de Rebouças
Jose Ângelo Bortoleto	Suplente	

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	08
2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	09
2.1 Histórico.....	09
2.2 Localização e aspectos físicos	09
2.3 Localização do município em relação ao Brasil e ao Estado do Paraná.....	10
2.4 Localização do município em relação à 4ª Regional de Saúde	10
3. ANÁLISE SITUACIONAL.....	11
3.1 Aspectos demográficos.....	11
3.2 Aspecto socioeconômico, educação, cultura, habitação, transporte e infra estrutura.....	12
3.2.1 Economia e trabalho.....	13
3.2.2 Educação.....	15
3.2.3 Cultura	16
3.2.4 Rede de Promoção Social.....	17
3.2.5 Habitação, transporte e infraestrutura.....	18
3.9.6 Serviço de Saneamento Básico Municipal e energia elétrica.....	18
3.3 Aspectos epidemiológicos.....	20
3.3.1 Análise da Assistência Materna e Infantil e de óbitos na população geral.....	20
3.3.2 Análise da cobertura vacinal.....	27
3.3.3 Análise das Doenças de Notificação Compulsória.....	28
4. ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL.....	31
5. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DAS ASSISTÊNCIA À SAÚDE MUNICIPAL.....	39
5.1 Atenção Primária à Saúde.....	39
5.1.1 Programa de Saúde Mental.....	42
5.1.2 Programa de Saúde Bucal	43
5.1.3 Saúde da Mulher	44

5.1.4 Programa Planejamento Familiar.....	44
5.1.5 Programa Preventivo do Câncer de Colo Uterino e de Mama.....	44
5.2 Rede de Atenção Materno e Infantil.....	45
5.2.1 Atenção Pré natal e Puerpério.....	45
5.2.2 Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente.....	46
5.2.3 Programa Saúde na Escola.....	47
5.3 Atenção à Saúde do Idoso.....	47
5.3.1 Integração entre os elementos construtivos da Rede de Atenção à Saúde do idoso.....	49
5.3.2 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20.....	51
5.4 Atenção às Condições Crônicas.....	54
5.4.1 Programa de Controle à hipertensão arterial e diabetes.....	54
5.5 Programa de Tratamento e Combate ao Tabagismo.....	55
5.6 Saúde do Homem.....	55
5.7 Academia da Saúde	55
5.8 Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde	56
5.9 Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade.....	57
5.10 Rede de Atenção à Urgência e Emergência.....	59
5.11 Assistência Farmacêutica.....	59
5.12 Central de Transporte Social e Ambulância.....	61
6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	62
6.1 Vigilância Sanitária.....	63
6.2 Vigilância Ambiental.....	65
6.3 Saúde do Trabalhador.....	65
6.4 Vigilância Epidemiológica.....	66
7. PROGRAMA E-SUS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	68
8. ATENÇÃO À SAUDE HOSPITALAR.....	68

8.1 Unidade de Cuidados Continuados Integrados.....	70
9. GESTÃO DE QUALIDADE.....	74
9.1 Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade – PMAC.....	75
9.2 Gestão em Saúde – Regulação- Avaliação – Controle e Auditoria.....	76
9.3 Ouvidoria	76
9.4 Participação popular e controle social.....	77
9.5 Financiamento.....	78
10. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	80
11. CONCLUSÃO.....	107
12 REFERENCIAS.....	108
13. ANEXOS.....	112

1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde apresentam o Plano que vai conduzir as ações da saúde pública municipal entre os anos de 2018 a 2021.

O Sistema Único de Saúde (SUS) está sendo construído ao longo das últimas décadas e necessita cada vez mais, além de gestores competentes, usuários e profissionais da área da saúde comprometidos com seu aprimoramento e cumprimento de suas diretrizes.

A Secretaria Municipal de Saúde tem como missão Planejar, executar e gerir os serviços de saúde em consonância com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integridade na saúde e qualidade de vida dos munícipes e demais cidadãos.

As necessidades das famílias e as demandas de saúde são ilimitadas e, no entanto, os recursos limitados. Cabe então ao conjunto da sociedade, através de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde, eleger prioridades para que se utilize com máxima otimização os recursos financeiros existentes.

Para isso, foi necessário selecionar as prioridades as quais foram elencadas no Plano Municipal de Saúde, que tem como principal objetivo apontar soluções viáveis, com compromissos assumidos por todos os atores, com normas e regras claras e que seguem as principais diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, voltadas para a qualificação da atenção e educação do usuário, tanto em relação aos seus direitos quanto aos deveres como cidadão, com a finalidade de cumprirmos os objetivos e metas traçados para a utilização adequada do SUS.

O Plano Municipal de Saúde deve ser acompanhado e monitorado permanentemente pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e usuários do SUS em Rebouças.

O plano foi disponibilizado por meio eletrônico aos segmentos representativos da sociedade como para a apoiadora do Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde Cresems da 4ª RS de Saúde do Paraná, funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, os quais puderam discutir e aprovar as propostas que foram apresentadas e incorporadas ao Plano. Também foi disponibilizado publicamente por meio de cópia impressa para a 4ª Regional de Saúde e para a Secretaria Municipal de Saúde.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

2.1 Histórico

Segundo o IBGE, bandeirantes paulistas penetraram nas terras que atualmente constituem o Município de Rebouças, por volta do Século XVII. Mas é de 1769 a primeira documentação sobre a região, proveniente da expedição de Afonso Botelho ao Rio Iguaçu, a qual, em dado momento, subiu o Rio Potinga para explorá-lo.

O povoamento efetivo do território foi iniciado em 1880, em Poço Bonito, local onde se estabeleceram fazendeiros provindos de Palmeira. Relata-se a realização de cavalhadas (festas equestres, a exemplo das ainda remanescentes em Guarapuava) nessa localidade, cujo patrimônio étnico era de origem portuguesa.

A cidade, que praticamente nasce com a edificação de uma pequena estação da estrada de ferro *Brazilian Railway* (01/01/1900), recebeu a denominação de Rio Azul, mantido quando da criação do distrito, em 1902.

De início, o território reboucense era parte de São João do Triunfo (comarca de Palmeira) até que alcançou autonomia com a denominação de Antonio Rebouças, pela Lei Estadual 2.738, de 31 de março de 1930 (a instalação ocorreu em 21 de setembro, ainda hoje considerada a data de aniversário do município). Após a autonomia municipal, mudou a jurisdição de Rebouças, que passou a fazer parte da comarca de Irati (em 1936), até a criação de comarca própria (1937), posteriormente cassada e restabelecida (em 1948). O nome Antonio Rebouças – homenagem a um dos engenheiros da *Brazilian Railway* foi simplificado para Rebouças em 1943.

2.2 Localização e aspectos físicos

Rebouças está situada na região Centro-Sul do Estado do Paraná, pertence à Mesorregião Sudeste, ente geográfico que possui duas capitais regionais (União da Vitória e Irati), as quais lideram, cada uma delas, uma microrregião. Devido à proximidade, condicionantes históricos e relacionamento socioeconômico, Rebouças está solidamente ligada à Microrregião de Irati.

2.3 Localização do município em relação ao Brasil e ao estado do Paraná



Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br>

Os seus limites são ao Norte: municípios de Irati e Teixeira Soares; Sul: Rio Azul e São Mateus do Sul; Oeste: Rio Azul; Leste: São João do Triunfo.

Com relação a capital estadual Rebouças situa-se distante 167,87 Km e possui coordenadas geográficas: 25 37' 14" de latitude Sul e 50 41' 34" de longitude Oeste com altitude de 778 metros.

A área territorial de Rebouças, de 482,06 km² (48.206 hectares) é constante desde a criação do município, em 1930, inexistindo desmembramentos ou agregação de áreas nos últimos 77 anos.

O clima é temperado havendo frequentes ocorrências de geadas no inverno. A temperatura média das máximas, anual: 23,8º C - Média das mínimas 14,7º C. A precipitação pluviométrica varia de 400 mm a 500 mm no trimestre mais chuvoso.

2.4 Localização do município em relação à 4ª Regional de Saúde



Fonte: www.google.com.br/amcespar-consorcio-intermunicipaldesaudeirati

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 Aspectos demográficos

Quadro 1 - População estimada e densidade demográfica

População estimada (2016)	14.926 pessoas
População no último censo (2010)	14.176 pessoas
Densidade demográfica (2010)	29,42 hab/km ²
Densidade demográfica estimada (2016)	30,96 hab/km ²

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/reboucas/panorama>; IPARDES

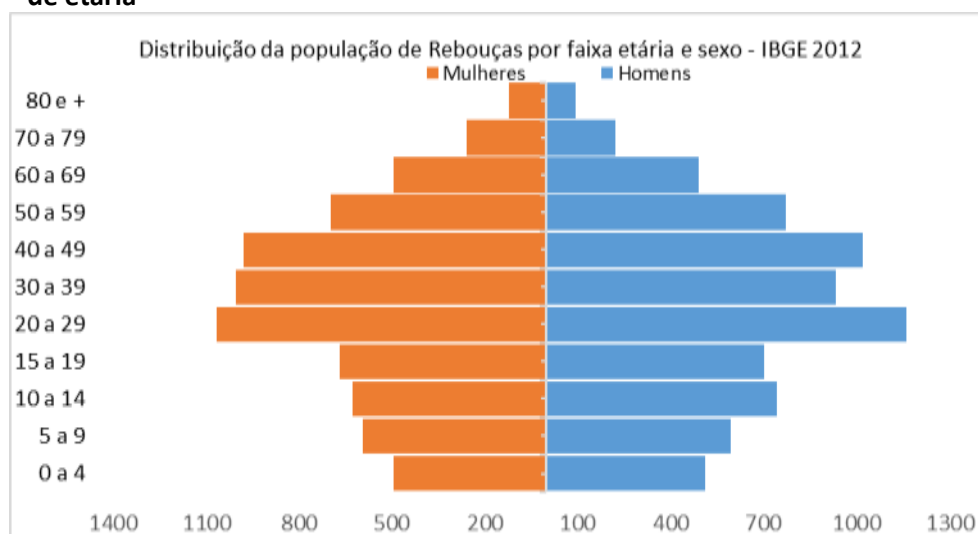
NOTA: É calculada em função das populações do IBGE e das áreas territoriais calculadas pelo Instituto de Terras, Cartografias e Geociências ITCG

Quadro 2 - População total, segundo sexo e faixa etária - IBGE 2012

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4	513	494	1.007
5 a 9	596	592	1.188
10 a 14	743	625	1.368
15 a 19	701	670	1.371
20 a 29	1.161	1.067	2.228
30 a 39	934	1.005	1.939
40 a 49	1.022	979	2.001
50 a 59	774	699	1.473
60 a 69	491	495	986
70 a 79	221	259	480
80 e +	92	121	213
Total	7.248	7.006	14.254

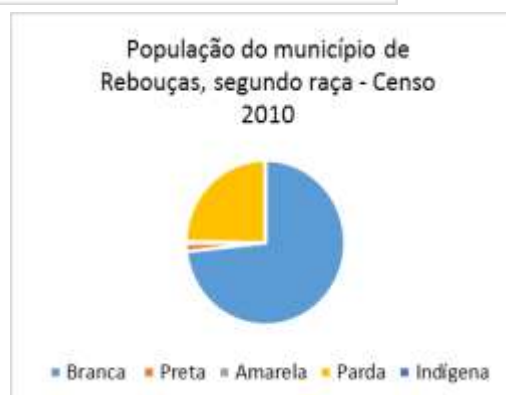
Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br>

de etária



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br>

Quadro 3 - Distribuição da população segundo raça - Censo - 2010



Raça	Quantidade	%
Branca	10.189	72,03%
Preta	237	1,66%
Amarela	50	0,35%
Parda	3.699	25,95%
Indígena	1	0,01%

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br>

Quadro 4 - População por área de residência e sexo – 2010

Área	População Residente		Total
	Masculina	Feminina	
Urbana	3.686	3.819	7.505
Rural	3.515	3.156	6.671

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010

Por se tratar de um município do Sul do país onde a migração foi em sua maioria de países europeus, em relação à raça, a maior parte da população é branca, com prevalência da área urbana, porém com pequena diferença, seguindo a tendência nacional com migração em busca de novas alternativas de emprego e renda.

Em relação à pirâmide e curva de crescimento populacional, há a predominância de adultos jovens, com diminuição da natalidade e aumento da senilidade, acompanhando a tendência mundial, o que caracteriza melhoria das ações em saúde e na longevidade.

Ainda em relação a dinâmica populacional, vale ressaltar que, o número de população flutuante não é significativo, ocorrendo apenas um pequeno aumento em festividades típicas como datas comemorativas do município, e alguns eventos anuais, como baile dos amigos, carnaval, festas de igrejas.

No município não existe assentamentos, quilombolas, e a presença de população indígena ocorre de forma esporádica, permanecendo no município apenas para realizar a venda das produções artesanais. Também não existe população de rua, e a população carcerária atualmente conta 17 detentos.

3.2 Aspectos socioeconômicos, educacional, cultural, habitação, transporte e infraestrutura

3.2.1 Economia e trabalho

Quadro 5 - Economia, trabalho e rendimento

Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2014]	1,9 salários mínimos
Pessoal ocupado (2014)	2.116 pessoas
População ocupada (2014)	14,3%
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	39,8%
PIB per capita (2014)	R\$ 19.590,63
Percentual das receitas oriundas de fontes externas (2015)	87,9%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	0,672

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/reboucas/panorama>

Em 2014, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 14.3%. Considerando que 39,8% da população tem rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o que coloca o município na posição 54 dentre os 399 municípios do estado.

Quadro 6 – População ocupada segundo atividades econômicas – 2010

ATIVIDADES ECONÔMICAS (*CNAE Domiciliar 2.0)	Nº de pessoas
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	2.738
Indústrias extrativas	8
Indústrias de transformação	850
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	14
Construção	344
Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas	762
Transporte, armazenagem e correio	92
Alojamento e alimentação	55
Informação e comunicação	11
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	8
Atividades profissionais, científicas e técnicas	39
Atividades administrativas e serviços complementares	77
Administração pública, defesa e seguridade social	396
Educação	341
Saúde humana e serviços sociais	108
Artes, cultura, esporte e recreação	18
Outras atividades de serviços	71
Serviços domésticos	307
Atividades mal especificadas	212
TOTAL	6.452

Fonte: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Municipio>

Quadro 7 - Número de estabelecimentos e empregos, segundo as atividades econômicas – 2015

ATIVIDADES ECONÔMICAS (Setores e subsetores do IBGE (1))	Estabelecimentos	Empregos
INDÚSTRIA	33	467
Transformação	32	467
Produtos minerais não metálicos	4	32
Metalúrgica	3	10
Mecânica	2	7
Material elétrico e de comunicações	1	5
Madeira e do imobiliário	14	335
Matérias plásticas	1	4
Têxtil, do estuário e artefatos de tecidos	2	56
Produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	5	18
Serviços industriais de utilidade pública	1	0
CONSTRUÇÃO CIVIL	19	28
COMÉRCIO	142	407
Comércio varejista	134	363
Comércio atacadista	8	44
SERVIÇOS	73	762
Instituições de crédito, seguros e de capitalização	3	20
Auxiliar de atividade econômica	13	60
Transporte e comunicações	17	35
Serviços de alojamentos, alimentação, reparo, manutenção, radiodifusão e televisão	29	118
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	8	58
Ensino	1	7
Administração pública direta e indireta	2	464
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	22	141
TOTAL	282	1.805

Fonte: IPARDES; MTE/RAIS - Ministério Do Trabalho e Emprego/Relação Anual de Informações Sociais – 2015

O perfil socioeconômico e cultural do município é definido da seguinte forma: existem alguns desempregados, outros trabalhando em ocupações informais, como diarista, serventuário, vendedor autônomo, agricultores, etc., e alguns trabalham como mensalista nas poucas fábricas existentes na cidade ou são funcionários públicos. A renda da maioria, entre os mensalistas, é em torno de 1 salário mínimo, outros recebem entre dois e três salários mínimos e alguns poucos têm renda maior que três salários. Muitos têm renda inferior a um salário mínimo e sobrevive da ajuda do governo através do Programa Bolsa Família e outros programas de assistência municipal como Projeto Vivendo Bem, portanto, a renda per capita oscila entre classe média baixa e baixa.

A parte mais central, do município é uma área considerada de baixo risco, por possuírem um padrão socioeconômico, cultural e educacional, visivelmente melhores. Enquanto que as áreas da periferia, principalmente a da Vila Ester, Bairro Santo Antonio, Vila Vicentina II são consideradas de risco, pois grande parte da população se encontra abaixo da linha da pobreza e o nível sociocultural, econômico e educacional é precário, sendo estas famílias as que mais procuram as UESFs, seja por patologias existentes, relacionadas ou não ao ambiente, ou também por problemas sociais.

Em relação aos grupos sociais organizados existem nos municípios associações de moradores de bairros e comunidades do interior, associação das mulheres da comunidade rural e um sindicato dos trabalhadores rurais.

3.2.2 Educação

No polo educacional de Rebouças caracteriza-se pela oferta de ensino em níveis que compreende o âmbito municipal, estadual, e particular. O contingente de educandos é atendido em sua maior parcela pelo sistema público de ensino. O sistema educacional de Rebouças na sua grande maioria pertencem à rede municipal.

Quadro 8 - Estabelecimentos de ensino, segundo modalidades- 2016

Modalidade de ensino	Estadual	Municipal	Particular
Creche	0	2	0
Pré-escolar	0	7	0
Ensino fundamental (regular)	4	8	0
Ensino médio (regular)	3	0	0
Educação especial	0	6	14
*Educação de jovens e adultos - EJA	1	1	0

Fonte: MEC/INEP NOTA: O mesmo estabelecimento pode oferecer mais de uma etapa e/ou modalidade.

Quadro 9 - Matrículas no ensino regular, educação especial e de jovens e adultos, segundo modalidade de ensino e dependência administrativa- 2016

Modalidade de ensino	Matrículas no ensino regular		Matrículas no ensino Especial (3)			Matrículas na educação de jovens e adultos (EJA 4)	
	Estadual	Municipal	Estadual	Municipal	Particular	Municipal	Particular
Educação Infantil	0	447	0	0	5	0	5
Creche	0	122	0	0	5	0	5
Pré-escolar	0	325	0	0	0	0	0
Ensino fundamental (1)	969	1.045	0	47	9	47	9
Ensino médio (2)	638	0	0	0	0	0	0
Ensino profissional	0	0	0	0	0	0	0
Educação de jovens e adultos	0	0	0	0	33	0	33

Fonte: MEC/INEP

Nota (1) Inclui matrículas do ensino de 8 e 9 anos.

Nota (2) Inclui as matrículas do ensino médio propedêutico, do ensino integrado à educação profissional e do ensino normal e/ou magistério.

Nota (3) Refere-se ao aluno que é de turma exclusiva com deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades e/ou superdotação (classes especiais).

Nota (4): Referem-se às matrículas em turmas destinadas as pessoas que não cursaram o ensino fundamental e/ou o ensino médio em idade própria.

Quadro 10 - Taxa de escolarização

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade[2010]	98,3 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental[2015]	5,8
IDEB – Anos finais do ensino fundamental[2015]	4,8
Matrículas no ensino fundamental [2015]	2.079 matrículas

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/reboucas/panorama>

Em 2010 a taxa de escolarização dos estudantes na faixa etária entre 6 a 14 anos foi de 98,3%, todavia em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública do município tiveram nota média de 5.8 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.8. Caso queiramos que em futuro próximo não haja mais analfabetos, é preciso garantir que todos os jovens cursem no mínimo o ensino fundamental. No ano de 2015 houve 2.079 matrículas no ensino fundamental.

3.2.3 Cultura

A diversidade cultural do povo reboucense é tributo de várias etnias que contribuíram na formação sociocultural através de costumes, tradições, festas e demais manifestações populares, dentre as quais se destacam as apresentações de música, dança, festas religiosas e esportivas, teatros, feiras, cinema, exposições de artesanato, FEPRU – Festa do Produtor Rural, Fusca Fest, Projeto Futuarte, Bailes de Carnaval e Baile dos Amigos. Festival de Música, Teatro, Desfile Cívico ao aniversário do Município, campeonatos esportivos de várias modalidades, comemorações cívicas, com desfiles das escolas e instituições.

Os feriados municipais se devem ao dia do Padroeiro Senhor Bom Jesus, comemorado em seis de agosto, dia da Imaculada Conceição de Maria em oito de dezembro e emancipação política do município em vinte e um de setembro.

Os equipamentos de cultura municipais são limitados a uma Biblioteca Municipal com sede própria, e uma sala destinada à história do município, dentro do Centro Recreativo e Cultural Flório Cabral atualmente está em reforma) O complemento da rede de informação e cultura do município se dá através dos programas da rádio local regional, jornal de circulação municipal e regional.

3.2.4 Rede de Promoção Social

A rede de assistência e promoção social tem por objetivo garantir de forma universal os direitos dos cidadãos e agenciar a proteção e inclusão social visando a promoção humana em sua integralidade. Para isso tornar-se possível, se faz necessário que as atividades sejam desenvolvidas através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) implantado em julho de 2007 e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que desenvolvem atividades seguindo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, tais como: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

No PAISF são desenvolvidos os programas: Projeto Jovem Mãe; Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família em descumprimento de condicionalidades; Grupo Família em Movimento; Programa Municipal Vivendo Bem; Oficinas de Artes manuais (costura, crochê e bordado em chinelos); CRAS e Clubes de Mães das comunidades; Atividades em parceria com a Pastoral da Criança da Comunidade do Rio Bonito.

Nas atividades desenvolvidas pelo SCFC é realizado atendimento para crianças de até 6 anos de idade e suas famílias, e nos Centros Municipais de Educação Infantil – CMEI Terezinha Wasik de Lara na comunidade de Marmeleiro; no CMEI Iracema Azevedo Bittencourt e CMEI Joaquina Rosa Nepomuceno; além de grupos socioeducativos para alunos de 06 a 17 anos do ensino médio das Escolas das localidades de Marmeleiro e Faxinal dos Francos para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos nas dependências do CRAS, onde desenvolvem oficinas de violão e/ou música. No polo da Barra dos Andrades desenvolvem oficinas de violão/música, artesanato e recreação; são realizados eventualmente encontros com os idosos das comunidades rurais e também nos grupos da Terceira Idade Cristo Redentor e no CRAS.

Estão previstos para os próximos anos a realização de Cursos de Capacitação Profissional, semi profissionalizantes e de geração de renda através do SENAR (jardinagem, curso de panificação; de derivados de leite; de preparo de conservas e compotas; corte e costura; mulher atual e pelo SENAC manicure e pedicure; customização de chinelos; tortas salgadas; docinhos e bombons; cabeleireiro; relacionamento familiar e aperfeiçoamento do trabalho doméstico.

Quanto à organização social, poucos participam de grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, grupos de terceira idade, pastoral da criança e da associação de moradores. Portanto, é necessário uma participação mais efetiva no controle social, porque na maioria das vezes, a população não tem noção de seus direitos e muito menos dos seus deveres enquanto cidadãos.

3.2.5 Habitação, transporte e infraestrutura (saneamento básico e energia elétrica)

Em relação à habitação tanto na área urbana quanto na rural a maioria da população reside em casas de alvenaria e madeira, com amplo acesso a rede de energia elétrica, água e rede de esgoto sanitário. Na área rural a água utilizada provém de poços artesianos e micro estação de tratamento (sistema de abastecimento coletivo - SAC), e duas comunidades rurais (Salto e Marmeleiro) 25 famílias que ainda não dispõem de fossa séptica ou privada serão beneficiadas com o projeto da Funasa “Melhoria Sanitária” com a construção de banheiro junto às respectivas residências.

Grande parte das ruas são pavimentadas, seja por asfalto ou calçamento, e as estradas rurais em boas condições de tráfego. O meio de transporte utilizado é variável, principalmente por se tratar de um município pequeno. Portanto, na área urbana a maioria das pessoas se locomove a pé e algumas utilizam carro próprio. Já na área rural, o meio de transporte mais utilizado é ônibus, carro, trator, carroça, e bicicleta. O transporte coletivo municipal é privado, e na área rural o trajeto realizado se dá duas vezes por semana.

3.2.6 Serviço de Saneamento Básico Municipal e energia elétrica

O Serviço de Saneamento Básico Municipal é composto por abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, coleta e destinação de resíduos, reciclagem e resíduos sólidos de saúde. Sabe-se que a disponibilidade destes serviços e também o de energia elétrica, apresentam-se como mais um indicador das desigualdades sociais pela sua importância em dimensionar o grau de acesso da população aos mesmos, os quais têm efeitos diretos na qualidade de vida.

Os serviços estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 11 - Abastecimento de água, atendimento de esgoto pela Sanepar, consumo e número de consumidores de energia elétrica - segundo as categorias – 2016

Categorias	Abastecimento de água		Atendimento de esgoto		Atendimento de energia elétrica	
	Ligações	Unidades atendidas	Ligações	Unidades atendidas	Consumo (Mwh)	Consumidores ¹
Residenciais	2.900	3.129	2.264	2.436	4.618	3.172
Setor secundário (indústria)	12	13	6	7	4.577	35
Setor comercial	134	145	116	126	2.469	238
Rural	-	-	23	23	5.270	1.836
Outras classes ²	-	-	39	39	2.003	100
Utilidade Pública	35	35	25	25	-	-
Poder Público	47	47	40	40	-	-
Total	2.965	3.128	2.451	2.634	18.936	5.381

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/reboucas/panorama>

Ainda evidenciamos altos índices de lixo queimado ou enterrado, abastecimento de água de poço ou nascente e pequeno percentual de casas providas de esgoto, pelo fato de que a área rural não está completamente assistida e algumas regiões de periferia também não. Já em relação à energia elétrica, quase que a totalidade das residências são providas de luz elétrica.

Cabe destacar que assim como a energia elétrica, toda a área urbana de Rebouças possui acesso a rede de abastecimento de água potável, existindo um número reduzido de domicílios urbanos com abastecimento de água problemático (não utiliza a rede nem se abastece através de poços ou nascentes).

Além da rede de água potável sob responsabilidade da Sanepar na área urbana de Rebouças, o município possui seis microssistemas comunitários de abastecimento de água implantados e mais dois em implantação.

Em relação à coleta de lixo, esta é realizada diretamente pela Prefeitura Municipal de Rebouças na área urbana, inclusive a coleta seletiva, mas na área rural o lixo acaba sendo queimado ou enterrado.

Conforme dados da Secretaria de Obras e Urbanismo, são produzidas 10 toneladas/dia de lixo orgânico, os quais são destinados ao aterro sanitário. 1,5 toneladas são de recicláveis recolhidas a cada três meses na área rural e 2,5 toneladas oriundas da área urbana recolhidas mensalmente. Aproximadamente entre 70 kg a 80 kg de resíduos sólidos são produzidos nas Unidades de saúde e no Hospital, e recolhidos quinzenalmente por empresa especializada sendo que a disposição dos mesmos é efetuada após tratamento e posterior descaracterização. De maneira geral as condições ambientais variam entre boas e precárias, porque, mesmo que a população afirme que o lixo é coletado por caminhões da prefeitura, ainda existe grande

quantidade de lixo pelos quintais, terrenos baldios e vias públicas. E mesmo havendo esgoto instalado na cidade, algumas residências não ligaram suas instalações sanitárias na rede.

3.3 Aspectos epidemiológicos

A epidemiologia tem por objetivo estudar o comportamento e distribuição de eventos relativos à saúde, bem como, analisar as causas da distribuição encontrada, levando em consideração também as questões derivadas da dimensão social. A preocupação com os aspectos sociais da doença tem sido uma constante nos estudos de saúde. Portanto, traçar o perfil epidemiológico tem por finalidade a análise da situação de saúde da comunidade, com o objetivo de intervir nos problemas e proporcionar tratamento mais adequado para melhoria nos índices de morbi-mortalidade.

3.3.1 Análise da Assistência Materna e Infantil e de óbitos na população geral

Quadro 12 – Análise da situação de saúde e perfil epidemiológico – 2011 a 2017

Condições sobre nascimentos e geral	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de nascidos vivos	178	213	174	188	202	203	209	230	215	234
Taxa Bruta de Natalidade (1.000 NV)	12,2	14,2	11,8	13	14,2	14,3	14,6	16,1	14,4	16,3
% de partos cesáreos	62,9	51,1	52,8	58,3	57,4	59,3	62,6	55,2	57,2	51,3
% de mães de 10-19 anos	18,5	26,4	24,1	18,3	22,7	19,1	21	21,3	18,6	17,5
% com baixo peso ao nascer	8,4	12	8	7,9	10,3	6,8	8,6	6	6,5	8,5
% de NV com 7 ou + consultas pré natal	89,3	92,3	91,3	92	94,5	96	96,6	91,3	92	93,2
Nº absoluto de óbitos infantil	4	3	3	2	1	3	4	2	4	4
Taxa de mortalidade infantil/1.000 NV	22,4	14	17,2	10,8	4,95	14,7	19,1	9,6	19,1	17,0
Nº absoluto de óbito materno	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0
Nº absoluto de óbitos	97	103	106	104	106	97	104	96	117	106
Taxa de mortalidade geral/1000 hab	6.66	7.03	7.48	7,34	7,48	6,84	7,34	6,77	8,25	7.42
População Geral	14.558	14.642	14.176	14.216	14.464	14.138	14.254	14.254	14.926	14.284*

Fonte: DATASUS, SIM, SINASC 2008- 2017

Em relação às taxas de natalidade o comportamento na série histórica (quadro) revela pequenas variações com tendência ao crescimento, principalmente em 2015. Este indicador reflete, genericamente, as condições de desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura, bem como o acesso e a qualidade à informação e ao mercado de trabalho, e as mulheres estarem cada vez mais optando pela redução no número de filhos ou ainda no adiamento da gestação para momentos mais propícios financeiramente.

As taxas de cesáreas e o percentual de pré-natal com 7 ou mais consultas, conforme demonstrado na série histórica, tiveram aumento significativo principalmente em 2014. Mesmo mantendo a meta de 7 ou mais consultas de pré natal acima de 90% há oito anos consecutivos, é importante destacar a necessidade de manter e melhorar a busca ativa o mais precocemente possível das gestantes, principalmente através dos ACSs, visto ainda registrarmos gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente.

No que se refere aos óbitos maternos, definidos no CID-10 como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada por este estado fisiológico ou por medidas a ele relacionadas, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Observa-se na série histórica que os índices de óbito materno, embora em alguns anos se encontre nulo pela não ocorrência, apresentou especialmente em 2009 um elevado crescimento. O aspecto visual de taxa elevada se deve ao fato do cálculo ser realizado por 100.000 habitantes e o município possuir um número bem inferior. Entretanto, mesmo diante dessa evidência, o número em 2009 foi elevado e necessitou de interferência imediata.

A RMM está diretamente relacionada a qualidade de atenção à saúde da mulher, logo, taxas elevadas evidenciam a precariedade na prestação de serviços de saúde, englobando o planejamento familiar, assistência pré-natal, parto e puerpério. Portanto, é necessário intensificar as ações dirigidas a saúde reprodutiva da mulher, desde a pré concepção até o puerpério, buscando qualificar a assistência prestada a mulher, efetivar a implementação e uso dos protocolos existentes e das ações de humanização do parto e nascimento, além de qualificar o acompanhamento de gestantes e puérperas consideradas de risco, visto que, a implantação e implementação da Rede Mãe Paranaense é uma proposta voltada para esse fim.

Figura 2. Série histórica da mortalidade infantil do município de 2000 a 2016



Quanto ao coeficiente de mortalidade infantil demonstrado na figura 2, que estima o risco de um feto morrer no período de 1 a 364 dias de vida, apresenta oscilações com tendência de pequena elevação, muito embora tenha sido constatado um expressivo aumento em 2008, 2014 e 2016, principalmente influenciado pela queda no número de nascidos vivos. Vale destacar que na série histórica o que prevalece é a taxa de mortalidade no período neonatal (<de 28 dias). Na análise efetuada os fatores que influenciaram esse indicador estão relacionados à gestação e ao parto, bem como ao acesso a serviços de saúde e qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Destaca-se também que nos anos subsequentes, houve redução considerável, e/ou este coeficiente vem se mantendo ao longo dos anos. Isto se deve ao número maior de nascidos vivos e menor ocorrência de óbitos em relação aos anos anteriores, evidenciou-se, portanto, que a melhoria deste indicador se deu principalmente pelo aprimoramento das ações de acompanhamento e controle das gestantes e recém-nascidos tanto na assistência hospitalar como na ambulatorial principalmente na assistência local através do acompanhamento contínuo do binômio “mãefilho” realizados pelas equipes das UESFs.

Quadro 13 – Número de óbitos por Condições Sensíveis à Atenção Primária - Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)* na faixa etária de 30 a 69 anos, Rebouças - 2008 a 2016

Indicadores de mortalidade	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número absoluto de óbitos	97	103	105	104	104	97	104	94	117
Mortalidade por DCNT									
Doenças do aparelho circulatório I00 a I99*	13(13%)	16(15%)	15(14%)	15(14%)	15(14%)	8(8%)	6(5%)	11(11%)	14(12%)
Neoplasias C00 a C97*	10(10%)	7(6%)	10(9%)	11(10%)	17(16%)	11(11%)	18(17%)	12(12%)	16(13%)
Doenças do aparelho Respiratório J30 a J98*	0	2(1%)	5(4%)	1(1%)	3(2%)	3(3%)	7(6%)	1(1%)	3(2%)
Diabetes E10 a E14*	2(2%)	4(3%)	3(2%)	0	0	1(1%)	0	2(2%)	5(4%)

Fonte: SIM, DATASUS – 2008 a 2016*(CID 10 C00 a 97, E10 a 14, I00 a 99 e J30 a 98). Consideram-se óbitos prematuros, óbitos por estas causas na faixa etária de 30 a 69 anos

A vigilância dos sistemas de informação é importante para dar visibilidade à magnitude e ao impacto das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) na população durante um tempo e local. São monitoradas neste grupo as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), causas externas (violência e acidentes) agravos relacionados à saúde do trabalhador e outros eventos de interesse da saúde pública, neste grupo incluem as neoplasias malignas, diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC).

No Brasil, em 2013, as DCNTs corresponderam a 72% de todas as mortes. No Paraná, em 2014, as proporções de morte eram: Doenças do Aparelho Circulatório, 28,3%; neoplasias, 18,1%; diabetes, 4,7%; e doenças respiratórias crônicas, 6,3%. No município de Rebouças, em 2014 a proporção de óbitos por neoplasias foi 17%, ficando muito próximo ao do estado do Paraná no mesmo ano. O que chama a atenção é que a partir de 2011 esta proporção aumentou ao longo dos anos e a neoplasia passou a ser a primeira causa de morte entre as DNCT no município, conforme demonstrado no quadro acima, o que difere do Brasil e do Estado que tem como primeira causa de morte as doenças do aparelho circulatório.

Quadro 14 - Mortalidade geral por capítulo CID-10, no período de 2012 a 2016

Nº absoluto e % de óbitos do município de Rebouças por Capítulo CID-10 no período 2010 -2016	Número de óbitos e %				
	2012	2013	2014	2015	2016
IX. Doenças do aparelho circulatório	35 (33,7)	33 (34,0)	29 (27,9)	36 (38,3)	40 (34,2)
II. Neoplasias (tumores)	26 (25,0)	23 (23,7)	27 (26,0)	20 (21,3)	20 (17,1)
X. Doenças do aparelho respiratório	10 (9,6)	9 (9,3)	18 (17,3)	8 (8,5)	12 (10,3)
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10 (9,6)	8 (8,3)	11 (10,6)	13 (13,8)	7 (6,0)
XI. Doenças do aparelho digestivo	8 (7,7)	6 (6,2)	4 (3,9)	2 (2,1)	5 (4,3)
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6 (5,8)	9 (9,3)	1 (1,0)	6 (6,4)	12 (10,3)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4 (3,9)	2 (2,1)	3 (2,9)	1 (1,1)	4 (3,4)
V. Transtornos mentais e comportamentais	2 (1,9)	2 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clínicos e laboratoriais	2 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (1,1)	8 (6,8)
VI. Doenças do sistema nervoso	1 (1,0)	0 (0,0)	3 (2,9)	1 (1,1)	3 (2,6)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0 (0,0)	1 (1,0)	3 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	2 (2,1)	2 (1,7)
XV. Gravidez parto e puerpério	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	0 (0,0)	2 (2,1)	2 (1,9)	2 (2,1)	2 (1,7)
XVII.Malf congênita deformidades e anomalias cromossômicas	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1(1,1)	2 (1,7)
Total	104	97	104	94	117

Fonte: SIM/DataSUS/Tabnet 2012 - 2016

O aumento das DCNT se deve ao comportamento e estilo de vida, à urbanização, escolaridade, saneamento básico, imunização, entre outros. O que contribui para aumentar a população idosa e conseqüentemente às doenças crônicas, que mesmo com a expansão e melhoria da qualidade da assistência da atenção primária principalmente em relação a essas doenças, ainda é um grande problema de saúde pública, visto demonstrar fragilidade na oferta do serviço, e/ou as ações são insuficientes para o enfrentamento das DCNT, por serem também as maiores causas de morte na população do município, sendo a neoplasia a segunda maior causa de mortalidade geral e a primeira quando se refere a DCNT, de acordo com o quadro acima.

Diante do exposto se faz necessário realizar um estudo mais aprofundado no que diz respeito a população acometida por esta doença. E também é necessário que as ações de enfrentamento a serem realizadas ofereçam condições para incorporar hábitos de vida saudáveis, para estimular os indivíduos a assumir seu papel nas mudanças pretendidas, potencializando o autocuidado e adoção de estilos de vida mais saudáveis. Vale destacar também que houve aumento especialmente em 2014 e 2015 das taxas de morte por causas externas, dentre elas estão os acidentes de trânsito, quedas, lesões provocadas intencionalmente (suicídios), indicando necessidade de mais ações intersetoriais direcionadas a esses grupos de causas.

Quadro 15 - Morbidade hospitalar por grupos de doenças CID-10 e faixa etária – 2017

Nº de internações por Capítulo CID-10	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e +	Total
CAP I Doenças infecciosas e parasitárias	3	6	-	6	5	4	6	9	4	14	9	8	74
Cap II Neoplasias	-	-	-	2	1	5	2	5	14	13	14	1	57
Cap III Doenças sangue órgão hemat	-	-	1	-	-	2	2	3	2	1	3	3	17
CAP IV Doenças endócrinas, nut e met	2	-	-	-	1	1	2	6	5	11	2	3	33
CAP VI Transtornos mentais e comport	-	-	-	-	-	2	7	1	5	4	9	-	28
CAP VI Doenças do sistema nervoso	9	-	1	3	4	9	5	9	5	4	13	1	63
CAP VII Doenças dos olhos e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
CAP VIII Doenças ouvido e apófise mastóide	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Cap IX Doenças do aparelho circulatório	1	2	-	-	1	3	4	7	34	58	36	25	171
CAP X Doenças do aparelho respiratório	9	16	7	3	5	5	5	10	22	37	44	40	203
CAP XI Doenças do aparelho digestivo	1	1	3	2	6	7	15	11	16	7	5	5	79
CAP XII Doenças da pele e tecido subcutâneo	1	1	-	-	1	3	2	1	4	2	-	-	15
CAP XIII Doenças sist osteom e tecido conj	-	-	-	1	2	4	6	11	8	7	5	4	48
CAP XIV Doenças do aparelho geniturinário	1	4	4	-	14	9	2	8	11	13	5	11	82
CAP XV Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	1	44	107	54	6	-	-	-	-	212
CAP XVI Afecções orig período perinatal	18	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	19
CAP XVII Malformações cong e anom crom	2	2	1	1	-	-	1	1	1	-	1	-	10
CAP XVIII Sintomas, sinais, achados ex clín	-	1	-	-	2	6	4	5	6	8	8	1	41
CAP XIX Lesões, env cons causas externas	2	4	10	8	11	17	22	23	11	18	12	9	147
CAP XXI Fatores influenciam estado saúde	-	-	1	2	-	1	4	6	2	2	1	-	19
Total	49	37	28	30	97	185	144	123	151	200	167	111	1322

Fonte: DataSUS/Tabnet/SIH Jan-dez-2017

O quadro acima mostrou que a proporção maior de internados foram os que apresentaram doenças do aparelho respiratório e circulatório com 18,4% e 14,1% dos internamentos respectivamente, e 5,4% de neoplasias, doenças que corresponderam a maior proporção de mortes no Paraná em 2014 e no município também representaram a maior proporção de óbitos por estas causas.

Quadro 16 – Principais causas de internações pertencentes ao município de Rebouças no período de 2010 a julho 2017

Principais causas de internações Capítulo CID 10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
IX. Doenças do aparelho circulatório	348	245	216	183	185	169	199	93
X. Doenças do aparelho respiratório	345	238	218	252	268	221	251	123
XV. Gravidez, parto e puerpério	195	170	210	205	181	188	171	132
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	192	89	72	59	107	79	112	34
IV. Doenças endóc, nutricionais e metabólicas	169	106	53	50	33	48	40	16
XI. Doenças do aparelho digestivo	148	113	122	77	105	80	108	42
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	106	74	96	84	104	97	99	41
II. Neoplasias	60	53	78	63	73	65	69	33

Fonte: DATASUS – 2011- até julho 2017*

Conforme evidenciado no quadro acima, o predomínio das principais causas de internação são as doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestório. Nota-se que o maior número de internações se deu no ano de 2010 no que se refere a doenças do aparelho

circulatório, seguido do respiratório, todavia, não foram somente os mesmos índices que permaneceram altos nos anos subsequentes, com diminuição apenas nos internamentos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, as quais fazem parte das doenças crônicas não transmissíveis.

Em relação à morbimortalidade percebe-se que as pessoas mais adoecem pelos distúrbios cardiovasculares em decorrência da hipertensão arterial e por complicações de diabetes, devido à dificuldade na adesão, pelos pacientes às orientações médicas e de enfermagem e aos cuidados que deveriam ser por eles seguidos. Outra causa de morbidade importante são os cânceres, e um aumento significativo no consumo de drogas lícitas como fumo e álcool e drogas ilícitas.

O empenho das ESFs é levar ao conhecimento da população os fatores de risco para o câncer de forma geral, especificamente no tocante ao câncer ginecológico e de mama que são passíveis de diagnóstico precoce e conseqüentemente, diminuição da mortalidade. Porém, apesar dos esforços da equipe, os problemas muitas vezes, não são resolvidos, devido ao nível socioeconômico e educacional da população ser baixo e a qualidade de vida ser precária. Levando a necessidade de atuação maior, chegando ao nível de assistência social, na tentativa de melhorar as condições de vida, o que foge muitas vezes da competência da enfermagem, médico e ACS e demais profissionais, a nível municipal.

Quadro 17 – Indicadores relacionados à Atenção Básica - 2012 a 2016

Indicadores	2012	2013	2014	2015	2016
Percentual (%) de ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,00	1,91	2,50	1,07	0,86
Percentual (%) de exodontia realizada em relação aos procedimentos	3,7	11,9	10,7	17,9	14,4
% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	89,49	90,00	90,22	82,00	83,50
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	0,92 1.143 exames	0,83 1.271 exames	0,79 1.106 exames	0,80 812 exames	1.12 1.229 exames
Razão de exames de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos	0,39	0,44	0,48	0,38	0,60

Fonte: DATASUS – 2012 a 2016

O quadro acima mostrou que os indicadores de atenção básica, a realização dos exames citopatológicos e mamografias tiveram uma boa cobertura em relação aos anos anteriores, resultado que se deve ao bom desempenho das equipes das UESFs nas ações voltadas para a prevenção. O acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, nos anos de 2015 e 2016 ficaram abaixo de 85%, pela dificuldade das UESFs realizar o dia do peso devido a contenção de gastos.

Em relação ao percentual de escovação supervisionada também teve um decréscimo significativo principalmente em 2016, e o de exodontia aumentou significativamente nos últimos dois anos, este resultado se deve a diminuição das horas de trabalho dos odontólogos, o que resultou em um número baixo de procedimentos realizados por estes profissionais e consequentemente o aumento das exodontia. Para que ocorra o aumento ou melhoria das ações da Estratégia de Saúde Bucal é necessário a ampliação da carga horária ou a criação de vagas de odontólogos e auxiliar de saúde bucal.

3.3.2 - Análise da cobertura vacinal básica

Quadro 18 - Cobertura vacinal básica em < 1 ano - Rebouças - 2008 a 2017

ANO	META SINASC	BCG	HEPATITE B	POLIO	Penta	ROTAVÍRUS	FEBRE AMARELA	MENING. CONJ. C	PNEUNO 10V
		Cob. (%)	Cob. (%)	Cob. (%)	Cob. (%)	Cob. (%)	Cob. (%)	Cob. (%)	Cob. (%)
2008	178	102,25	101,69	100,56	103,37	91,01	114,60		
2009	213	111,80	110,67	111,80	111,80	103,37	86,38		
2010	174	74,18	93,43	83,10	90,61	94,37	109,77		
2011	185	84,98	71,36	78,40	77,93	78,40	100,54	67,02	91,89
2012	213	98,59	101,88	101,41	101,41	96,24	79,81	100,47	106,57
2013	204	104,76	94,71	94,71	94,71	90,48	101,06	98,41	99,47
2014	209	103,00		147,29	147,78	98%	85%	93%	147,78
2015	230	115,79	175,37	149,26	149,26	155,67	98,03	155,17	146,31
2016	215	115,79	125,36	125,36	125,36	114,83	122,97	138,28	120,57
2016	209	111,96	102,39	101,44	102,39	115,31	102,39	107,18	113,40

Fonte: SI-PNI 2008 A 2016

A prevenção através de imunização contra doenças infectocontagiosas é uma das ações importantes para a redução da mortalidade infantil. Na série histórica da cobertura vacinal básica do município, verificou-se que foi acima de 90% com exceção principalmente no ano de 2011. A população que o PNI utilizou para os anos de 2010 a 2012, foram os nascidos vivos no ano de 2009, por isso a coberturas nos anos de 2010 e 2011 foi baixa, porém, o município tem conhecimento de que todos os nascidos nos respectivos anos foram vacinados, pois adotamos a população SINASC de cada ano, esse cálculo também foi adotado nos anos subsequentes, conforme quadro acima.

Quadro 19 - Proporção de idosos em relação a população geral e de idosos vacinados nas campanhas da vacina influenza - 2007 a 2017

PERIODO	População geral	População de idosos	Proporção de idosos (%)	Idosos vacinados	Proporção de idosos vacinados (%)
2007	14.270	1.558	10,9	1.020	65,4
2008	14.558	1.631	11,2	1.074	65,8
2009	14.642	1.683	11,5	1.319	78,3
2010	14.176	1.683	11,9	1.303	77,4
2011	14.216	1.683	11,8	1.432	85,0
2012	14.264	1.669	11,7	1.478	88,5
2013	14.138	1.679	11,9	1.477	87,9
2014	14.254	1.679	11,8	1.547	92,1

2015	14.254	1.679	11,8	1.509	89,8
2016	14.284	1.679	11,8	1.540	91,7
2017	14.284	1.679	11,8	1.558	92,8

Fonte: SI-PNI 2008 A 2017 - IBGE 2012

A maneira mais eficaz de intervenção preventiva em saúde pública é a vacinação, porque, ao receber a vacina, o organismo humano produz anticorpos e a pessoa passa a ficar protegida. As infecções respiratórias constituem um conjunto de doenças comumente relacionadas aos idosos e às crianças, sendo o vírus da influenza um dos principais agentes etiológicos, responsável por 75% dessas infecções. Esse vírus ganha força em épocas de baixa temperatura, por isso vacinar pessoas > de 60 anos é importante, visto serem considerados os mais suscetíveis e, em caso de contaminação com o mesmo, apresentam maior risco de adoecer e morrer em decorrência de complicações de patologias imunopreveníveis, como a gripe e a pneumonia.

Verifica-se que após a implantação em 2000, da vacina contra gripe, seja Sazonal ou H1N1 em 2010, apesar de não haver reduzido o número de internamentos por doenças do aparelho respiratório na população geral, houve redução nas complicações das doenças respiratórias, além de diminuir a mortalidade evitável e os gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias. E no município foi apenas a partir de 2011 que a cobertura ficou acima de 85% aumentando gradativa e consideravelmente nos anos subsequentes. Todavia, as estratégias para manter as coberturas vacinais são um grande desafio para todos os municípios, seja através da vacinação de rotina, campanhas e/ou bloqueio, porém, o mais importante ainda é a conscientização e a mobilização da própria população, que precisa estar sensibilizada sobre a importância de ser vacinado.

3.3.3 Análise das Doenças de Notificação Compulsória

Quadro 20 - Agravos notificados no SINAN no município de Rebouças - 2008 a 2016

AGRAVOS	2012	2013	2014	2015	2016
Acidente de Trabalho Exposição a Mat. Biológico	4	2	2	6	2
Acidente de trabalho Grave	9	7	3	3	13
Acidente de Trabalho não grave	60	103	59	23	21
Animais Peçonhentos Aranha Outra Espécie	14	40	44	42	26
Animais Peçonhentos Aranha Loxosceles	48	30	25	33	30
Animais Peçonhentos Abelha	11	6	8	2	3
Animais Peçonhentos - serpente	5	2	5	2	3
Animais Peçonhentos - besouro/lagarta	1	1	0	0	4
Atendimento Antirrábico (cão, gato)	68	63	64	34	49
Coqueluche	0	1	0	0	0
Conjuntivite	182	171	76	70	
Dengue	0	0	0	0	3
Doença exantemática Rubéola	1	2	0	2	0
Hanseníase	5	3	0	1	0
Hepatite Viral A	1	2	0	0	0

Hepatite Viral B	6	0	0	0	0
Hepatite Viral C	2	0	0	0	0
Intoxicação álcool	11	3	0	0	0
Intoxicação cocaína	0	2	1	0	0
Intoxicação agrotóxico	5	12	6	1	5
Intoxicação medicamentos	0	15	17	7	10
Intoxicação por produtos químicos	7	6	4	2	0
Leptospirose	0	4	1	1	0
Paracoccidomicose	1	0	0	0	0
Síndrome Respiratória Aguda	2	0	0	0	3
Meningite	0	2	0	0	0
Toxoplasmose Gestacional	3	0	2	1	0
Tuberculose	1	0	1	2	0
Varicela	178	8	10	10	13
Violência Domestica	53	68	54	29	42
Total	678	553	382	275	227

Em nível global as doenças transmissíveis apresentam situação complexa nas últimas três décadas e estão sendo classificadas da seguinte forma: com tendência declinante, com quadro persistente e os emergentes e reemergentes.

Na atenção municipal de saúde as doenças com tendência declinantes estão as doenças imunopreveníveis, como (Sarampo, Rubéola), pois dos casos notificados nenhum foi confirmado. Dos casos acompanhados de gestantes vacinadas inadvertidamente durante a campanha contra a Rubéola, nenhum foi confirmado. Embora haja redução e até a não ocorrência de doenças imunopreveníveis é preciso ter cautela sobre seu controle, visto que se as coberturas vacinais não forem atingidas pode ocasionar o ressurgimento destas doenças.

De acordo com o quadro abaixo, apesar de o município apresentar 100% na taxa de cura, a Hanseníase, preocupa, pois é uma doença cuja suspeita diagnóstica se apresenta de forma demorada, e muitas vezes os portadores procuram o serviço classificados como multibacilar e ou com grau de incapacidade já instalada.

Quadro 21 - Infecções Sexualmente Transmissíveis notificadas no município de Rebouças de 2002 a 2016

DST	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Trichomonas	28	16	26	27	24	9	16	7	11	8	11	19	10	6	3	221
Gardnerella	17	9	52	111	102	63	81	66	71	134	120	121	42	14	76	1079
Candida	15	26	26	61	41	38	33	3	50	55	110	113	67	5	22	665
HPV	10	8	1	6	4	2	3	1	7	5	10	10	2	2	3	74
Gonorréia	1	0	2	2	1	0	1	3	0	5	4	4	2	1	1	27
HIV +	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	4
Aids Adulto	1	0	0	0	0	0	3	0	4	1	1	1	2	3	2	18
Aids Criança	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Criança Exposta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3

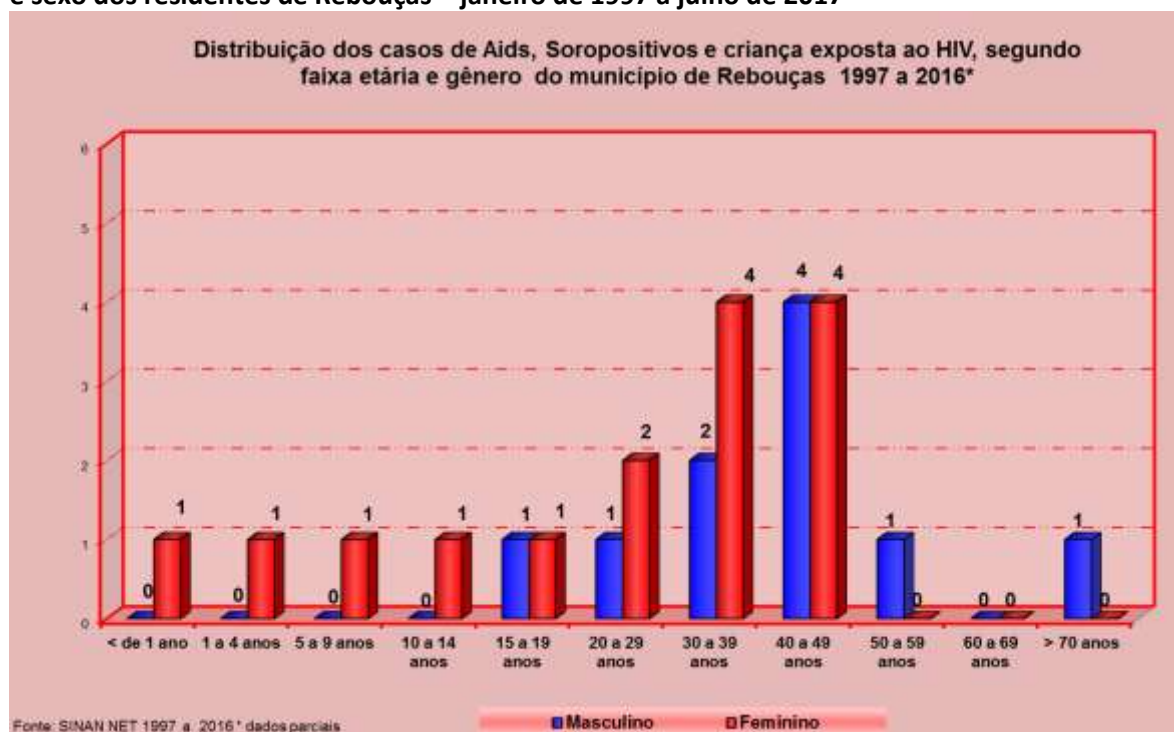
Obitos Aids	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	2	0	1	0	1	9
TOTAL	73	60	107	208	172	114	141	80	143	209	258	271	128	31	108	2103

Fonte: SINAN e ficha municipal de notificação DST 2002 a 2016

No que diz respeito a Aids, no quadro abaixo, ficou evidenciado que dos municípios que fazem parte da 4ª RS, Rebouças é o que possui maior incidência de casos de Aids dos últimos 5 anos. Todavia, a maior preocupação, se dá pelo fato de que mesmo com a maior incidência, grande parte da população não sabe da sua condição sorológica, e os casos descobertos, em especial nos dois últimos anos, já apresentavam quadro clínico grave e resistência ao tratamento, principalmente entre pessoas do sexo masculino.

O gráfico abaixo apresenta o número de casos acompanhados por faixa etária, gênero e situação atual desde 1997 a julho de 2017. Pode-se observar que nos casos acompanhados a feminilização da Aids vem aumentando. Isto se dá pelo fato das mulheres procurarem com mais regularidade os serviços de saúde, enquanto que o diagnóstico em homens é feito, em sua maioria, com a patologia já instalada.

Figura 3 - Situação atual dos casos de Aids, Soropositivo crianças expostas, segundo faixa etária e sexo dos residentes de Rebouças - janeiro de 1997 a julho de 2017



A análise dos dados epidemiológicos permite afirmar ainda que o número de casos de DST, entre elas a Aids é crescente, assim como o aumento do risco de se adquirir a doença, principalmente na faixa etária de 15 a 49 anos, bem como a prevalência dos casos no sexo feminino, conforme gráfico acima. Outro dado preocupante, é que existe um número

considerável de crianças afetadas, visto que nos anos de 2004, 2009 e 2011 foram registrados casos de transmissão vertical da Aids, e para todos ocorreu a soroconversão. Em 2013 foram identificadas e notificadas 3 gestantes, das quais todas são multíparas e já sabiam da sua condição sorológica, sendo que apenas uma delas era soropositiva, as demais já faziam uso de terapia antirretroviral antes da gravidez. As crianças expostas ao HIV recebem acompanhamento em unidade pediátrica de referência em Ponta Grossa e no município nas UESFs as quais pertencem. Os casos de notificação e acompanhamento de gestantes demonstram a necessidade de intervenção imediata e continuada para que a população pratique a adesão ao uso do preservativo principalmente entre jovens e até mesmo entre casais com situação conjugal estável, bem como realizem a testagem rápida já disponível nas UESFs e na maternidade. Ressalta-se que não foram notificados casos de Sífilis Congênita no município.

4 - ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não simplesmente técnico, voltado para a melhoria da situação de saúde da população e da justiça social, por meio de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Esse processo social tem o conjunto dos trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas, sendo, portanto, a base dos sistemas de saúde.

O quadro abaixo representa o número de profissionais de saúde do município, distribuídos por estabelecimento público, autônomo e/ou privado e vínculos. A maioria dos servidores tem como vínculo empregatício, emprego público, celetista e estatutário. Sendo que os estatutários mantem vínculo de trabalho por meio de concurso público. Com remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas em estatuto com as normas legais a que o indivíduo adere no momento de sua entrada para o serviço público. E o servidor celetista tem seu contrato por prazo indeterminado para exercer suas funções na administração direta, por meio de empregos públicos, sem ter estatuto próprio, sendo regulados por lei específica.

Quadro 22 - Profissionais de Saúde, por tipo de vínculo dos Estabelecimentos Públicos e Privados, SUS e não SUS, Rebouças – PR - 2016

AUTÔNOMO	Total
Pessoa Física	11
Pessoa Jurídica	26
Total	37
BOLSA	
Bolsista	2
Total	2
ESTÁGIO	
Estagiário	12
Total	12
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	
Cargo comissionado	1
Celetista	55
Emprego Público	66
Estatutário	46
Total	219

Fonte: Tabwin CNES 03/2016

Quadro 23 - Profissionais de Saúde, segundo categorias selecionadas e registradas no CNES 2016

Categoria	Total
Administrador	1
Agente de endemias	4
Agentes Comunitários de Saúde	37
Assistente administrativo	4
Auxiliar de contabilidade	3
Auxiliar de faturamento	1
Auxiliar de lavanderia	1
Auxiliar de enfermagem Hospital	14
Auxiliar de enfermagem PSF	10
Auxiliar de escritório em geral	2
Auxiliar manutenção predial	1
Auxiliar de Saúde Bucal	2
Clínico geral	8
Contador	1
Cozinheira	3
Diretor de serviços de saúde	3
Enfermeiro	3
Enfermeiro PSF	4
Farmacêutico análise clínica	1
Faxineiro	1

Fisioterapeuta	4
Fonoaudiólogo	3
Gerente administrativo	1
Gerente de serviços de saúde	3
Médico do PSF	4
Médico veterinário	1
Médico radiologista	1
Motorista de carro de passeio	3
Motorista de furgão ou veículo similar	8
Motorista de ônibus rodoviário	2
Nutricionista	1
Odontólogo	4
Ouvidor	1
Psicólogo	3
Programador de sistema de informação	1
Recepcionista	6
Técnico em Enfermagem PSF	16
Técnico em Enfermagem hospital	13
Técnico em radiologia e imagem	2
Técnico em Saúde Bucal	2
Técnico em saneamento	1
Técnico em manutenção de equipamento de informática	1
Zelador de Edifício	10

Fonte: CNES 2016

O município de Rebouças conta com 25 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sendo que 7 são Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde, 1 (hum) hospital geral, onze se refere a Consultório Isolado, duas clinicas/centro de especialidades, 2 unidades de apoio diagnose e terapia, uma Secretaria de Saúde e uma Central de Regulação, representando 7,9% dos estabelecimentos de saúde em relação a 4ª RS de Irati, conforme quadro abaixo.

Quadro 24 - Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS- 2016

Tipo de Estabelecimento	Total
Consultório isolado	9
Posto de Saúde	7
Unidade de apoio diagnose e terapia	5
Clínica/Centro de Especialidade	2
Centro de Saúde	1
Hospital Geral	1
Secretaria de Saúde	1
Central de Gestão em Saúde	1
Central de Regulação	1
TOTAL	27

Fonte: Tabwin CNES 03/2013

*O serviço de diagnose de laboratório e Raio X do hospital não constam no CNES, visto utilizar o código do hospital.

O município conta com 42 leitos sendo que apenas dois não são vinculados ao SUS, e estão distribuídos na área cirúrgica, médica, obstétrica, pediátrica, representando 2,8 leitos por 1.000 habitantes. Atualmente segundo o CNES, são 56 leitos, sendo 52 SUS e quatro particulares.

Os equipamentos da Rede Física de Atendimento em Saúde, está demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 25 – Número de equipamentos segundo categorias existentes, em uso e disponíveis ao SUS, no município de Rebouças – 2013

Categoria	Existentes	Em uso	Disponíveis ao SUS
Mamógrafo	0	0	0
Raio X	1	1	1
Tomógrafo Computadorizado	0	0	0
Ressonância Magnética	0	0	0
Ultrassom	1	0	0
Equipo Odontológico Completo	6	6	6

Fonte: Registro patrimonial

O fortalecimento da atenção básica é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população. A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade.

Rebouças é um município do cenário brasileiro que aposta no SUS assim, a Secretaria Municipal de Saúde busca a consolidação efetiva do modelo assistencial na Atenção Básica através de investimentos, dentre eles: a ampliação, construção, reaparelhamento de novas unidades e ações previamente planejadas, organizadas e coordenadas que visam à educação da população de forma a contemplar todos os munícipes. Os avanços contundentes citados anteriormente facilitaram o acesso da população, sobretudo a parcela com menos acesso a esses serviços.

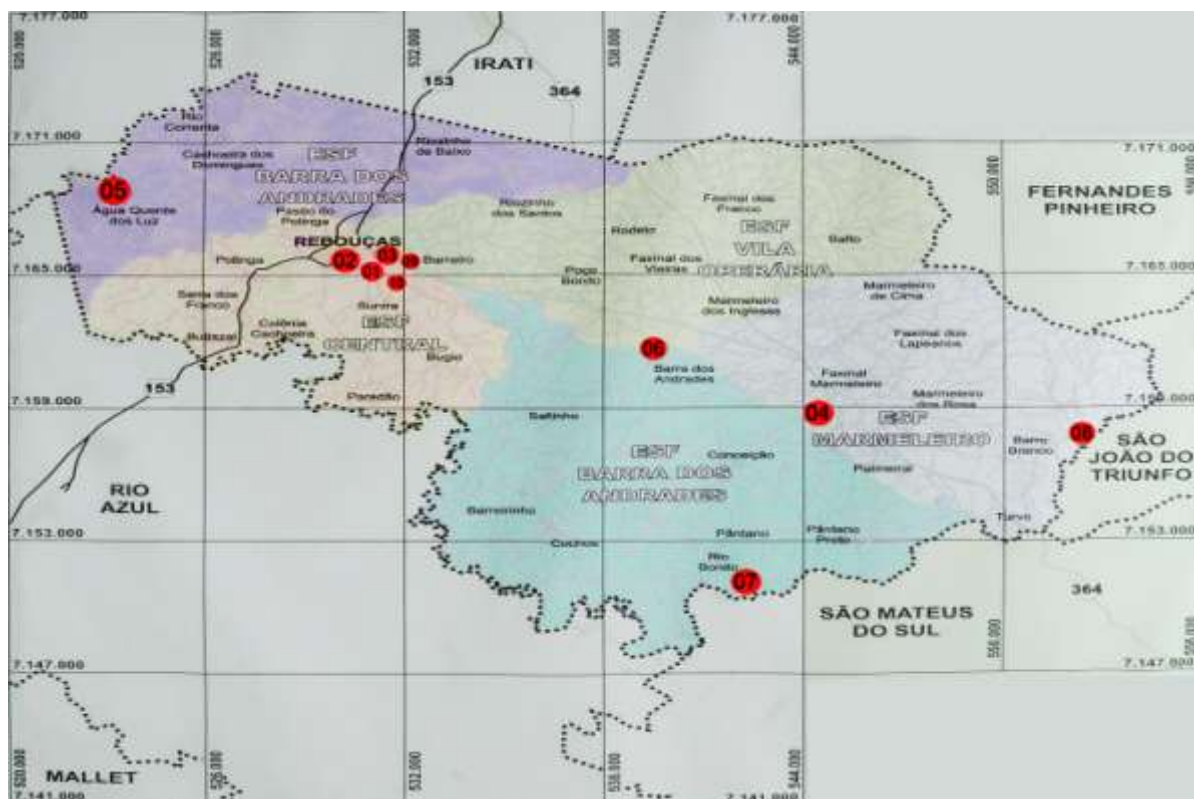
A organização dos serviços de saúde do município se dá pela estrutura administrativa e de execução, sendo esta realizada através da Estratégia de Saúde da Família que visa à

reorganização da Atenção Básica de acordo com preceitos do SUS. Por meio dessa estratégia amplia-se a resolutividade e o impacto positivo na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade.

A porta de entrada do SUS no município de Rebouças se dá pelo processo de melhoria do modelo assistencial da Atenção Primária a Saúde - APS que foi estruturado a partir da implantação maciça do Programa Saúde da Família em 1998, atualmente Estratégia Saúde da Família – ESF, que abrange 100% da população, e tem por objetivo oferecer assistência integral às necessidades de saúde dos munícipes.

As UESFs são a porta de entrada para o nosso sistema de saúde estando localizadas em diversos pontos da cidade, as quais prestam atendimento médico/enfermagem e odontológico nas quatro Unidades **UESF – VILA OPERÁRIA – (área urbana); UESF – CENTRAL - (área urbana); UESF – BARRA DOS ANDRADES - (área urbana) e UESF – MARMELEIRO DE BAIXO (área rural)**, demonstradas na figura abaixo:

Figura 4 – Localização das Unidade de Estratégia Saúde da Família - UESFs



Das unidades de saúde existentes, quatro postos estão localizados na área rural sendo que o posto do Rio Bonito, Água Quente dos Luz e o da localidade de Barra dos Andrades pertencem a UESF de Barra dos Andrades e um posto de Barro Branco pertence a UESF de Marmeleiro, onde são realizados os cuidados à saúde, incluindo atendimento médico e de enfermagem.

Todos os prédios das UESFs são próprios do município, com exceção do antigo Posto de Saúde Central, que é um patrimônio histórico estadual com matrícula nº 2570 e não pode ter sua arquitetura modificada. Este prédio estava sendo utilizado por duas UESFs Central e Barra dos Andrades. Está previsto para 2018 a implantação de mais uma UESF, a qual será instalada neste prédio após a liberação do Estado para realizar as reformas necessárias.

Em 2014 foi construída a Clínica de Fisioterapia e uma nova Unidade de Saúde designada para a UESF Central. Desde 2009 havia sido construída Unidade de Saúde com 209,13 m², que encontrava-se interditada, adquirida com recurso federal, e a partir de agosto de 2017 passou a ser ocupada para a UESF da Barra dos Andrades, esta Unidade teve seu projeto alterado no ano de 2009, visto o endereço original ser a Vila Feliz, por estar mais próxima à comunidade e haver sido transferida para a área central.

Foram reformados os postos de saúde da área rural do Rio Bonito, Barro Branco, Água Quente dos Luz e Barra dos Andrades, e, está previsto a reforma das UESF de Marmeleiro de Baixo para o segundo semestre de 2017.

A farmácia central foi reformada e recebeu móveis e equipamentos adequados para o atendimento aos usuários, todavia, falta espaço físico adequado para atender individualmente os usuários e também para armazenamento e estoque. Além disso, algumas áreas necessitam de reforma, como a sede administrativa da Secretaria Municipal de Saúde para instalar a equipe da Vigilância em Saúde, que atualmente ocupa um espaço alugado.

Todas as UESFs funcionam das 08:00 h às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, e a jornada de trabalho dos funcionários é de 40 horas semanais. As três UESFs abrangem tanto área rural como urbana. E na área urbana todas as UESFs envolvem partes da periferia, ou seja, áreas de população carente, tendo, portanto, as unidades um grande fluxo.

O município possui como barreira geográfica o cruzamento da rodovia PR 153, ligando os municípios de Irati e Rio Azul, além dos rios Barreiro, Potinga, Saltinho, Conceição de Baixo, áreas com risco de alagamentos, tanto em residências como em estradas, e outras mais distantes aproximadamente 20 a 40 km da sede cercadas por morros e serras, o que também dificulta o acesso da população.

A área de abrangência da comunidade de Marmeleiro Baixo é composta apenas por localidades rurais, sendo grande parte delas faxinais e uma população muito carente principalmente na Vila São Luiz e Vila Rural.

Tem ainda como barreira geográfica a estrada principal que liga ao município de São Mateus do Sul, além de rios e pontes, existe estradas de difícil acesso principalmente quando ocorre grande volume de chuva. Nesta área somente 32% das casas são de alvenaria, sendo,

portanto a grande maioria dos domicílios de madeira, totalizando 65%. 69% da população têm água encanada, e 30% água é proveniente de poço ou nascente.

O destino de fezes é feito através de fossa séptica totalizando 93%, 95% recebem luz elétrica, porém, não há coleta de lixo, 96% da população enterra ou queima o lixo. Tanto as UESFs da área urbana, quanto da rural abrange creches, escolas, centros comunitários, associações seja de moradores ou outra como Pastoral da Criança, Igrejas, capelas, campos de futebol, centro de eventos, áreas de lazer, comércio alimentício e/ou de vestuário, entre outros estabelecimentos como mercados, bares, lanchonetes, açougues, farmácias, lojas de conveniências e similares.

Na área urbana, a maioria da população reside em casas de alvenaria e madeira, com amplo acesso a rede de energia elétrica, água e rede de esgoto sanitário. E, grande parte das ruas é pavimentada, seja por asfalto ou calçamento, principalmente o centro da cidade, com apenas algumas ruas da periferia desprovida de algum tipo de pavimentação. Quanto às estradas municipais, de modo geral, ficam prejudicadas, principalmente em períodos chuvosos.

De maneira geral, as condições ambientais variam entre boas e precárias, porque, apesar da população declarar que o lixo é coletado por caminhões da prefeitura, e possuem rede de esgoto ou utilizarem fossa séptica, existe ainda grande a quantidade de lixos jogados pelos quintais e vias públicas. E mesmo havendo esgoto instalado na cidade, algumas residências não ligaram suas instalações sanitárias na rede. Vale destacar que em 2012 foi ampliada a rede de esgoto na Vila Santo Antonio, beneficiando 100 famílias, tendo, portanto atualmente 63% de cobertura de Rede de esgoto, e recentemente foi realizado convênio para ampliar essa cobertura para 85%, beneficiando as três UESFs da área urbana.

Na área rural das UESFs Central, Vila Operária e Barra dos Andrades, a maioria da população reside em casas de alvenaria, com luz elétrica, e a água utilizada provém de poços e micro estação de tratamento, sendo verificado que, principalmente em algumas comunidades rurais, as pessoas fazem suas necessidades fisiológicas nos próprios quintais, expondo a população, principalmente as crianças, a riscos de contaminação, por serem desprovidas de fossa séptica ou privadas.

O meio de transporte utilizado é variável, principalmente por se tratar de um município pequeno porte. Portanto, na área urbana a maioria das pessoas se locomove a pé e algumas utilizam carro próprio. Já na área rural, o meio de transporte mais utilizado é ônibus, carro, trator, carroça, e bicicleta. O transporte coletivo municipal é privado, e na área rural o trajeto realizado se dá duas vezes por semana, por meio de duas linhas de ônibus que interligam as localidades rurais à cidade, todavia, apenas uma tem acesso à Unidade de Saúde de Marmeleiro, ficando algumas localidades transporte público.

No aspecto educacional, também existe uma diversidade em relação à área urbana e área rural, sendo que na urbana existem várias pessoas com ensino médio completo, algumas com ensino superior completo ou incompleto, porém, predomina o ensino fundamental, seja ele completo ou incompleto. Já na área rural, poucas pessoas possuem ensino médio completo e existe predominância do ensino fundamental incompleto.

Quanto à organização social, a população participa de grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, grupos de terceira idade, pastoral da criança e da associação de moradores, grupos de dança, teatro, academia, desfiles. No entanto, não tem uma participação efetiva no controle social, pois na maioria das vezes, não tem noção de seus direitos e muito menos dos seus deveres enquanto cidadãos.

No aspecto religioso a maior parte da população é intitulada católica, porém, não praticantes e o restante divide-se em evangélicos e aqueles que não têm nenhuma religião. Ainda baseado na Ficha de Cadastramento Familiar, o perfil sócio-econômico e cultural fica assim definido: existem em todas as áreas alguns desempregados, outros trabalhando em ocupações informais, como diarista, serventuário, vendedor autônomo, agricultores, etc., alguns trabalham como mensalista nas poucas fábricas existentes na cidade ou são funcionários públicos.

A renda da maioria, entre os mensalistas, é em torno de 1 salário mínimo, outros recebem entre dois e três salários mínimos e alguns poucos têm renda maior que três salários. Entre os demais, a grande maioria tem renda inferior a um salário mínimo e sobrevive da ajuda do governo através do Programa Bolsa Família e outros programas de assistência municipal como Projeto Vivendo Bem, portanto, a renda percapita oscila entre classe média baixa e baixa. Na área rural o meio de sobrevivência se dá através do trabalho nas lavouras de milho, soja, feijão, fumo e na agricultura familiar.

Os bairros localizados na área mais central do município e próximo as UESFs são áreas de baixo risco, por possuírem um padrão socioeconômico, cultural e educacional, visivelmente melhores. Sendo apenas algumas áreas da periferia como as da Vila Ester, Vila Vicentina II, Bairro Santo Antonio, consideradas de alto risco, devido grande parte da população estar abaixo da linha da pobreza e o nível sociocultural, econômico e educacional ser precário, sendo estas as famílias que mais procuram as UESFs, seja por patologias existentes, relacionada ou não ao ambiente, ou também por problemas sociais. Já na área rural dentre as consideradas de maior risco estão as comunidades de Serrinha, Salto Marmeleiro dos Rosas e Vila São Luiz no Marmeleiro de Baixo.

Foram construídas mais 100 residências novas na Vila Operária, com incentivo do governo federal e no bairro Alto da Glória pertencente a UESF de Barra dos Andrades, por meio de financiamento particular.

No quadro abaixo estão demonstradas as áreas de abrangência, bem como distribuição dos bairros e comunidades pertencentes às UESFs do município.

Quadro 26 - Distribuição das áreas cadastradas nas UESFs do município - 2016

BAIRROS E COMUNIDADES DA ÁREA URBANA E RURAL PERTENCENTES AS UESFs			
UESF Vila Operária	UESF Barra dos Andrades	UESF Central	UESF Marmeleiro de Baixo
ÁREA URBANA			
<ul style="list-style-type: none"> • Loteamento Pedro Brandt • Partes do Bairro do Cristo • Partes do Centro • Vila Ester • Vila Fassini • Vila Sarkis 	<ul style="list-style-type: none"> • Bairro Alto da Glória • Partes do Centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Partes do Centro • Bairro do Cristo • Bairro Santo Antonio • Vila Feliz • Vila Cruzeiro 	
UESF Vila Operária	UESF Barra dos Andrades	UESF Central	UESF Marmeleiro de Baixo
ÁREA RURAL			
<ul style="list-style-type: none"> • Faxinal dos Francos • Faxinal dos Vieiras • Poço Bonito • Riozinho dos Santos • Salto 	<ul style="list-style-type: none"> • Água Quente dos Domingues • Água Quente dos Luz • Barra dos Andrades • Barreirinho dos Beltrão • Cachoeira dos Domingues • Conceição de Baixo • Conceição de Cima • Coxos • Pantano Preto • Rio Bonito • Riozinho de Baixo • Saltinho 	<ul style="list-style-type: none"> • Bugio • Cachoeira da Pedreira • Colônia Cachoeira • Paredão • Potinga • Serrinha • Sunira 	<ul style="list-style-type: none"> • Marmeleiro de Baixo • Marmeleiro dos Soares • Barro Branco • Turvo • Marmeleiro dos Carvalhos • Marmeleiro dos Ingleses • Marmeleiro dos Rosas • Partes da Conceição de Baixo

Fonte: SIAB 2014

5 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MUNICIPAL

5.1 – Atenção Primária à Saúde - APS

A instituição do **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS**, é um programa inovador do governo do Estado do Paraná, pois institui uma nova lógica para a organização da **Atenção Primária à Saúde**, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios, fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** na implementação do SUS. O APSUS possibilitará à população paranaense atendimento à saúde com qualidade e resolutivo em todas as regiões do estado, sendo organizada o mais próximo possível das residências dos cidadãos paranaenses, aumentando as capacidades de respostas às demandas sociais, sanitárias e assistenciais por parte das equipes de

APS. Com eficiência e de forma humanizada, as equipes de APS deverão se instituir como um novo paradigma assistencial no setor saúde, produzindo uma mudança em todo o modelo de atenção à saúde no Estado.

O Programa foi implementado em duas fases. A primeira, se iniciou com um processo de Educação Permanente, e a segunda fase a realização das **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde**, constituídas por módulos para trabalhadores e gestores em saúde, tanto do estado quanto dos municípios. O processo das oficinas se dá por meio de:

- Qualificação das equipes de APS por meio da Educação Permanente.
- Investimentos em infraestrutura com a reforma, ampliação e/ou construção de Unidades de Atenção Primária.
- Investimentos em custeio das equipes de APS visando redução de iniquidades regionais, e com critérios de desempenho.
- Implementar APS para implantação das Redes de Atenção a Saúde: Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental e Pessoa Idosa.

Como já mencionado, a Atenção Primária no município de Rebouças, está organizada por meio da ESF, operacionalizada por equipes multiprofissionais. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada. Atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade adscrita, e é a porta de entrada para o sistema de saúde. E vale destacar que o município realizou as Oficinas da Atenção Primária à Saúde.

Atenção Primária também resolve as necessidades que englobam demandas sanitárias de várias ordens. Além de executar desde intervenção curativa individual, até ações em saúde pública: saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, profilaxia de doenças, ações de atenção a problemas sanitários de caráter social, como violência, transtornos mentais, uso de drogas, etc.

Uma atribuição comum a todos da equipe, é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde -ACS, para levantamento de uma determinada situação, Pois, é por meio da visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos.

Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde que as UBS oferecem de acordo com as necessidades locais como grupos de caminhada, grupos de

orientações para pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, grupos de gestantes, grupos de atividade física da academia da saúde, entre outros.

As orientações para a população em geral são realizadas em sua maioria pelos técnicos e ou auxiliares de enfermagem com a supervisão direta dos enfermeiros seja nas UESFs ou nas comunidades, rurais desprovidas de Unidades de saúde, em locais determinados e pré-agendados pelos profissionais da unidade, como escola, associação de moradores ou capela, respeitando sempre a individualidade e o modo de ser de cada usuário, sempre na tentativa de adequar-se à realidade de cada indivíduo.

Na comunidade rural do Salto pertencente à UESF da Vila Operária há mais de 15 anos é realizado semanalmente atendimento médico de enfermagem em uma escola municipal adaptada para este fim. O mesmo tipo de atendimento é realizado na comunidade do Marmeleiro dos Soares pertencente à UESF de Marmeleiro e no posto de Barro Branco.

A UESF de Barra dos Andrades realiza atendimento médico, odontológico e de enfermagem nos postos de saúde de sua abrangência (Rio Bonito, Água Quente dos Luz e Barra dos Andrades) e atendimento médico e de enfermagem na APAE. E a UESF Central promove atendimento médico e de enfermagem na delegacia do município.

As ações realizadas nos espaços coletivos são orientações individuais ou coletivas em temas como: autocuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre DST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, controle de PA, de glicemia, melhoria de autoestima.

A equipe das UESFs prestam atendimento à demanda espontânea de seu território de responsabilidade, organiza a atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco, cujo objetivo é possibilitar adequado controle e avaliação de resultados, como, por exemplo: tratamento odontológico, controle de hipertensão e diabetes, saúde da mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), saúde da criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco), controle da tuberculose e hanseníase, saúde mental, manejo e tratamento do tabagismo, rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência e apoio social.

Na assistência médica das UESFs são realizadas consultas de clínica geral, pediatria e ginecologia. Incluem-se aqui o atendimento ao pré-natal de risco habitual, exame ginecológico e de mama, inserção de DIU, puericultura, dispensação de receitas de medicamentos controlados, visitas domiciliares e encaminhamento para outras especialidades quando necessário. Os casos mais graves e/ou urgências, emergências, são encaminhados diretamente ao hospital, o qual recebe subsidio financeiro do município para realizar esse tipo de atendimento.

A equipe de enfermagem oferece, além da avaliação de enfermagem e acolhimento do paciente, vacinas, curativos, retirada de pontos, injeção, inalação, acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, ações de planejamento familiar, puericultura, coleta de exames, dispensação de medicação básica para o tratamento de hipertensão e diabetes e demais programas.

O profissional enfermeiro apresenta atuação específica realizando consulta de enfermagem a todos os ciclos de vida (criança, adulto, gestante, idoso) com enfoque no pré-natal de risco habitual, puerpério, prevenção de câncer de mama e coleta da citologia oncótica, avaliação dos resultados e tratamento (conforme protocolos existentes), puericultura, doenças crônicas não transmissíveis. É, ainda, responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da UESFs. As ações destinam-se exclusivamente à prevenção e promoção dos agravos a saúde.

Para melhor qualificar a Atenção Primária à Saúde e padronizar o processo de trabalho, as ações assistenciais, seja médica ou de enfermagem são realizadas de acordo com as normas e rotinas da instituição e segue-se os protocolos do MS os programas Saúde da Criança - Puericultura, Saúde da Mulher - Programa de Controle do Câncer Ginecológico e de Mama, Planejamento Familiar, Pré natal; Saúde do Adulto, hipertensos e diabéticos, Imunização, assistência de enfermagem no Atendimento à Pessoa Vítima de Violência, Atendimento aos acidentes com pérfuro cortante e outros. Os protocolos são instrumentos de normatização da atenção à saúde que têm como objetivos: organizar a atenção de acordo com a condição de risco identificado; auxiliar na tomada de decisão na clínica e gestão; capacitar os profissionais na promoção, prevenção e no tratamento dos agravos; estabelecer indicadores a serem monitorados.

5.1.1 - Programa de Saúde Mental

Em relação ao Programa de Saúde Mental, o mesmo é realizado por equipe multidisciplinar do município em parceria com o CAPS localizado no município de Irati. A existência de famílias que apresentam risco social, econômico, educacional, e ou de saúde, são significativas, por isso foi instituído parceria com uma equipe multidisciplinar e intersetorial composta por membros das Secretarias Municipal de Saúde, Educação, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Promoção Social, e Promotoria Pública, as quais promovem atendimento amenizar e ou solucionar os problemas apresentados.

Para as áreas de atuação e/ou grupos de população considerados de maior risco ou interesse epidemiológico é necessário desenvolver programas por ciclos de vida. E com o objetivo de ampliar as possibilidades das equipes das UESF, no que se refere a resolubilidade e

integralidade das ações na atenção básica, será implantado em setembro de 2017 o NASF - Núcleo de Assistência e Apoio à Saúde da Família é constituído por equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, (nutricionista, assistente social e psicólogo).

O objetivo do NASF é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, buscando contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

Desta maneira, o NASF não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às ESFs e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

A referência para pessoas portadoras de transtorno mental em situações de urgência e emergência psiquiátrica é o atendimento ambulatorial nas UESF e dependendo do quadro é o ambulatório hospitalar. A regulação dos leitos de internação psiquiátrica é realizada via central de leito, onde a maioria dos casos aguardam a internação em domicílio sob a supervisão e acompanhamento das ESFs, o que muitas vezes ocasiona transtornos principalmente quando se trata de pacientes em surtos, ou dependentes químicos em abstinência, devido a demora na liberação de vaga.

Buscando regular a demanda dos portadores de doença mental, após a realização da capacitação da 8ª Oficina do APSUS, foi iniciada a estratificação de risco dos transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas, considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados somada às condições de vida atual do usuário. A estratificação de risco é fundamentada, principalmente, na necessidade de definir o nível em que ocorrerá a assistência em saúde deste usuário, os quais foram divididos em seis grupos e pontuados de acordo com o nível de gravidade, disponível no manual de estratificação de risco da 8ª Oficina do APSUS.

5.1.2 - Saúde bucal

A atenção odontológica é desenvolvida por 4 equipes de saúde bucal, distribuídas nas UESFs, que oferecem atenção odontológica básica e integral a população. Embora a cobertura das equipes de saúde bucal seja considerada baixa (63,49% em 2015) em comparação com a meta regional anual que era de 87% em 2015, o município dispõe de programa de prevenção na área de saúde bucal para o público em geral, e disponibiliza prótese dentária através do programa do governo federal “Brasil sem Miséria” o qual é realizado de forma terceirizada.

Os casos mais complexos são referenciados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), localizado no município de Irati. O CEO contribuiu com a ampliação e

qualificação da oferta de serviço especializado, pois são referência para o serviço odontológico da Atenção Básica e extensão do Programa de Saúde Bucal (PSB). O serviço prestado pelo CEO é de média complexidade técnica: cirurgias periodontais e bucomaxilo-facial, tratamento endodôntico, tratamento de pacientes especiais, radiologia e prótese. Neste serviço é considerada alta a demanda por prótese dentária a qual proporciona reabilitação estética e funcional à população encaminhada a esse serviço.

5.1.3 - Saúde da Mulher

A assistência à saúde da mulher tem como objetivo geral a promoção de saúde e prevenção de agravos, com ações baseadas na atenção integral, transcorrendo todas as fases biológicas da vida mulher. Essas ações são desenvolvidas pela equipe multiprofissional e transdisciplinar vinculada à rede de assistência intersetorial dentro das UESFs.

Para direcionar e padronizar essa assistência, são utilizados Protocolos Clínicos de Saúde da Mulher acerca das ações voltadas à atenção integral à gestante de risco habitual e puérpera, detecção e controle do câncer de colo de útero e mama e planejamento familiar.

5.1.4 - Programa de Planejamento Familiar

A assistência ao planejamento familiar tem como princípio a paternidade responsável e visando oferecer acesso a orientações e meios para bem planejar a família, e proporcionar atenção necessária tanto na gestação como pelo seu espaçamento. O Programa de Planejamento Familiar é ofertado em todas as UESFs, e a assistência inclui as orientações sobre as alternativas de métodos existentes para o efetivo planejamento, e encaminhamentos para especialidades se assim necessário.

5.1.5 - Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama

O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, os índices de incidência e as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Portanto, é necessário a implantação de estratégias que incluam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, como a promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.

Para direcionar as ações da Secretaria de Saúde, as equipes da Atenção Primária usam o Protocolo Clínico como linha guia na realização da coleta de preventivo de colo de útero e exame clínico das mamas, e sequenciar o encaminhamento das pacientes com alterações nos exames.

A cobertura destes programas é avaliada pela secretaria de saúde através de relatório mensal, e o seguimento das pacientes com alteração nos exames é realizado pela equipe através de registros de controle da Unidade de Saúde e pelos sistemas, Siscolo e Sismama, que foi unificado em um sistema único denominado SISCAN WEB, iniciado em agosto de 2013. Para ampliar o acesso das pacientes aos exames a Secretaria realiza duas campanhas anuais, uma no mês de março e/ou maio para comemorar o Mês da Mulher, e outra em outubro com parcerias com o movimento Outubro Rosa.

5.2 - Rede de atenção materno infantil

5.2.1 - Atenção ao pré-natal e puerpério

A melhoria da atenção primária é pressuposto para a organização da Rede Mãe Paranaense que propõem aprimorar a atenção materno-infantil, nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças. É, portanto, um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto vinculando-os aos serviços especializados conforme o risco gestacional para a adequada assistência.

No município, o atendimento do pré-natal é realizado nas UESFs, e em todas as consultas é realizada a estratificação de risco da gestante, sendo que aquelas com risco habitual continuam realizando consulta de pré-natal nas UESFs. E, as classificadas como intermediário e alto risco são encaminhadas ao Centro Mãe Paranaense do Consórcio Intermunicipal de Saúde CISAMCESPAR, conforme a Linha Guia da Mãe Paranaense, as quais são também acompanhadas nas UESFs. Também é garantido a realização dos exames laboratoriais conforme preconizado na Linha Guia do Mãe Paranaense, e são disponibilizadas três ecografias obstétricas durante a gestação.

Todas as gestantes que procuram o serviço de saúde municipal são cadastradas no Programa Sis prenatal e acompanhadas pela equipe médica e de enfermagem das UESFs. E, ao se aproximar a data do parto, são avaliadas pelo médico ou enfermeiro das UESFs e/ou pelo plantonista do hospital do município e são encaminhadas para Santa Casa no município de Irati, pois, a partir de 2014 a Santa Casa é referência para os partos do nosso município.

Logo após o parto, as puérperas recebem visita do agente comunitário, da enfermeira e/ou técnico de enfermagem da unidade, os quais avaliam, orientam e realizam as intervenções necessárias para manter a saúde da mãe e do bebê. A Vigilância Epidemiológica municipal encaminha a lista das crianças nascidas no mês anterior para as UESFs realizarem o acompanhamento da puericultura. Até o primeiro ano de vida, o bebê é acompanhado mensalmente pela enfermagem e médico das UESFs, para avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, higiene, prevenção de doenças típicas da infância, além de atividades educativas que visam a promoção da saúde infantil.

5.2.2 - Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

A assistência à saúde da criança e do adolescente recomenda garantir ações integrais e articuladas dentro do contexto social e familiar, para promover infância e adolescência protegidas e saudáveis. As atividades são desenvolvidas nas UESFs por meio de ações educativas e de puericultura até 2 anos de idade com avaliação mensal do crescimento e desenvolvimento, bem como diagnóstico e tratamento precoce de problemas que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Além disso, se promove o aleitamento materno, onde alguns profissionais de saúde foram convidados a participar da construção das atuais diretrizes políticas nacionais do Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil, e a alimentação saudável, prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência.

As UESFs também realizam duas vezes no ano o peso das crianças e da família por meio do Programa “Bolsa Família” e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN é um sistema de informação que tem por objetivo fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira. Esse monitoramento contribui para o conhecimento a magnitude dos problemas de nutrição, identificando as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais. Além de detectar precocemente os desvios nutricionais, sejam baixo ou sobre peso/obesidade, pode minimizar ou mesmo evitar as possíveis consequências dessa incidência.

Existe ainda outras atividades informativas direcionadas a escolares e também para os que não frequentam mais a escola, e que são articuladas através do Projeto “PROVAJOVEM” Projeto de valorização do Jovem, que presta atendimento no Centro de Treinamento de Adolescentes (CTA), com o objetivo de promover a Saúde para os adolescentes. O programa é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicóloga, professor de música, pintura, pedagoga, entre outros profissionais voluntários. Atualmente esta ação não está sendo desenvolvida, a qual tem previsão de ser retomada em 2018.

5.2.3 - Programa Saúde na Escola

A assistência aos adolescentes vem sendo aprimorada, e, mediante as recomendações atuais do Ministério de Saúde, em maio de 2017, foi instituído o Programa Saúde na Escola, que é um espaço privilegiado sob a perspectiva da educação permanente com ações voltadas para atenção integral, avaliação das condições de saúde, prevenção de doenças e agravos, para as práticas de promoção da saúde para as crianças, adolescentes e jovens, o que contribui para o fortalecimento do desenvolvimento integral e propicia melhor enfrentamento das vulnerabilidades da comunidade escolar que comprometem o pleno desenvolvimento nessa faixa etária.

Nestas atividades são realizadas avaliação de saúde em antropometria, oftalmologia, saúde bucal e verificação da situação vacinal; segurança alimentar e alimentação saudável, em cultura de paz e direitos humanos, em saúde mental, em DST/AIDS, direito sexual e reprodutivo, e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

A gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis desenvolvidas por meio de Grupo Técnico - GT, numa construção em que, tanto o planejamento quanto a execução das ações, são realizados coletivamente, a partir de análises e avaliações realizadas intersetorialmente. O GT tem a função de programar as ações para execução, monitoramento e acompanhamento.

5.3 - Rede de Atenção à Saúde do Idoso

A Atenção Primária é a coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida. No idoso, ela assume um papel extremamente relevante na estratificação de risco e, conseqüentemente, no reconhecimento daquele que necessita de atenção diferenciada. Cabe a ela a desmistificação de tudo aquilo que é atribuído ao envelhecimento por si, de forma a garantir que os problemas de saúde da pessoa idosa, particularmente as incapacidades, não sejam atribuídos a “problemas da idade”. Além disso, os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem ser proativos na identificação dos riscos e na implementação das estratégias necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde da pessoa idosa.

A UESF é a principal referência de assistência ao idoso, pois este é uma prioridade, e as equipes de saúde além de incentivar a adoção de um estilo de vida saudável, desenvolvem ações diversas como: consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, visitas domiciliares, acompanhamento de acamados, dispensação de medicamentos, uso da Caderneta da Pessoa Idosa, com aumento gradativo do preenchimento, a vacinação, ações de prevenção dos principais fatores de risco à saúde nestas faixas etárias como: potencialização de grupos de caminhada e de

alongamento, a atividade física, prevenção de quedas, possibilitar convivência social, promoção do auto cuidado e resgate de autoestima.

A implantação da Rede da Pessoa Idosa foi definida no Plano Estadual de Saúde, como uma das redes prioritárias no Paraná. Considerando a necessidade de preparar as equipes da atenção primária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a adoção da estratificação de risco para a organização da atenção ao idoso, foi realizado a oficina do 9º Módulo do APSUS, em agosto de 2014 com o objetivo de capacitar as equipes com foco na identificação do idoso vulnerável, a fim de garantir o cuidado de que ele necessita. É um desafio no campo da saúde, garantir o envelhecimento ativo, com qualidade de vida, independência e autonomia, prevenindo ou postergando ao máximo o surgimento das incapacidades e da dependência. A estratificação de risco está representada na tabela abaixo:

Quadro 27 - Estratificação de risco e grau de fragilidade da saúde do idoso de acordo com escores obtidos com aplicação do VES-13*

Estratificação da saúde do idoso		
Risco	Grau de fragilidade	VES-13
Baixo	Idoso robusto	≤2
Médio	Idoso em risco de fragilização	3 a 6
Alto	Idoso frágil	≥7

*Vulnerable Elders Survey (VES-13) ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável

De acordo com a pontuação obtida com a aplicação do VES-13, os idosos serão estratificados em três categorias de risco para fragilidade:

Idoso robusto: VES-13 ≤ 2

É o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma. Não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade

Idoso em risco de fragilização: VES-13 3 a 6

É o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mas que, todavia, encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: evidências de sarcopenia (redução da massa e da força muscular); presença de comorbidades múltiplas ou polipatologia (presença simultânea de cinco ou mais condições crônicas de saúde, acometendo sistemas fisiológicos diferentes) ou polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes); história de internações

recentes (com intervalos de menos de seis meses) e/ou pós-alta hospitalar; insuficiência familiar, pois a perda do suporte familiar e/ou social está associada a um maior risco de declínio funcional.

Idoso frágil: VES 13 ≥ 7

É o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. O foco das intervenções é a recuperação da autonomia e da independência do indivíduo. É importante ressaltar que o grau de fragilidade não é estático, pois pode ter piora ou melhora ao longo do tempo.

Quadro 28 - Estratificação dos idosos em relação ao risco por UESFs - 2017

Unidades de Estratégia Saúde da Família - UESFs	Estratificação dos idosos em relação ao risco			Total
	Robusto	Risco de fragilização	Frágil	
ESF Barra dos Andrades	247	53	50	350
ESF Central	290	95	115	500
ESF Marmeleiro	146	52	67	265
ESF Vila Operária	429	68	74	571
TOTAL	1.112	268	306	1.686

Fonte: UESFs 2017 Oficina do 9º módulo do APSUS

O quadro acima demonstra a estratificação de risco realizadas nas UESFs, onde percebemos que o maior número de idosos com risco alto, considerados como frágil pertencem à UESF Central, todavia, nas demais UESFs também possuem um número elevado de idosos estratificados como alto risco. Este achado mostra que o foco das intervenções é a manutenção da autonomia e a independência do indivíduo através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e manejo clínico adequado das doenças, ou de doenças específicas, considerando as particularidades da saúde da população idosa.

5.3.1 - Integração entre os elementos constitutivos da rede de atenção à saúde do idoso

Os elementos constitutivos da rede de atenção à saúde, representados pela estrutural operacional, o modelo de atenção e, principalmente, pela população de idosos, devem estar claramente definidos para que a atuação da rede proposta seja capaz de recuperar e/ou manter a independência e autonomia do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), com qualidade, resolutividade e custo-eficácia (Boult, Wieland, 2010; Coleman, 2009; Bodenheimer, 2002). Como vimos, a Avaliação Multidimensional do Idoso, também conhecida como Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), é o ponto de partida para a elaboração do Plano de Cuidados, que deverá conter todas as intervenções a serem implementadas pelo cuidado profissional e pelo idoso e seus familiares (auto-cuidado apoiado). Todavia, apresenta alto custo e deve ser bem indicada.

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é uma boa ferramenta para a estratificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional (figura 4). É simples, rápido e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. Idosos com pontuação no IVCF-20 igual ou superior a 15 pontos apresentam **alto risco** de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos à Avaliação Multidimensional do Idoso realizada, preferencialmente, por equipe geriátrico-gerontológica especializada ou pela atenção secundária (AMI^{Avançada}). Idosos com pontuação entre 7 e 14 pontos são considerados de **moderado risco** para vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos à AMI^{Intermediária}, que pode ser realizada por médicos e enfermeiros não especializados. A AMI^{IVCF-20} determinará a necessidade ou não de encaminhamento para atenção secundária. Por sua vez, os idosos com pontuação entre 0 e 6 pontos são considerados de **baixo risco** e podem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica. Idosos com pontuação entre 0 e 6 podem ter acompanhamento clínico rotineiro, seguindo as recomendações de programas e/ou diretrizes baseados em condições crônicas específicas. Além de reconhecer o idoso de risco, o IVCF-20, por si só, é capaz de sinalizar algumas intervenções que podem ser implementadas, independentemente da realização da AMI^{Avançada} ou AMI^{Intermediária}.

Quadro 29 - Apresentação visual do diagnóstico clínico-funcional baseado no IVCF-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20																																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
BAIXA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (0 a 6 pontos)							MODERADA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (7 a 14 pontos)					ALTA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (15 a 40 pontos)																												
Idade	Auto- Percepção de Saúde	AVD Instrumental	AVD Básicas	Cognição	Humor	Mobilidade				Comunicação		Comorbidade Múltipla																												
						Miúdas	Sarcopenia (Involução)	Marcha (Swivel)	Continência Sfíncteriana	Visão	Judício	Poli-farmácia (a 2 drogas)	Poli-patologia (a 2 doenças)	Inerência Sistêmica (a 2 níveis)																										

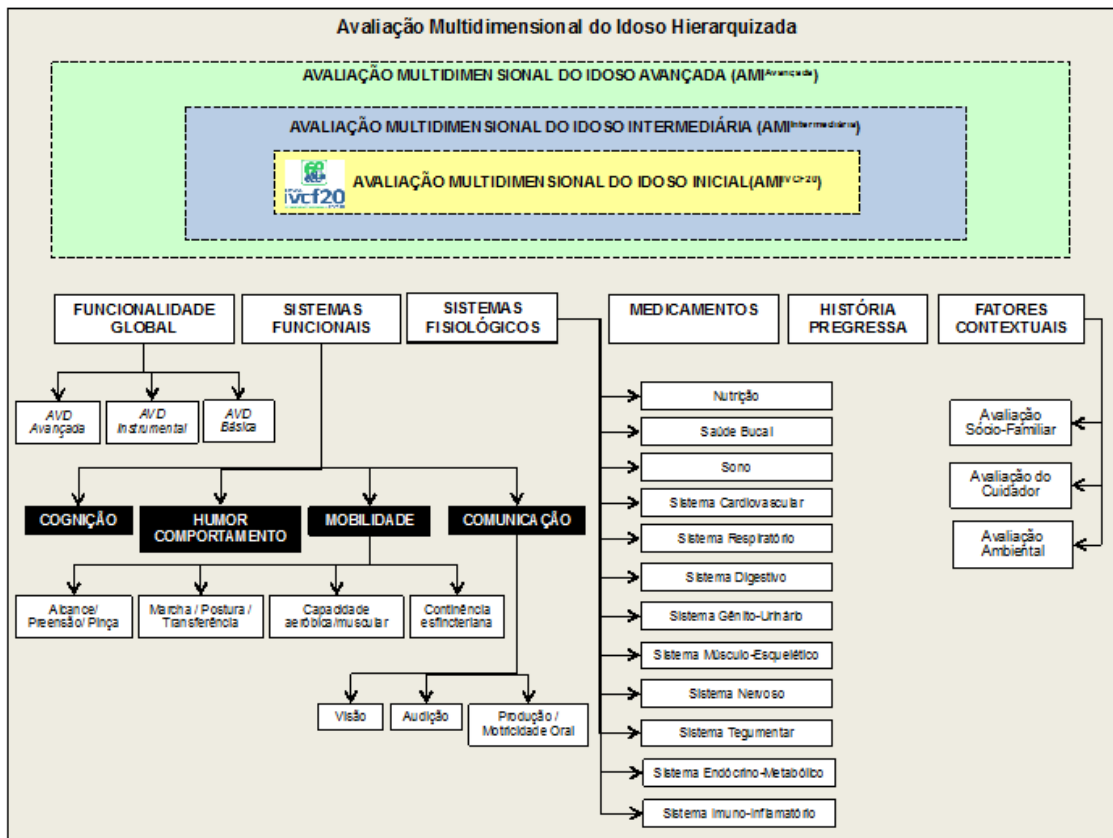
Nesta perspectiva, a avaliação multidimensional do idoso pode ser feita de forma sequencial ou passo a passo, conforme a necessidade. Para isto propomos a utilização de instrumentos de complexidade progressiva, a saber: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF²⁰), Avaliação Multidimensional do Idoso Intermediária (AMI^{Intermediária}) e Avaliação Multidimensional do Idoso para Atenção Secundária (AMI^{Avançada}). Como pode ser visto no quadro 14, as questões do IVCF-20 são feitas rotineiramente em toda AMI. Desta forma, podemos afirmar que estas três metodologias de avaliação multidimensional são complementares, de tal forma que uma está contida na outra. Esta metodologia de avaliação hierarquizada resgata a importância de sempre se realizar uma avaliação multidimensional do idoso, mesmo quando a duração da consulta é limitada e fortalece a importância do trabalho interdisciplinar na atenção primária, valorizando a avaliação feita por todos os profissionais de saúde.

5.3.2 - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) é um questionário simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde do idoso. Apresenta caráter multidimensional e alta confiabilidade. Portanto, pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla, que pode ser realizada por profissionais não especialistas. Sua aplicação é simples e rápida, podendo ser utilizado por qualquer profissional de saúde ou até mesmo pelo próprio idoso e seus familiares. Os principais objetivos do instrumento são:

- Identificação do idoso frágil (estratificação de risco), que deverá ser submetido à Avaliação Multidimensional do Idoso (Avaliação Geriátrica Ampla) e elaboração do Plano de Cuidados;
- Indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir o declínio funcional, institucionalização e óbito, mesmo na ausência da Avaliação Multidimensional do Idoso tradicional;
- Planejamento de demanda programada no SUS e na Saúde Suplementar: definição de grupo de idosos que necessitarão de atendimento diferenciado na Unidade Básica de Saúde.
- Estruturação e direcionamento da consulta geriátrica: planejamento da consulta especializada do idoso, destacando as dimensões da saúde do idoso que merecem uma investigação mais detalhada.

Figura 5 – Representação da avaliação multidimensional do idoso



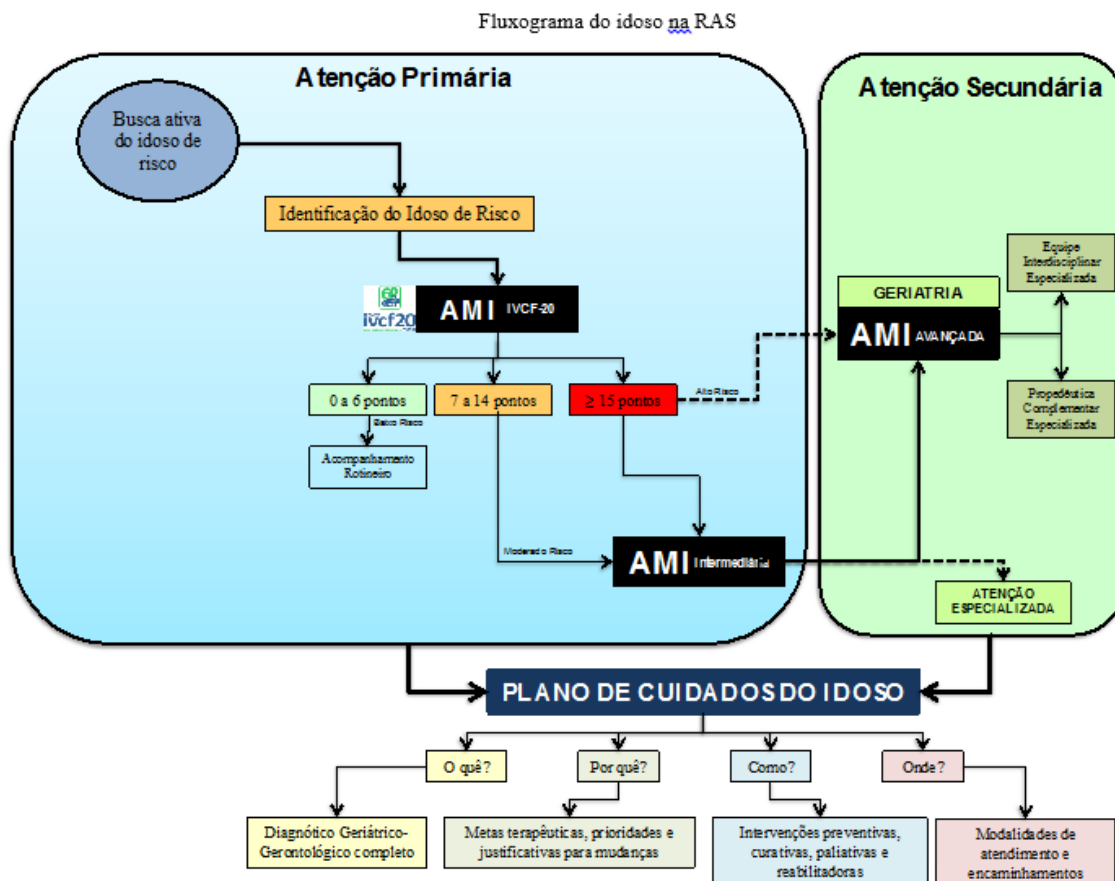
A Avaliação Multidimensional do Idoso permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo, que nada mais é do que o diagnóstico das condições de saúde, agudas e/ou crônicas. Este diagnóstico clínico-funcional deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (funcionalidade global), quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação. As síndromes geriátricas representadas pela incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa devem ser reconhecidas. Além disso, deve conter o diagnóstico das deficiências ou disfunções dos sistemas fisiológicos principais, como as alterações da nutrição, sono, saúde bucal e dos órgãos/sistemas (doenças).

Outros aspectos relevantes do diagnóstico são o lazer, o suporte familiar, suporte social e a segurança ambiental. Esta identificação dos problemas de saúde e do estrato clínico-funcional a que pertence são fundamentais para a definição das intervenções a serem propostas, bem como as prioridades e metas terapêuticas. As mudanças porventura sugeridas devem ser justificadas, assim como os profissionais de saúde e os equipamentos de saúde e da assistência social que serão necessários. Este conjunto de diagnósticos biopsicossociais e funcionais do indivíduo, associados às intervenções promocionais, preventivas, curativas, paliativas e/ou

reabilitadoras capazes de manter ou recuperar a saúde do idoso recebe o nome de Plano de Cuidados Individualizado.

Assim, o Plano de Cuidados Individualizado é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUÊ?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?) e quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções. No idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar (Moraes, 2012; Ministério da Saúde, 2012). Todas as decisões clínicas devem considerar as melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis ao caso e, sobretudo, valorizar as preferências, necessidades, desejos e valores do idoso e de sua família, ou seja, a individualização do cuidado (Methodology committee of the patient-centered outcomes research institute, 2012; Barber, 1980). Assim, o Plano de Cuidados contém todas as informações necessárias para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso, conforme figura abaixo:

Figura 6 – Fluxograma do idoso na Rede de Atenção à Saúde



5.4 - Atenção às condições crônicas –

5.4.1 - Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes

Na assistência às doenças crônicas é fundamental implantar na rotina clínica a estratificação de risco para prestar um atendimento integral aos pacientes portadores de hipertensão e diabetes, sejam eles idosos, gestantes, ou adultos jovens, visando alcançar melhores índices de cobertura, visto que, várias ações têm sido implementadas com intuito de reduzir as incapacidades que estas morbidades produzem. Assim como, é necessário adotar medidas de rastreamento e de prevenção, como a detecção precoce de pacientes sintomáticos e sob risco, por meio de realização de grupos, palestras, acompanhamento por exames laboratoriais periódicos de acordo com a severidade de cada caso, controle clínico metabólico, consultas médicas e de enfermagem e dispensação de medicamentos previstos em Protocolos e Portarias do MS, conforme orientado na 6ª Oficina do APSUS.

A avaliação para pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes é realizada por meio da estratificação do risco cardiovascular e do controle clínico metabólico respectivamente, sendo de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente, pois determina a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular, levando-se em conta, além dos valores de PA, e dos valores metabólicos, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares e/ou renais.

Além ações de prevenção e da estratificação de risco já realizadas pelas UESFs, os portadores de hipertensão e diabetes tem consultas médicas agendadas em todas as UESFs e recebem alguns medicamentos fornecidos nesses programas, são eles: captopril 25 mg, enalapril 10 mg e 20 mg, glibenclamida 5 mg, hidroclortiazida 25 mg, metformina 850 mg, metildopa 250 mg, anlodipina 5 mg, propranolol 40 mg, furosemida 40 mg. Carvedilol 3,25, 6,25, 12,5 e 25,0 mg, Succinato de Metoprolol 100 mg, Losartan 50 mg, Espironolactona 25 e 100 mg e levotiroxina 25, 50 e 100 mg (esse para portadores de hipotireoidismo, situação clínica que pode alterar o controle da doença).

Para os insulinos dependentes, são fornecidas a Insulina NPH e regular pelo Ministério da Saúde, fitas de glicemia capilar e aparelhos para uso domiciliar (esses em termo de comodato). O aparelho para aferir a glicemia também tem uso nas UBS, para atender solicitação médica em consultas e aferição antes das consultas ou sempre que necessário, visando agilidade no processo de atendimento aos usuários e acompanhamento do caso. Além disso, o município disponibiliza a todos os cadastrados uma caixa térmica para armazenamento da insulina até a sua residência, primando assim pela qualidade da medicação.

5.5 - Programa de Tratamento e Combate ao Tabagismo

As equipes da Saúde da família oferecem no atendimento ao indivíduo adulto e idoso o tratamento para o tabagismo. Esse tratamento se dá como a formação de Grupos de Apoio sobre o Abordagem e Tratamento do Tabagismo, o qual existe desde 2010, até maio de 2017 foram acompanhados e tratados 171 pessoas em 16 grupos, dos quais 25% dos participantes deixaram o vício, meta muita acima do estimado que é de 3%.

Atualmente estamos atendendo quatro grupos um em cada UESF. O tratamento do tabagismo é baseado na abordagem cognitiva comportamental, ou seja, o objetivo é fazer o paciente conhecer o *tabagismo* e suas consequências e a partir desse conhecimento o paciente recebe orientações para fazer uma mudança de comportamento, e se necessário utiliza também medicamentos seja oral ou adesivos.

Foi desenvolvido em maio de 2013 foi implantado o Projeto Municipal de Abordagem e Tratamento do Etilismo, em parceria com o Ministério Público, o qual atende 15 pessoas semanalmente, beneficiando também habitantes do município de Rio Azul, por este fazer da Comarca de Rebouças.

5.6 - Saúde do Homem

“A Atenção Integral à Saúde do Homem foi instituída em 27 de agosto de 2009, com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde”.

No município foi implantada em 2015 em todas as UESFs, que desenvolvem ações no mês de agosto para a promoção e prevenção da saúde do homem, a partir de grupos de socialização, atividades físicas, e atendimento estendido até às 20 horas para possibilitar o acesso da população, com atendimento médico e de enfermagem com palestras educativas em Promoção e Prevenção de agravos à saúde do Homem. Os temas trabalhados são: hábitos saudáveis de vida, prevenção de doenças crônicas degenerativas e aspectos da sexualidade masculina, realização de teste rápido para HIV, Hepatite B e C e Sífilis, além da solicitação do exame PSA, essas atividades são desenvolvidas também nas comunidades do interior.

5.7 - Academia da Saúde

Os Polos da Academia da Saúde (PAS) são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. O município possui uma Academia da Saúde vinculada a UESF Vila Operária e ao NASF com o slogan “Operação Saúde” com parceria da Universidade

Estadual do Centro Oeste - Campus Irati – UNICENTRO que designa estagiários em formação em Educação Física para realizar o acompanhamento e um auxiliar de serviços gerais e um auxiliar de enfermagem, o qual gerencia as atividades realizadas três vezes por semana, com a participação de 180 pessoas de todas as idades, com fila de espera. Todos antes de entrar no programa realizam avaliação por meio de medidas antropométricas, aferição da pressão arterial, teste de glicemia e orientações sobre alimentação saudável. As atividades realizadas são ginástica aeróbica, exercícios localizados, movimentos corporais, dança livre ou coreografada com o objetivo de melhorar o funcionamento do sistema cardiovascular e respiratório, visando o bem estar físico e mental. Além deste atendimento 50 pessoas do grupo da terceira idade participam do grupo da caminhada e de atividades do “Projeto de Ginástica Orientada” uma vez por semana na praça dos ferroviários.

5.8 - Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde - APS

A Fisioterapia na APS contribuiu para melhor qualidade de vida da população, por meio da utilização de conhecimentos específicos dessa área, seja no tratamento reabilitador ou por meio de ações educativo-preventivas, integrando o trabalho desenvolvido nas UESFs por uma equipe multiprofissional.

Em maio de 2015, o município inaugurou a nova sede da Clínica de Fisioterapia “Milton Zanon”, com duas fisioterapeutas que prestam 420 atendimentos mensalmente. A maioria dos casos se dá por encaminhamento médico, com prioridade para os casos pós-operatórios, pós-fratura, pacientes portadores de Acidente Vascular Cerebral – AVC e/ou com problemas respiratórios, crianças. As queixas atendidas com maior frequência são: lombalgia, hérnia de disco e outras alterações na coluna.

As atividades desenvolvidas na Atenção Fisioterápica são: Visita e atendimento domiciliar a pacientes acamados, com demandas agudas ou crônicas passíveis de resolução e apoio domiciliar; Atividades físicas e educativas em grupos: terceira idade, hipertenso, diabético, gestantes, obesidade; Atividades em grupo com usuários portadores de dor crônica, por exemplo, saúde da coluna; Atendimento individual agendado, priorizando urgências (pós-operatórios recentes, afecções diversas agudas e crianças); Encaminhamento para atendimento ambulatorial em clínica de fisioterapia de média e alta complexidade para maior resolubilidade, quando indicado; Encaminhamentos para consultas de prótese e órteses quando indicadas e outras que se fizerem necessárias.

Em duas UESFs são realizadas atividades do Projeto Ginástica Orientada, onde há dez anos em duas comunidades do interior, dois grupos participam da “Fisioterapia Preventiva” e “Ambulatório da Dor”, desenvolvidos pela equipe da Clínica de Fisioterapia (duas fisioterapeutas).

E na UESF do Marmeleiro também participam da ginástica orientada dois grupos sendo um de hipertenso e outro de mulheres sob a supervisão do profissional de educação física.

5.9 - Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade - MAC

Os casos que a Atenção Primária não consegue resolver são encaminhados para a Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade, a qual compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados.

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde e Serviços/Unidades de Pronto-Atendimento com apoio do Complexo Regulador. As Unidades de Saúde estão organizadas a partir da Estratégia Saúde da Família, do Acolhimento com Classificação de Risco, da Estratificação de Risco das Condições Crônicas e, são qualificadas para Gestão do Cuidado através das Redes de Atenção à Saúde.

Os casos que demandam atendimentos especializados de média e alta complexidade das especialidades clínicas são referenciados para os serviços ambulatoriais e hospitalares contratualizados e credenciados, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISAMCESPAR, localizado no município de Irati, sendo este o serviço com maior oferta de consultas especializadas e outros credenciados. Fazem parte da rede os prestadores de serviços estaduais, filantrópicos e privados, que compõem as redes de atenção à saúde.

A estrutura de serviços ambulatoriais especializados existentes no município é referência regional e macrorregional com a oferta e atendimento nas diversas áreas, incluindo oncologia, ortopedia, neurologia, endocrinologia, dermatologia, oftalmologia, pequenas cirurgias, hemodiálise, cardiovascular, hematologia, oftalmologia, transplantes, infectologia, cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédicos, patologia clínica, ginecologia, obstetrícia, citopatologia, radiodiagnóstico como ultrassonografia, endoscopia, tomografia e ressonância magnética, gestação de alto risco, ações especializadas em odontologia e exames laboratoriais, com laboratórios municipais e regionais conveniados.

Serviço/ação	Estabelecimento de referência	Municípios da referência	Observação
1. Saúde Auditiva	CIS / 3ª Regional de Saúde /		
2. Atenção à Pessoa com Deficiência			
3. Neurocirurgia	Bom Jesus / Hospital Geral	Ponta Grossa	
3.1. Trauma e anomalias, coluna e nervos periféricos, tumores do sistema nervoso	Angelina Caron / Parolin / Hospital Geral	Curitiba e Ponta Grossa	
3.2. Neurocirurgia vascular			
3.3. Tratamento cirúrgico da dor funcional			
3.4. Investigação e cirurgia de epilepsia			
3.5. Tratamento endovascular			
3.6. Neurocirurgia funcional e estereotáxica			
4. Nefrologia - TRS	CRI		
5. Oncologia geral (clínica e cirúrgica)	Hospital Erasto Gaertner / Angelina Caron	Curitiba	
5.1. Oncologia pediátrica	Pequeno Príncipe	Curitiba	
5.2. Radioterapia	Angelina Caron	Curitiba	
5.3. Hematologia	Angelina Caron	Curitiba	
6. Cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista	Santa Casa / Hospital Bom Jesus	Ponta Grossa	
6.1. Cirurgia cardiovascular pediátrica	TFD		4ª RS cadastra no E-saúde
6.2. Cirurgia vascular	Santa Casa de Irati / Bom Jesus e Hospital Geral	Irati e Ponta Grossa	
6.3. Procedimentos endovasculares extracardíacos			
6.4. Eletrofisiologia	Angelina Caron	Curitiba	
7. Leitos psiquiátricos especializados			
7.1. Leitos psiquiátricos em hospital geral	Via central de leitos		
7.2. Leitos psiquiátricos para menores de 10 anos feminino	Via central de leitos		
7.3. Leitos psiquiátricos para menores de 10 anos masculino	Via central de leitos		
8. Obesidade Grave	Hospital Parolin -	Campo Largo	
9. Traumatologia-ortopedia	Santa Casa de Irati	Irati	
10. Gestação de alto risco Se necessário nível terciário - Angelina Caron ou Nossa Senhora do Rocío	CISAMCESPAR	Irati	
11. Leitos de UTI neonatal	Central de Leitos		
12. Urgência e Emergência	Central de leitos		

A entrada do cliente na atenção especializada seja secundária ou terciária, é através de central informatizada de regulação e marcação de procedimentos, que integra os níveis assistenciais, localizada no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, onde o usuário é inserido no sistema e posteriormente avisado sobre a data e o horário de sua consulta e/ou procedimento. O serviços de referências constam no quadro abaixo:

5.10 - Rede de Atenção à Urgência e Emergência

A Política de Atenção às Urgências e Emergências tem como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, preconizando a humanização no atendimento, a que todo cidadão tem direito.

Está previsto a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU no 1º semestre de 2018 a nível regional, e sua base será instalada no município de Rio Azul, e atenderá também Rebouças e Mallet.

O município mantém contrato com o Hospital para atendimento ambulatorial e de urgências/emergências para atender a população após o fechamento das UESFs.

O município não possui Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h que se refere a um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar, que deve compor juntamente com o SAMU, a Regulação Médica, uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar.

A partir da realização da 3ª Oficina do APS da Rede de Atenção à Urgência e Emergência as UESFs fazem o atendimento à urgência e emergência, conforme a classificação de risco padronizada para a Rede e utilizam o fluxo e mapeamento de acordo com o nível de gravidade. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação do cidadão que necessita de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

5.11 - Assistência Farmacêutica

É um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua 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 da melhoria da qualidade de vida da população.

A Secretaria de Saúde do município possui em seu quadro de servidores apenas um farmacêutico e dois técnicos de enfermagem, os quais estão lotados na farmácia básica central. As UESFs ainda não contam com a presença do profissional farmacêutico, apenas com técnicos de enfermagem que entregam os medicamentos da farmácia básica, sendo que os controlados, especializados e estratégicos são restritos à farmácia central.

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF é subdividido em:

1. Coordenação dos Medicamentos Básicos

1.2 Dispensação especializada – a dispensação é realizada para todos os tipos de prescrições inclusive particular quando tem especialidade que o SUS não cobre ou quando há demora para marcar a consulta.

2. Coordenação dos Medicamentos Especializados - Alto Custo

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde. Os Medicamentos de Alto Custo são disponibilizados pelo Estado por meio de Processo Administrativo

3. Coordenação dos Medicamentos Estratégicos - Programas de Saúde

São medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do Ministério com protocolos e normas estabelecidas. São financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados ou municípios, de acordo com previsão de consumo. Dispensação dos medicamentos dos Programas de Saúde: Hanseníase; Meningite; Tuberculose; H1N1; DST/AIDS; Tabagismo.

4. Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF.

A Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF, almoxarifado, é a unidade de assistência farmacêutica responsável pelo armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais, correlatos ou insumos. A CAF exerce atividades operacionais e de planejamento, tais como:

- Receber os produtos comprados;
- Assessoria de Planejamento em Saúde Realizar os lançamentos de entrada por meio de sistema informatizado e armazenar os produtos;
- Receber requisições das unidades, promovendo a distribuição;
- Realizar as atividades relacionadas à gestão de estoques;
- Conservar os medicamentos em condições seguras, preservando a qualidade;
- Realizar levantamentos periódicos dos estoques e elaborar relatórios gerenciais.

A distribuição dos medicamentos é uma estratégia de suporte às ações da farmácia, interferindo na qualidade da assistência ao paciente, na credibilidade dos serviços farmacêuticos e no sistema de dispensação como um todo.

5 – Farmácia Popular

O Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular". O município conta com quatro farmácias credenciadas.

O investimento público e as informações de mau uso do medicamento relatadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, como, prescrição inadequada, uso incorreto, indicam a necessidade da qualificação da Assistência Farmacêutica para que a seleção de medicamentos seja adequada à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, para que a programação atenda a demanda dos usuários; que o armazenamento seja dentro das normas preconizadas; que a distribuição dos medicamentos faça com que os mesmos estejam nos lugares certos e na hora adequada; e que, finalmente, o paciente receba orientação de uso através das informações e orientações dos farmacêuticos e que aqueles pacientes que utilizam os medicamentos para doenças crônicas sejam cadastrados e assistidos através da atenção farmacêutica. Estes são fatores que contribuirão para o uso racional dos recursos e dos medicamentos, mas para que todas as ações planejadas sejam realizadas, é necessário que sejam nomeados mais profissionais farmacêuticos e técnicos de farmácia. Algumas das ações são realizadas para evitar perda de medicamentos são:

- Controle de estoque mais efetivo;
- Aquisição de produtos com prazo de validade maior;
- Evitadas compras em duplicidade através da centralização de requisições no Departamento de Assistência Farmacêutica;
- Os medicamentos vencidos são separados, lacrados, identificados e recolhidos pela empresa conveniada, a qual efetua o devido descarte, com apresentação de laudo sobre o descarte.

5.12 - Central de Transporte Social e Ambulâncias

O setor de transporte social e ambulâncias está lotado em uma das salas da Secretaria Municipal de Saúde, é responsável pela remoção de pacientes agendados previamente. Transportam pacientes também para realizar procedimentos no hospital do município, nas UESFs e/ou unidades especializadas da rede SUS municipal ou de referência como; consórcio, hospitais, universidades, laboratórios de análises clínicas e instituições e entidades de saúde conveniadas e contratadas, além do apoio a eventos culturais, viagens e transporte para pacientes do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

O setor de transporte conta com uma frota de quatorze veículos, sendo duas ambulâncias uma de Suporte Básico que realiza o transporte inter-hospitalar de pacientes com

risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. É uma ambulância que transporta pacientes em decúbito horizontal que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

O município conta com uma ambulância de Suporte Avançado terceirizado (UTI Móvel) que realiza o atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos.

Além das ambulâncias possui uma van com 15 lugares, dois micro ônibus com 28 lugares cada um, dois carros (strada e saveiro) pertencentes ao Setor de Vigilância em Saúde e sete carros menores, dos quais três deles fazem os atendimentos nas UESFs, e transporte de pacientes especiais, para fisioterapia domiciliar ou outros que se fazem necessários. Os atendimentos se dá de segunda a sexta feira em horário comercial e em regime de plantão a partir das 17:00 hs e também nos sábados, domingos e feriados. Está previsto para o segundo semestre de 2017 a compra de mais uma ambulância, três veículos sendo dois com sete lugares e um com capacidade para cinco pessoas.

6 - Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde

A Vigilância em Saúde constitui-se em um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como a promoção da saúde.

Após a realização da 7ª Oficina do APSUS que trata da Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde, as UESFs passaram a realizar a integração das ações com as Vigilâncias, cujo objetivo principal é proporcionar o cuidado integral à saúde das pessoas por meio da promoção da saúde, e realizar as intervenções individuais, coletivas e ambientais que atuam sobre os determinantes sociais da saúde.

As áreas que compõem as ações da Vigilância em Saúde são: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

6.1 - Vigilância Sanitária

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da

produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, conforme Cap. II Seção V Art. 37 do Código de Saúde do Paraná/2004.

Os serviços de Vigilância Sanitária passaram a ser exercidos quase que exclusivamente pelo município, com a cooperação de entes estaduais, dentro das respectivas competências. As atividades do serviço de Vigilância Sanitária Municipal são exercidas por uma equipe que hoje está composta de: três funcionários, sendo um Médico Veterinário estatutário com 8 horas semanais, dois técnicos, e quatro agentes de endemias, todos do quadro efetivo por emprego público.

A Visa municipal foi implantada em 2003 e o PDVISA municipal foi elaborado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no ano de 2003. Este setor realiza atividades de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do trabalhador. Possui Lei de criação do Sistema Municipal de Vigilância Sanitária, Código Sanitário Municipal e Código de Postura.

O principal objetivo das ações de vigilância sanitária e ou/ambiental é promover, proteger e garantir o acesso à saúde do consumidor, do trabalhador e da população. As atividades são desenvolvidas mediante a identificação de fatores de risco, e dos diferentes agravos à saúde, e as ações desenvolvidas, conforme estabelece o Cap. II Art 38 da Seção V do Código de Saúde do Paraná.

A Lei Estadual 13331/2001 firma a competência do Município na execução das ações de Vigilância Sanitária, incumbindo a Secretaria Municipal de Saúde como integrante do SUS, definindo as ações de Saneamento e Vigilância Sanitária no respectivo âmbito, compreendendo, inclusive, as decorrentes de convênios celebrados com o Estado do Paraná.

Na continuidade de dar sustentação legal à atividade, a Lei Municipal nº 910/2001 referente ao código tributário, que regulamenta a taxa de Vigilância Sanitária, e define o exercício do poder de polícia no âmbito da vigilância sanitária. A partir de então, tal tributo passou a ser destinado como recurso livre do orçamento municipal.

No Plano Diretor de Vigilância Sanitária Nacional e os eixos de atuação da Vigilância Sanitária: organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito do SUS e a ação regulatória, considerando vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; a vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde, produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, construção da consciência sanitária (mobilização, participação e controle social).

Esses eixos e o Pacto pela Saúde orientaram a definição de prioridades do Plano de Ação da Vigilância Sanitária, compreendendo: ações de fiscalização, normatização, licenciamento, controle, monitoramento de alimentos, serviços e produtos de saúde e de interesse à saúde; de análise de projetos arquitetônicos; de educação permanente dos servidores e setor regulado, de integração intra e extra-institucional. É determinado que os processos de Vigilância Sanitária

sejam realizados pela Gerência de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, todas fazem parte da Vigilância em Saúde.

A Vigilância Sanitária Municipal é responsável pela execução das ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador no município, dentro do SUS, com o objetivo de promoção da saúde e prevenção de agravos, relativos ao consumo de bens e serviços de interesse à saúde e as interações com os ambientes de trabalho e de vida. Como controle de bens de consumo, podemos mencionar a vigilância de produtos, como, medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes domissanitários, entre outros, através de ações sanitárias em estabelecimentos industriais, comerciais e prestadores de serviços, de registro destes produtos nos órgãos competentes (Ministério da Saúde, Secretaria de Estado e Serviço de Inspeção Municipal), coleta de amostras de produtos para análise laboratorial, divulgação e educação em saúde para a população e profissionais de diversos segmentos.

No que se refere à prestação de serviços, podemos mencionar a vigilância de estabelecimentos, tais como hospitais, clínicas médicas e odontológicas, farmácias, consultórios, creches, restaurantes, lanchonetes, estabelecimentos escolares, entre outros, através de inspeção, verificação de procedimentos, divulgação e educação em saúde para a população e equipe multiprofissional.

Dentre as ações relacionadas ao ambiente, podemos mencionar o monitoramento da água para consumo humano, o controle de zoonoses, o controle e combate a endemias, a vigilância em situações de intoxicações exógenas.

O monitoramento da qualidade da água para consumo humano é realizado através do Programa VIGIÁGUA por meio de coletas e análise em sistemas e fontes alternativas de água mensalmente. As análises são realizadas em convênio com a Unicentro - Universidade Estadual do Centro Oeste Campus de Irati – PR. São também desenvolvidas ações de monitoramento do solo através do sistema SISOLO, garantindo o uso adequado das áreas.

Cabe à Vigilância Sanitária, as inspeções sanitárias, o licenciamento de estabelecimentos na área de alimentos, produtos para saúde e de interesse a saúde, estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde, saúde do trabalhador, para verificação das condições estruturais e higiênico-sanitárias, procedimentos, produtos, coletas de amostras de alimentos e produtos. Investigação dos casos e surtos de toxinfecção alimentar em conjunto com a Vigilância Epidemiológica e realização de atendimentos a denúncias.

6.2 – Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental, através dos agendes de endemias, fazem o controle e combate do vetor transmissor de dengue, Zika e Chikungunya e a fiscalização e licenciamento de

estabelecimentos de maior risco ambiental, que são pontos estratégicos como ferros velhos, borracharias, reciclagens, e floricultura. São realizadas visitas mensais em 4.742 imóveis distribuídas em quatro ciclos, nove pontos estratégicos, sete cemitérios, visitas trimestrais em nove Postos de Investigação de Triatomíneos – PIT. Além disso, são programadas ações educativas junto às UESFs integrando as ações de controle de dengue, Zika e Chikungunya e combate ao vetor. É de fundamental importância a implementação da intersetorialidade no combate as endemias, tendo em vista que o controle transcende o setor saúde, devendo a dengue ser pautada definitivamente na administração pública.

6.3 - Saúde do Trabalhador

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é um centro de saúde regional, voltado para o atendimento das ações relacionadas à saúde do trabalhador do município sede e de abrangência da macrorregião dos Campos Gerais.

A atenção à Saúde do Trabalhador, de acordo com a prescrição constitucional, deve ser contemplada em políticas públicas destinadas para promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS estabelece que as notificações de agravos relacionados ao trabalho, devem ser realizadas por profissionais de saúde que realizam ações de saúde voltadas para o trabalhador na rede de Atenção Primária, nos Serviços de Urgência e Emergência, nos Centros de Especialidades e CEREST, a partir do preenchimento das fichas de notificações. Um dos problemas que dificultam a capacidade de atuação desta área da saúde é a subnotificação da ocorrência de casos de doenças e acidentes de trabalho em toda a rede de serviços. Para solucionar, é necessário conhecer os fatores causadores da falta de notificação, pois a partir desse conhecimento, podemos desenvolver ações direcionadas e melhorar as notificações tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Visando assistir de forma integral o trabalhador com suspeita e/ou confirmação de doença ou de acidente relacionado ao trabalho.

A partir da notificação dos casos e em ação conjunta, com o Centro de Vigilância em Saúde é realizado a investigação dos acidentes graves de trabalho, contemplando as atribuições de cada setor envolvido.

As ações de prevenção, vigilância sanitária e investigação epidemiológica em ambientes e processos de trabalho, nas áreas urbanas e rurais do município, são planejadas e desenvolvidas a fim de que acidentes e agravos à saúde do trabalhador sejam evitados. Nesse sentido, é dada especial atenção às empresas onde ocorrem o maior número de acidentes de trabalho inclusive os considerados não graves, mas que são potencialmente nocivos à saúde do trabalhador.

Também são realizadas medidas educativo-preventivas proporcionadas aos trabalhadores, voltadas ao câncer de colo de útero, de mama e outros, sobre assédio moral no trabalho, assim como cobertura vacinal para contribuir para melhor qualidade da saúde do trabalhador, em parceria com os técnicos das UESFs.

Outro ponto importante, considerando a Vigilância em Saúde, é a implementação de políticas públicas para controle de zoonoses que afetam a população. Assim, é de fundamental importância a implantação de um Centro de Controle de Zoonoses ou a implantação de uma unidade para o cuidado com a saúde animal principalmente de cães errantes ou abandonados, que atualmente estão sendo monitorados em um espaço cedido e mantido pela prefeitura municipal como um “Canil improvisado”. Tal medida é necessária devido ao número elevado de notificações de atendimento antirrábico humano conforme série histórica contida neste plano.

6.4 - Vigilância Epidemiológica

A Vigilância em Saúde incorpora um complexo conjunto de ações sistematicamente organizadas no âmbito do SUS e que tem a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos. Prevê a descentralização das responsabilidades e integralidade da prestação de serviços, ou seja, estabelece estreita articulação com a área de assistência à saúde.

Neste contexto, as ações desenvolvidas no Centro de Vigilância em Saúde têm como objetivo planejar, coordenar, acompanhar e organizar as atividades que envolvem a vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis agudas e inusitadas, a vigilância de agravos e doenças não transmissíveis, dos óbitos maternos e infantis.

São realizados o processamento eletrônico dos seguintes sistemas de informações em saúde: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Integra o Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos — GTARO municipal que tem como objetivos: monitorar, investigar, analisar e interpretar os determinantes dos casos de óbitos maternos, infantis e fetais no Estado; a fim de instituir ações para prevenção de óbitos evitáveis e qualificar a atenção à saúde e a vigilância dos óbitos no Estado do Paraná, para a promoção em saúde. O GTARO tem como a finalidade de coletar dados e gerar informações que detectem fragilidades na rede de assistência e visem a melhoria da assistência materno-infantil; possibilitando intervenções para desencadear ações institucionais rápidas e organizadas nas redes de assistência, na regulação e na vigilância em saúde. O GTARO tem a responsabilidade, entre as suas atribuições, de identificar e encaminhar às superintendências representadas no GTARO, as não conformidades detectadas no processo de trabalho, visando encaminhamentos institucionais oportunos.

A vigilância epidemiológica presta assessoria e ao Comitê Municipal de Óbito Materno e Infantil, investiga todos os óbitos, de mulheres gestantes e em idade fértil e de crianças menores de 1 ano, de causas mal definidas e Aids.

As atividades desenvolvidas pela vigilância epidemiológica são voltadas ao atendimento de doenças de notificação obrigatória, e a abordagem utilizada é a sindrômica, ou seja, para determinado conjunto de sinais e sintomas é realizado exames para várias patologias, pelos laboratórios conveniados, ou pelo Laboratório Central do Estado – Lacen-PR.

As ações de Vigilância Epidemiológica são desenvolvidas de forma articulada com diversos setores, pois os laboratórios e clínicas particulares também são fontes de notificação. Atualmente, existem nove fontes oficiais municipais de notificação e acompanhamento dos casos que são hospital, mini-postos de saúde e UESFs.

A alteração do perfil epidemiológico devido à diminuição das doenças infecciosas e parasitárias aliada ao aumento da morbidade por causas externas e doenças crônico-degenerativas, traz para a vigilância epidemiológica o desafio de assumir a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis, incluindo os agravos da saúde do trabalhador, e a implantação da rede de violência.

Cabe também a vigilância epidemiológica coordenar as ações do Programa Nacional de Imunização no município em toda a sua totalidade: capacitação de profissionais; assessoria e apoio aos serviços; aquisição de equipamentos de refrigeração; monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação; manutenção da rede de frio para conservação dos imunobiológicos; controle da distribuição dos insumos para os postos de vacinação; cadastro de unidades de vacinação particulares; coordenação das campanhas de vacinação.

Além destas atividades, cria e mantém atualizados dados de morbimortalidades das UESFs, e elabora relatórios referentes à saúde do município como um todo e de forma desagregada, atendendo pedido interno ou externo de informações de saúde do município. Todavia, é necessário que a Vigilância Epidemiológica implemente atividades educativas à população, com parcerias para ampliar notificações de outros agravos com ênfase nos acidentes de trabalho leves e graves, violência, visto ser fundamentais para o desenvolvimento da rede de atenção.

7 - Programa e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)

As ações apresentadas demonstram os avanços, obtidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Rebouças, cujo objetivo principal é o fortalecimento do processo participativo para proporcionar e solucionar os desafios que estão sob sua responsabilidade.

Dentre os avanços, ações e ou programas desenvolvidos citamos o E-SUS AB criado em 2017 que é uma estratégia é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação foi adotada para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas, fazendo referência ao processo de informatização de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde na Atenção Básica em nível nacional, ou seja, é um processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. O objetivo é garantir uma gestão de qualidade contribuindo diretamente para o acompanhamento e avaliação das ações e atividades desenvolvidas pelas equipes de ESFs, pois a primeira versão do sistema apoia a gestão do processo de trabalho das equipes por meio da geração de relatórios, e a segunda versão irá contemplar várias ferramentas de apoio à gestão.

8 - Atenção à saúde hospitalar

A estrutura física do Hospital de Caridade Dona Darcy Vargas – HCDDV compreende um espaço de 2.735,96m², destinado ao atendimento urgências e emergências, no setor de Pronto Socorro que engloba sala de espera, recepção, consultório médico, sala de triagem, sala de emergência, sala de procedimentos, sala de realização de ECG, sala de RX e enfermaria de observação. O local de internações é composto por clínica médica, e pediatria.

A estrutura administrativa e de execução, é realizada através da assistência de enfermagem e médica, além de serviços de farmácia, nutrição, setor administrativo, setor de manutenção e limpeza, serviços de lavanderia, cozinha e refeitório, conforme quadro abaixo:

Quadro 31 – Profissionais do Hospital de Caridade Dona Darcy Vargas (HCDDV), segundo categorias selecionadas e registradas no CNES 2016.

Categoria	Total
Auxiliar de enfermagem	14
Diretoria entidade	12
Médico plantonista	9

Cozinheiras	3
Auxiliar Serviços Gerais	3
Técnico de enfermagem	2
Auxiliar de farmácia	1
Auxiliar de faturamento	1
Auxiliar de manutenção	1
Contador	1
Diretor administrativo	1
Enfermeiro	1
Farmacêutico	1
Informática	1
Médico ortopedista	1
Nutricionista	1
Recepcionista	1
Técnico em radiologia	1

A assistência hospitalar compreende 99% de pacientes usuários do SUS e possui para internamentos, tanto em clínica médica, quanto pediátrica, obstétrica e cirúrgica o total de 66 AIHs ao mês. Portanto, recebe recursos do sistema de saúde, para internamentos e outros como Integrasus, PAB e procedimentos ambulatoriais. Além disso, recebe doações do poder judiciário e repasse da esfera municipal, sem os quais a assistência estaria completamente impossibilitada de ocorrer.

A porta de entrada da assistência hospitalar se dá através de encaminhamentos das UESFs para internamento hospitalar ou realização de procedimentos que não são passíveis de realizar nas UESFs ou posto de saúde. E, no pronto socorro, ocorre por demanda espontânea, onde se realiza consultas e outros procedimentos que se façam necessários.

Os exames de patologia clínica solicitados são realizados por laboratório credenciado sendo a coleta realizada nas dependências do hospital, classificados em exames de bioquímica, hematologia, microbiologia, urinálise, parasitológico de fezes e os exames de radiologia (RX) são realizados no próprio hospital. Mesmo o hospital estando tipificado apenas para atendimentos de baixa complexidade, alguns exames de maior complexidade e/ou justificados pela gravidade da patologia, são encaminhados para realização em clínicas particulares ou na Santa Casa de Irati, objetivando maior eficácia na elaboração do diagnóstico e maior qualidade na assistência.

8.1 - Unidade de Cuidados Continuados Integrados - UCCI

O HCDDV possui 42 leitos divididos em clínica médica e pediatria, e duas salas, sendo uma sala de observação e outra de emergência. A partir da implantação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados passou a disponibilizar mais 22 leitos. Os equipamentos da UCCI são

destinados ao desenvolvimento das atividades de reabilitação e readaptação das limitações funcionais e cognitivas, sem necessidade de equipamentos de maior aparato tecnológico, por se tratar de um atendimento de baixa complexidade, todavia, porém, com manutenção da excelência do atendimento.

Equipe multidisciplinar

Os usuários admitidos na UCCI são pessoas que demandam os mais variados tipos de atendimentos e conseqüentemente, necessitam da atenção de diferentes perfis de profissionais, constituindo assim uma equipe multidisciplinar conforme quadro abaixo:

Quadro 32 - Recursos humanos da Unidade dos Cuidados Continuados Integrados - UCCI

Técnico de enfermagem	20
Enfermeiro	2
Assistente Social	1
Médico	1
Fisioterapeuta	1
Fonoaudiólogo	1
Psicólogo	1
Farmacêutico	1
Nutricionista	1

O modelo de saúde da UCCI é uma estratégia entre a Atenção Básica e a atenção hospitalar, que envolve o aspecto social, e deve estar interligado com cada um destes setores. É portanto, um modelo de atenção focado na interdisciplinaridade e com atuação em redes, envolvendo os mais variados segmentos, entre eles citamos o Hospital de agudos, Atenção Básica e cuidado domiciliar.

O projeto implantado no HCDDV tem como parceiros os hospitais de agudos que atendem as tipologias definidas a serem encaminhadas para a unidade. Fazem parte os hospitais que atendem os pacientes dos municípios da 4ª Regional de Saúde, sendo em Ponta Grossa, a Associação Hospitalar Bom Jesus, a Santa Casa, o Hospital Vicentino, o Hospital Regional; em Curitiba, o Hospital do Trabalhador; em Campo Largo, o Hospital Nossa Senhora do Rocio, o Hospital São Lucas e em Irati, a Santa Casa, todos eles implantando uma Equipe de Gestão de Alta (EGA), responsável pelos encaminhamentos para a UCCI.

Essa Equipe de Gestão de Alta (EGA), que dentro dos critérios estabelecidos e pactuados, indica os pacientes que devem ser encaminhados para a UCCI, de acordo com a tipologia da unidade, que será mista, de convalescença e média permanência. E, após o paciente dentro da UCCI recebe uma avaliação interdisciplinar, com profissionais médico, enfermeiro e

assistente social, onde se faz o diagnóstico das necessidades, tanto de saúde quanto social e a elaboração do Plano de Cuidados ou Plano Terapeutico Singular (PTS).

A Atenção Primária de cada município da 4ª Regional de Saúde deve atuar durante o internamento do paciente na UCCI, se preparando para a continuidade do cuidado, após o retorno ao domicílio. Além disso, deve garantir o acesso aos outros níveis de assistência, quando necessário, mantendo assim a continuidade do vínculo. A assistente social da UCCI atua envolvendo todos os demais equipamentos sociais existentes no município de residência do indivíduo internado na UCCI, com o intuito de promover mecanismos e adaptações necessárias, que possibilitem o seu retorno ao domicílio.

O trabalho da equipe multidisciplinar além das ações específicas de cada categoria profissional incluem, entrevistas em conjunto com os pacientes e familiares, reuniões semanais com o intuito de avaliar o cumprimento das metas do Plano Terapeutico Singular PTS e revisá-lo a fim de se atingir os objetivos elencados para cada paciente e assistência individualizada, seja de enfermagem, de fisioterapia, médica ou social, para proporcionar maior autonomia aos pacientes.

O manejo das síndromes geriátricas se dá de modo protocolizado, bem como a monitorização da capacidade funcional para as AVDs e do estado mental, com a utilização de escalas de uso internacional. E a alta deve ocorrer de modo planejado, estando prevista e desenhada desde o internamento do indivíduo na UCCI, com o intuito de possibilitar a adequação do domicílio, e a capacitação do familiar ou cuidador para o apoio ou a realização do cuidado, se assim houver necessidade. Nesse aspecto, também deve haver parceria com a atenção básica do domicílio do indivíduo, para possibilitar um melhor acompanhamento das condições de saúde.

A prática dos cuidados continuados envolve familiares e profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, sendo que estes devem possuir competência técnica e habilidades no cuidar, pois o paciente e os familiares sofrem grande carga emocional e necessitam, além da capacidade técnica, uma prática envolta em sentimentos. Nesse aspecto, há a necessidade de constante reciclagem que resulte em benefícios na promoção da saúde ao usuário e às famílias ou responsáveis pelos cuidados. A reciclagem é destinada aos profissionais de saúde e aos familiares e cuidadores por meio de orientações individuais ou em grupos.

A educação permanente em serviço desenvolvido à partir de reuniões, supervisão e treinamento com discussão de assuntos voltados para o aspecto fisiológico e psicossocial dos pacientes e também acerca do plano terapêutico desenvolvido. A capacitação pode ser também realizada por meio de oficinas, cursos realizados na própria UCCI ou em parcerias com setores da APS, da rede social ou de unidades de urgência e emergência.

Impacto financeiro e contrapartidas

O impacto financeiro ocorreu por conta da reforma, ampliação e também da adequação tecnológica, onde foi instituído o incentivo de investimento de até R\$ 10.000,00 por leito, através do Ministério da Saúde e o incentivo de custeio, de acordo com a Portaria nº 2042, de 18 de setembro de 2013, distribuído de modo 50% do total de diárias produzidas anualmente, por leito no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais); 30% do total de diárias no valor igual a R\$ 200,00 (duzentos reais) e 20% no valor igual a R\$ 100,00 (cem reais), em repasse realizado mensalmente.

Há ainda contrapartida do governo do Estado, também voltado para investimento e para construção de novos espaços, conforme projeto arquitetônico e também para a aquisição de leitos e equipamentos.

A contrapartida do município e da própria instituição se dá na manutenção do serviço pela instituição, aquisição de medicamentos, insumos hospitalares, materiais de expediente e limpeza e gêneros alimentícios, manutenção e/ou contratação de profissionais nas áreas de enfermagem, nutrição, limpeza, manutenção e outros que se fazem necessários para a continuidade da assistência.

Monitoramento e avaliação

A prestação de contas da reforma, ampliação, aquisição dos equipamentos bem como a efetivação do projeto, sua eficácia, resolutividade e monitorização dos indicadores se dá até 180 dias após o recebimento dos recursos financeiros, conforme portaria e também de modo sistemático e contínuo, com vistas a melhoria da qualidade de vida dos usuários participantes do projeto da UCCI.

São utilizados para isso, instrumentos de avaliação criados pela própria instituição, bem como por meio de prestação de contas de balancetes e dados epidemiológicos apresentados ao Conselho Municipal de Saúde e encaminhados ao Ministério da Saúde e Tribunal de Contas do Estado do Paraná e digitados no Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), conforme cronograma abaixo:

Quadro 33 - Cronograma do monitoramento e avaliação

Instâncias de avaliação	Acompanhamento proposto	Periodicidade
HCDDV	Reunião entre equipes administrativa, enfermagem e médica com apresentação dos dados e avaliação da resolutividade	Mensal
SIASUS	Coleta Dados e relatórios	Mensal
SIHSUS	Relatório Pacto de Gestão – Acompanhamento de metas	Mensal
Diretoria HCDDV	Reunião – Apresentação dos dados, prestação de contas e	Trimestral

	avaliação	
Conselho Municipal de Saúde	Reunião – Apresentação dos dados, prestação de contas e avaliação	Trimestral
Prefeitura Municipal de Rebouças e SMS	Apresentação dos dados, prestação de contas e avaliação	Trimestral
Entidades Parceiras (Secretarias de Saúde Estadual e Municipais)	Apresentação dos dados, prestação de contas e avaliação	Trimestral ou de acordo com o pactuado

A avaliação e o monitoramento também ocorre por Grupos Condutores Estaduais da Rede de Urgências e Emergências (RUE), visitas “in loco” pelas Secretarias de Saúde e, quando necessária, a atuação do Sistema Nacional de Auditoria, com avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade do serviços através de indicadores quanti-qualitativos.

Indicadores de impactos sociais e econômicos - resultados esperados:

- Implantação de um novo modelo de atenção à saúde de pessoas com déficit funcional e/ou cognitivo e que necessitam de cuidados continuados;
- Melhoria da capacidade funcional e cognitiva dos indivíduos pertencentes ao público alvo da UCCI;
- Promoção da recuperação global dos indivíduos pertencentes ao público alvo da UCCI;
- Diminuição da permanência nos hospitais de agudos, bem como a necessidade de reinternamentos por agudização de sua condição crônica;
- Realizar uma abordagem integral e individualizada das necessidades dos indivíduos; Promoção de reabilitação, readaptação e reintegração social de indivíduos com déficit funcional e/ou cognitivo;
- Garantia da melhoria nas atividades da vida diária e continuidade do cuidado no domicílio, através de ações de educação em saúde, para funcionários da unidade e também para familiares e cuidadores.

Parceiros envolvidos

- Ministério da Saúde
- CEALAG
- GESAWORLD
- Hospital Samaritano
- FEMIPA
- Secretaria Estadual de Saúde/4ª Regional de Saúde
- Hospital de Caridade Dona Darcy Vargas
- Secretaria Municipal de Saúde de Rebouças

Para que se possa conseguir um efeito positivo na saúde e na qualidade de vida da população, são necessárias intervenções nem sempre simplificadas. A atenção à saúde, mesmo realizada em pequenos municípios possui demandas complexas e se faz necessário a integração de segmentos e setores com as mais variadas especialidades para se ampliar o atendimento e tornar a assistência cada vez mais resolutiva e eficaz.

Dentro desse contexto, é fundamental destacar a importância da Unidade de Cuidados Continuados Integrados que, em conjunto com a assistência hospitalar de agudos e a atenção primária em saúde, proporciona um atendimento de excelência em saúde promovendo melhoria na qualidade de vida da população.

Apesar do hospital de Rebouças possuir uma baixa taxa de ocupação de leitos, a estrutura existente é de alta qualidade, o que possibilitou a implantação da UCCI, a expansão dos atendimentos e o desenvolvimento de um atendimento em cuidados de convalescença e prolongados dentro dos melhores padrões de saúde, para que, além de Rebouças, municípios circunvizinhos também possam ser beneficiados com uma assistência mais resolutiva, com a possibilidade de mais leitos disponíveis para urgência e emergência nos hospitais de agudos.

9 - Gestão de qualidade - Tutoria na Atenção Primária À Saúde

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná com o objetivo de dar continuidade ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS, no eixo da Educação Permanente, em 2014, iniciou o processo de Tutoria, o qual busca organizar a Atenção Primária em Saúde - APS em todos os municípios para que a mesma atue como porta de entrada, com resolutividade e responsabilidade pelos cuidados dos seus cidadãos.

A Tutoria tem como objetivo apoiar as equipes de saúde no gerenciamento dos micro e macro processos prioritários para que assumam a coordenação das Redes de Atenção à Saúde, estabelecendo padrões e protocolos, organizando processos de trabalho com vistas a garantir a segurança do usuário e da equipe, gerenciar processos para a melhoria do cuidado e melhorar os indicadores de saúde da população.

Para o desenvolvimento da tutoria, seguindo os fundamentos da APS e da gestão da qualidade, foi estabelecido o Selo da Qualidade, como estratégia motivacional para as equipes. O Selo da Qualidade é um instrumento que congrega vários outros: Manual de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), Programa de Melhoria da Qualidade do Ministério da Saúde (PMAQ), Metas de Segurança da Qualidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as oficinas do APSUS, da SESA do Paraná.

Esse instrumento apresenta três níveis:

I) o selo bronze que tem por objetivo aferir o gerenciamento de risco, para garantir segurança do cidadão e da equipe;

II) o selo prata que visa aferir o gerenciamento dos processos, para garantir valor aos clientes finais;

III) o selo ouro que deve aferir os resultados, para garantir efetividade das ações desenvolvidas pela equipe.

As UESFs Central e Vila Operária já foram certificadas com o selo bronze e estão em busca do selo Prata, e as UESFs de Marmeleiro e Barra dos Andrades já aderiram às orientações da tutoria buscando a certificação do selo bronze.

Vale destacar que as demandas de saúde e as necessidades das famílias são infinitas e, no entanto, os recursos limitados. Por isso, é necessário eleger prioridades para que se utilize com máxima otimização os recursos financeiros existentes, e para isso, é extremamente indispensável o planejamento estratégico com o objetivo maior de contribuir na melhoria das condições de vida e saúde das pessoas.

9.1 - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)

É um programa federal que visa estimular o gestor municipal e também as equipes da Atenção Básica no diálogo e pactuação, quanto à contratualização ao Programa, com foco na melhoria do acesso, permitindo maior transparência e efetividade e qualidade das ações direcionadas à Atenção Básica.

São realizadas avaliações externas pelo Ministério da Saúde, e na maioria das avaliações as equipes obtiveram certificação acima da média, inclusive parte do recurso financeiro está sendo utilizado na forma de abono salarial como um incentivo para os membros das UESFs.

9.2 - Gestão em saúde - Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria

A fim de possibilitar melhoria na garantia do atendimento ao usuário nos diversos pontos de atenção à saúde, de forma oportuna e qualificada pactuou-se em 2007, o desenvolvimento de ações referentes ao processo de regulação da assistência à saúde. A atuação em auditoria é exercida em nível hospitalar e na Atenção Básica por um profissional médico e pelo gestor.

O processo de regulação, controle e auditoria deveria ser exercida por uma equipe que atue diariamente e diretamente nas UESFs com o objetivo de apoiar e promover a organização de

um processo de trabalho voltado para o acolhimento e centrado no usuário, e conduzir a implantação dos protocolos assistenciais, estimular e participar do processo educação permanente dos trabalhadores da atenção básica, regular o acesso aos outros níveis do sistema de forma qualificada, baseado nos protocolos e na gestão da clínica, identificando os casos de maior risco e/ou gravidade, para o atendimento das necessidades de cada caso.

Os encaminhamentos para centros especializados também são controlados e auditados a fim de intermediar o acesso aos serviços especializados (consultas, exames, terapias), gestão dos casos encaminhados e ainda a articulação dos diversos pontos da atenção á saúde, que compõe a rede de cuidados, com o objetivo de minimizar as filas de espera com as especialidades, observando sempre a utilização de protocolos clínicos e de orientação.

Com a finalidade de avaliar os serviços prestados aos usuários do SUS, ordenar e monitorar a execução dos contratos, credenciamentos e habilitações, conferir o uso dos protocolos clínicos, bem como a utilização de rotinas técnicas, verificar a conformidade dos procedimentos realizados, e a qualidade da assistência, todos os serviços do SUS no município devem ser submetidos à regulação da atenção através de auditorias analíticas e operativas, controle e avaliação, de forma sistemática.

9.3 - Ouvidoria

A Ouvidoria do SUS é um Instrumento de Gestão e Cidadania, definida como uma forma democrática de comunicação entre o usuário do SUS, a sociedade, e as diversas instâncias da gestão, visando o aperfeiçoamento da qualidade das ações e serviços prestados pelo SUS. Este espaço foi criado para receber denúncias, reclamações, críticas, sugestões, e também solicitações de informações e elogios, favorecendo assim o processo para a tomada de decisões para parte da gestão, e assim assegurar e/ou fortalecer um dos princípios do SUS, que é o controle social.

O serviço de Ouvidoria disponibiliza formas de acesso ao usuário, que são: atendimento presencial, por e-mail e através das urnas de sugestão, e avaliação mensal ao CMS dos serviços de saúde, com o intuito de permitir intervenções pontuais na melhoria do processo de saúde do município.

A Ouvidoria do município está instituída desde XXXX e funciona em uma sala da SMS sob a responsabilidade de um técnico do quadro administrativo da Secretaria Municipal de Saúde.

9.4 - Participação Popular e Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde de Rebouças (CMSR) constitui-se no órgão colegiado máximo do SUS no Município, em caráter permanente, com funções deliberativa, normativa e fiscalizadora. Atua na formulação de estratégias, acompanhamento, controle e avaliação da

execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, com a finalidade de assegurar a participação da comunidade nas ações dos serviços de saúde.

A história do CMSR começou em 1991, através da Lei Municipal 491/91 quando profissionais de saúde iniciaram contatos para abrir um fórum que fosse capaz de discutir as ações de saúde do Município, sendo este formado por prestadores, gestores e trabalhadores da saúde e legalmente instituídos através da 1ª Conferência Municipal de Saúde, realizada dia 21 de abril de 1991.

Com o intuito de corrigir as disparidades existentes entre os segmentos de representação da comunidade, em 2009, foi criada a Lei 1355/09 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Compete também ao CMS avaliar, fiscalizar e controlar a execução do Plano Municipal de Saúde, bem como a qualidade de serviços prestados pelos órgãos e entidades Públicas e privadas integrantes do SUS no âmbito municipal. Tem por competência ainda, acompanhar a programação e gestão orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde, através de audiências públicas trimestrais e demonstrativos das receitas e despesas para análise e aprovação; promover debates, palestras, audiências públicas e estudos, de forma a conhecer os problemas de saúde da comunidade, bem como mantê-la informada dos planos básicos e de sua implantação.

O atual CMSR é composto por 16 conselheiros e seus respectivos suplentes sendo 01 Gestor e 02 Prestadores de Serviços e Saúde, 13 Representantes dos Trabalhadores na área de Saúde e Usuários, que tomaram posse em 11 de novembro de 2009.

O CMSR não possui sede própria e reúne-se na Câmara Municipal de Vereadores. Por não possuir dotação orçamentária, utiliza as dependências e estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, com exceção de um microcomputador e máquina xerocadora. Reúne-se mensalmente em reuniões ordinárias sempre na última quarta-feira, podendo se reunir extraordinariamente, tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada.

Com objetivo de qualificar a participação popular foi promovido em 2013 curso de capacitação de conselheiros e de lideranças comunitárias e viabilizado a participação de representantes em eventos de importância para o desenvolvimento da participação popular no SUS. São também realizadas audiências públicas quadrimestral, em cumprimento da Lei Complementar 141, na Câmara Municipal conforme prazos estabelecidos pela lei.

9.5 - Financiamento

As ações de saúde desenvolvidas no SUS são financiadas pelo Fundo de Saúde e é de responsabilidade das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. O Fundo de Saúde está previsto tanto na Constituição Federal quanto na Emenda Constitucional nº 29/2000.

Os repasses do governo federal para custear as ações de saúde estão organizados em “Blocos de Recursos” e sua transferência ocorre através de repasse “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Os “Blocos de Recursos” são os seguintes: Assistência Farmacêutica, Atenção básica, Investimentos, Média e alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Vigilância em saúde.

O Bloco Financeiro da Atenção Básica é ainda dividido em Fixo e Variável, sendo que os recursos do Fixo são utilizados para custeio de ações de Atenção Básica e o Variável é utilizado em ações específicas dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal.

As ações desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica e Controle Doenças, Programa HIV/AIDS e outras ISTs, MAC - Vigilância Sanitária, PAB - Vigilância Sanitária, Programa de Tuberculose e VIGISUS são custeadas por recursos destinados ao Bloco da Vigilância em Saúde.

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é subdividido em sub-blocos básico, estratégico e de medicamentos de dispensação excepcional e deve agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica, de acordo com o aparelhamento do serviço de saúde.

Os repasses do Governo Estadual para custear as ações de saúde estão organizados em ações e sua transferência ocorre através de repasse “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Os “Blocos de Recursos” são os seguintes: Família Paranaense, Incentivo a Organização da Assistência Farmacêutica, Incentivo de Custeio ao Programa APSUS e os Incentivos de capital através das Resoluções para aquisição de veículos do Incentivo Financeiro de Investimento para Implementação do Transporte Sanitário – Apsus e Incentivo Financeiro para a Aquisição de Equipamentos de Fisioterapia ou Reabilitação.

Os repasses do Governo Municipal referem-se à aplicação do percentual mínimo de 15% sobre o total das receitas de impostos municipais: Imposto sobre serviço (ISS), Imposto sobre Transferências de bens imobiliário (ITBI) e Imposto predial e territorial Urbano (IPTU) mais as receitas de transferências da União: quota parte do Fundo participação dos Municípios (FPM), do Imposto sobre territorial Rural (ITR) e da Lei Complementar nº 87/1996 Imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS), mais Imposto de renda retido na fonte (IRRF) mais as receitas de transferência do Estado: quota parte do ICMS, Imposto sobre propriedade de veículos automotores (IPVA) e do imposto sobre produtos industrializados (IPI).

O financiamento para a gestão deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Gestão do trabalho, Educação em saúde e Incentivo à implementação de políticas específicas.

A demonstração de todas as despesas em saúde é descrita por categoria (corrente e capital), no sistema de acompanhamento denominado SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Este serviço é realizado por um profissional do quadro administrativo exclusivo para este fim lotado em uma sala da SMS, que trabalha diretamente em parceria com o setor contábil e de licitação da prefeitura municipal.

10 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2018 – 2021

DIRETRIZ 01 - FORTALECIMENTO DA REDE MÃE PARANAENSE

Rede Materno infantil

Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

OBJETIVO: Organizar e qualificar a atenção materno-infantil

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
-----------------------	---------------------------	---	------------------

1.1 Aumentar em 2% ao ano o parto normal em relação ao ano anterior cada ano	91 (42,5%)	Proporção de parto normal – gestantes do SUS	
1.2 Manter acima de 90% das gestantes com 7 ou mais consultas no pré-natal	196 (92%)	Proporção de gestantes – SUS com 7 ou mais consultas de pré-natal	
1.3 Realizar 3 teste rápido de sífilis das gestantes	100%	Nº de testes de sífilis por gestantes	
1.4 Manter em 0% os casos de sífilis congênita	0	Casos notificados no Sinan-Net	
1.5 Vincular 95% das gestantes SUS ao hospital para realização do parto, conforme estratificação de risco	95%	Proporção de gestantes SUS vinculadas ao hospital para realização do parto	

AÇÕES PARA ORGANIZAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

- Identificar as gestantes para que realizem o pré-natal o mais precocemente possível;
- Seguir o protocolo do Programa Mãe Paranaense no atendimento à gestante durante o pré-natal, parto, puerpério, e às crianças;
- Realizar a estratificação de risco às gestantes e crianças com garantia de referência ambulatorial e hospitalar para pré-natal, parto e puerpério;
- Vincular as gestantes ao hospital de referência para o parto, na primeira consulta pré-natal ou em qualquer mudança na estratificação de risco;
- Estabelecer a referência nos serviços de atenção especializada e/ou otimizar o acesso ao hospital de nível terciário para gestantes, puérperas e crianças de risco;
- Monitorar de modo efetivo as gestantes conforme a estratificação de risco;
- Intensificar o acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças estratificadas como alto risco, através de visitas domiciliares;
- Ampliar a cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância a saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura;
- Qualificar a assistência ao parto e articulá-la à atenção básica de saúde.
- Ampliar e melhorar os encaminhamentos para realização de laqueadura quando indicada;
- Realizar parcerias com outras instituições que atendam adolescentes, para desenvolver atividades educacionais e lúdicas, acerca da sexualidade, saúde reprodutiva, e planejamento familiar;
- Melhorar a qualidade do atendimento prestado no pré-natal, parto e puerpério;
- Organizar o atendimento da gestante adolescente e do parceiro;
- Participar de capacitações de promoção à saúde da mulher, abordando assuntos pertinentes à gestação (incluindo a captação precoce), parto, puerpério, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar;
- Qualificar os registros e anotações em prontuários; Incluir nas consultas do pré natal e no puerpério orientações sobre o planejamento familiar;
- Estabelecer protocolos de atendimento e garantia de oferta de métodos anticoncepcionais, com atenção ao adolescente e a mulher no climatério;
- Encaminhar para o alto risco gestantes e seus parceiros com sífilis, bem como tratar e acompanhar adequadamente;
- Garantir o acolhimento nos serviços que atendem parto, bem como transporte seguro e transferência para outras unidades de maior complexidade, capazes de atender suas necessidades;
- Garantir que nas UESFs em que forem atendidas devem saber quem é sua equipe de referência para os cuidados e assistência de uma equipe multiprofissional quando necessário.
- Realizar a estratificação de risco das crianças até um ano e ampliar a idade até menores de 5 anos;
- Intensificar o acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças estratificadas como alto risco, através de visitas domiciliares
- Participar de capacitações de promoção à saúde da mulher, abordando assuntos pertinentes à gestação

(incluindo a captação precoce), parto, puerpério, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar;

- Padronizar o uso da carteira da gestante e da criança em todas as UESFs.
- Intensificar o acompanhamento através da busca ativa de gestantes para que realizem no mínimo de 7 consultas;
- Ampliar e melhorar os encaminhamentos para realização de laqueadura pós-parto normal;
- Implantar a realização de atividade educativa em sala de espera do ambulatório de pré-natal, visando incentivar a participação nas consultas de pré-natal;
- Realizar projeto para viabilizar parcerias com comércio local para aquisição de materiais e insumos, como por exemplo, criação de um “Kit bebê” para todas as gestantes inscritas no SISPRENATAL;
- Reativar as atividades do Projeto “PROVAJOVEM” Projeto de valorização do Jovem, para prestar atendimento no Centro de Treinamento de Adolescentes (CTA);
- Fortalecer a vigilância do recém-nato, puérperas e acompanhamento das crianças no 1º ano de vida, atendendo as especificidades do binômio “mãe-filho”;
- Disponibilizar consulta de puerpério no mínimo em 10 dias após o parto;
- Realizar a testagem para Sífilis (teste rápido ou convencional) conforme protocolo do Programa Mãe Paranaense;
- Realizar atividades educativas para as gestantes das UESFs, abordando a importância da realização do teste de Sífilis conforme preconizado;
- Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical de sífilis;
- Distribuir preservativos em todos os setores das UESFs, em pontos estratégicos, casas de prostituição e outros;
- Intensificar as ações de prevenção de IST/Aids, em parceria com o Consórcio de Saúde bem como realizar teste rápido de sífilis, HIV e Hepatite B e C para a população em geral e em atividades pontuais desenvolvidas pelas UESFs;
- Realizar ações de sensibilização e incentivo para realização do teste rápido para sífilis HIV e Hepatite B e C para a demanda espontânea durante a triagem realizada nas UESFs;
- Divulgar na mídia escrita e falada, a importância em realizar o teste rápido, bem como a adoção de medidas de proteção;
- Capacitar profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem através do PAM para realização de teste rápido em todas as UESFs;
- Garantir a assistência pré-natal adequada em relação a gestante com sífilis;
- Disponibilizar insumos necessários para diagnóstico e tratamento;
- Aumentar a cobertura de Tratamento adequado com gestante e parceiro;
- Implantar/implementar os Comitês de Transmissão Vertical (TV) nos municípios para intensificar as ações de prevenção para TV;
- Realizar ações de educação em saúde para os profissionais;
- Notificar no Sinan corretamente;
- Agendar retorno, e manter controle de cura;
- Realizar o Seguimento do Protocolo Rede Mãe Paranaense para o Diagnóstico e tratamento oportuno da gestante com o conhecimento do status sorológico do parceiro.
- Manter a parceria com a Secretaria Municipal de Educação no Programa Saúde na Escola;
- Viabilizar consulta se possível pediátrica para todos os RN até o 7º dia de vida ou no máximo até o 30º dia e garantir atendimento prioritário para os RNs de risco;
- Realizar o registro no prontuário das UESFs dos métodos contraceptivos utilizados;
- Identificar e tratar adequadamente gestante/parceiro diagnosticados com sífilis;
- Disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis;
- Confeccionar e disponibilizar e materiais informativos sobre o tema IST/Aids, bem como, insumos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs para as UESFs;

- Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde, voltadas para a prevenção das ISTs;
- Implementar Educação Permanente para a qualificação dos profissionais e das práticas em saúde no atendimento às gestantes e crianças.

DIRETRIZ 02: FORTALECIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVO: Garantir acesso qualificado dos pacientes em situação de urgência e emergência com adequação a um dos pontos de atenção resolutivos da Rede.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
2.1 Implantar o serviço de Atendimento Móvel de Urgência	1 SAMU	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência	
2.2 Reduzir o número de óbitos por causas externas, exceto violências, em relação ao ano anterior	7 (6%)	Número de óbitos por causas externas exceto violências	
2.3 Reduzir o número de óbitos por doenças cardio e cerebrovasculares, em relação ao ano anterior	40 (34,2%)	Número de óbitos por doenças cardio e cerebrovasculares	

Garantir transporte de suporte avançado para pacientes contaminados pelo Covid-19, quando necessário transferências entre hospitais.	1 (100%)	Contratação do Serviço	??????
Disponibilizar transporte específico para suspeito e confirmado de COVID-19, bem como para equipe de apoio	2 (100%)	Garantia de transporte Adequado	
Garantir conforme nota técnica a porcentagem de lotação nos transportes sanitários da Secretaria de Saúde.	23 (100%)	Estabelecer em 100% da frota enquanto persistir a Pandemia	

ações para organizar e qualificar a rede de urgência e emergência

- Qualificar as equipes da APS para prestar o primeiro atendimento nas situações de urgência e emergência e encaminhamento adequado para continuidade do tratamento dentro da rede de serviço;
- Realizar educação permanente das equipes assistenciais de toda a Rede de Urgência e Emergência;
- Monitorar as informações sobre as solicitações de vagas para internação de urgência, com base no sistema de regulação;
- Desenvolver e implantar protocolos assistenciais na urgência e emergência em todos os pontos de atenção da Rede;
- Implantar a Classificação de Risco em todos os níveis de atenção a urgência;
- Implantar a linha de cuidado, com prioridade para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatismos.
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados;
- Avaliar a qualificação do componente hospitalar do SUS na área de Urgência e Emergência HOSPSUS;
- Definir o fluxograma e mapear os processos para atendimento dos cidadãos que procura a ATP de acordo com o nível de gravidade;
- Construir e conhecer a matriz de competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência e Emergência de acordo com a macrorregião do Paraná;
- Construir e conhecer a matriz de competência dos sistemas de apoio da Rede de Atenção à Urgência e Emergência de acordo com a macrorregião do Paraná;
- Construir e conhecer a matriz de competência dos sistemas logísticos da Rede de Atenção à Urgência e Emergência de acordo com a macrorregião do Paraná;
- Conhecer as grades de referências secundárias e terciárias, regionalizadas e articuladas;
- Instalar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional, tendo como polo base o município de Mallet;
- Garantir uma equipe capacitada (motorista, técnico enfermagem, enfermeiro) para atendimento exclusivo de urgência e emergência em conjunto com bombeiro comunitário;
- Manter ambulância e motorista no hospital, destinado para transferências.

DIRETRIZ 03: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

OBJETIVO: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os pontos de atenção em saúde.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
3.1 Ampliar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial		Manter acompanhamento dos pacientes no CAPS de Irati	

AÇÕES PARA ORGANIZAR E QUALIFICAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

- Organizar a atenção a Saúde Mental de acordo com o APSUS na Rede de Saúde Mental;
- Realizar a estratificação de risco dos transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas, considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados de acordo com o APSUS na Rede de Saúde Mental;
- Referenciar sempre que necessário os usuários portadores de transtornos mentais conforme a estratificação de risco;
- Manter a abertura de 4 grupos ao ano do Projeto de abordagem e tratamento do Tabagismo;
- Manter o Projeto Municipal de Abordagem e Tratamento do Etilismo, em parceria com o Ministério Público;
- Ofertar atendimento médica e psicológica, nas UESFs para dependentes químicos (álcool e drogas) que procuram diretamente as UESFs;
- Garantir a proteção às pessoas e grupos mais vulneráveis aos transtornos mentais;
- Realizar educação permanente para os profissionais de saúde, com vistas à qualificação dos serviços na Rede de Atenção a Saúde Mental;
- Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas
- Implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- Contratar psicólogo, assistente social e nutricionista para a composição do NASF;
- Implementar ações com o apoio do NASF, visando o fortalecimento, a resolutividade e melhoria na qualidade das ações prestadas para portadores de transtornos mentais.

DIRETRIZ 04: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE BUCAL

OBJETIVO: Organizar e ampliar de maneira articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e controle das doenças bucais.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
4.1 Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	63,49	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	
4.2 Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	0,86	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	
4.3 Reduzir em 2,5% o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	14,4	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	

AÇÕES PARA ORGANIZAR E QUALIFICAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

- Promover aumento progressivo de contratação de profissionais odontólogos para compor as equipes e desenvolver ações de saúde bucal na atenção básica e ampliar a cobertura de saúde bucal;
- Contratar profissionais odontólogos e auxiliar de saúde bucal para atender escolares e demanda espontânea e desenvolver atividades preventivas (educação permanente);
- Realizar ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de doenças bucais.
- Melhorar as ações estimulando a prevenção de cárie dentária através da escovação dental supervisionada, principalmente em escolares;

- Manter mudança de processo de trabalho da APS, objeto da tutoria;
- Melhorar o acesso dos usuários para consulta odontológica programática;
- Prestar atendimento odontológico de acordo com a estratificação de risco em Saúde Bucal para os grupos prioritários principalmente gestantes e crianças e classificação das urgências;
- Realizar atividades educativas nas escolas municipais e para as gestantes, visando a melhoria na escovação e redução do índice de cáries e exodontia;
- Melhorar o indicador de escovação dental supervisionada, através do adequado registro nos relatórios;
- Buscar meios para melhorar a distribuição de fichas de atendimento odontológico, seja pelos ACSs ou através de procura direta, para aumentar a cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- Realizar orientações para coordenadores das creches sobre higiene bucal em < de 1 anos e demais crianças matriculadas;
- Fornecer material de higiene bucal (escovas, luvas, gases, creme) para crianças carentes que frequentam escolas da rede municipal;
- Realizar levantamento do índice de cárie nos escolares;
- Incentivar as crianças para que realizem o tratamento completo, através de (presentes ou lembranças) que mostram a importância da escovação;
- Incentivar os profissionais da odontologia a participar de oficinas, standers, atividade educativas em datas comemorativas do município;
- Priorizar o tratamento odontológico para profissionais da SMS;
- Realizar periodicamente manutenção da estrutura e equipamentos nos consultórios odontológicos;
- Implementar a educação permanente, garantindo qualificação para a equipe de odontologia;
- Fornecer material de higiene bucal (escovas, luvas, gases, creme) para crianças carentes que frequentam escolas da rede municipal;
- Realizar reuniões com os profissionais da odontologia para definir e detalhar as ações a serem desenvolvidas visando reduzir o índice de exodontia
- Realizar estudo com número de exodontia que deverão ser realizadas por UESFs mensalmente, visando diminuir o percentual anual;
- Aumentar o número de prótese parcial removível em relação à prótese total, visto que o município tem um convênio com o MS para confecção de próteses;
- Solicitar um aumento no número de vagas para periodontia e endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Intensificar as atividades educativas nas escolas.

DIRETRIZ 05: IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PcD

OBJETIVO: Organizar nos pontos de atenção à saúde a promoção, prevenção, assistência, adaptação- o e reabilitação para pessoas com deficiência.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
5.1 Realizar Teste do Pezinho em 100% dos nascidos vivos		Percentual de nascidos vivos que realizaram o Teste do Pezinho	
5.2 Realizar testes acústico para triagem auditiva (teste da orelhinha), olho e coraçãozinho,		Percentual de nascidos vivos que realizaram os testes da orelhinha,	

conforme linha guia Mãe Paranaense, em 100% dos nascidos vivos		olhinho e coraçãozinho	
5.3 Promover 100% acessibilidade nos pontos de atenção à saúde aos portadores de deficiência			
5.4 Viabilizar os meios de reabilitação através do atendimento integral aos portadores de deficiência			

AÇÕES PARA ORGANIZAR E QUALIFICAR A REDE DE ATENÇÃO À COM DEFICIÊNCIA

- Realizar Teste do Pezinho, da orelhinha, olhinho e coraçãozinho, conforme linha guia da Mãe Paranaense para todos os nascidos vivos, visando a identificação precoce de deficiências vinculadas aos testes;
- Realizar a notificação casos de síndromes e/ou doenças raras com a implantação do SIDORA – tornando obrigatório o cadastro de pessoas com síndromes e doenças raras, visando identificar e desenvolver ações de atendimento imediato a essa demanda;
- Proporcionar acesso adequado para portadores de deficiência nos estabelecimentos de saúde;
- Viabilizar o acesso para portadores de deficiência nos estabelecimentos de saúde que não tem sua estrutura física adequada para esse atendimento.

DIRETRIZ 06: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO - RAISI

OBJETIVO: Garantir e estruturar a atenção integral à saúde do idoso com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
6.1 Reduzir o número de óbito prematuros Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças do aparelho respiratório) de 30 a 69 anos em relação a 2016	38 óbitos	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro DCNT (do aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas) por 100 mil habitantes nessa faixa etária	
6,2 Reduzir em 2% a cada ano as internações por condições sensíveis a APS, na faixa etária acima de 60 anos	48%	Proporção de internações por causas evitáveis, na faixa etária acima de 60 anos	
6.3 Ampliar a implantação e implementação da estratificação de risco para Fragilidade de idosos para 100% de acordo com a linha guia de Saúde do Idoso	(2017) 100% de idosos estratificados	Percentual de UESFs com estratificação de risco para Fragilidade de idosos implantada e implementada	

AÇÕES PARA ORGANIZAR E QUALIFICAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

- Implantar e implementar da RAISI, com todos os seus pontos de atenção;
- Estimular à implantação da atenção domiciliar para atendimento da população idosa, principalmente os acamados;
- Manter o Programa para Cuidados Continuados Integrados;
- Incorporar os medicamentos, procedimentos e insumos apropriados à população idosa;
- Estimular a vacinação de idosos conforme recomendações específicas para a faixa etária;
- Realizar vacinas em domicílio para idosos acamados;
- Promover e articular ações intersectoriais, visando oferecer segurança à população idosa e oportunidade de

participação social.

- Monitorar as internações por causas sensíveis à atenção básica e apoiar ações para melhoria da resolutividade da atenção básica de modo a prevenir essas hospitalizações;
- Desenvolver estratégias de prevenção das doenças e condições prevalentes na população da idosa.
- Dar seguimento ao Programa de Acompanhamento Sistemático de Pacientes Hipertensos e Diabéticos
- Organizar o atendimento para idosos nas UESFs de forma diferenciada propiciando maior atenção visando a manutenção adequada do tratamento;
- Implementar as ações para os grupos de idosos, como incentivo para a adesão no grupo da caminhada, reuniões, passeios;
- Criar um espaço para atendimento ao idoso, com garantia de acompanhamento de enfermagem, aspecto cognitivo e social (UNIDADE DIA), com critérios pré-estabelecidos;
- Realizar continuamente a avaliação de risco cardiovascular e IMC para todos os idosos;
- Realizar a Classificação de risco utilizando o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20);
- Realizar atendimento mensal nas comunidades do interior priorizando os idosos.

DIRETRIZ 07: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

OBJETIVO – Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação e qualificação dos serviços de saúde, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
7.1 Aumentar e ou manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica e garantir o acesso a serviços de saúde com qualidade	98,22%	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	
7.2 Reduzir para 1% as internações por causas sensíveis da Atenção Primária		Proporção de internações por causas sensíveis a Atenção Primária	
7.3 Manter a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 1,00 na população alvo	1.12 (1.229 exames)	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	
7.4 Manter a razão de mamografias realizadas na população-alvo em 0,50 ao ano	0,60 (251 mamografias)	Razão de exames de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária	
7.5 Obter 100% de adesão das UESFs no processo de Tutoria	(2017) 100%	Percentual de adesão das UESFs no processo de Tutoria	

AÇÕES PARA ORGANIZAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Garantir a equidade e priorização de risco nos exames de maior complexidade;
- Redimensionar as áreas de abrangências das Equipes de Saúde da Família, através de revisão do processo de territorialização;
- Participar do programa “Mais Médicos”, para garantir e ampliar a cobertura populacional e o acesso a serviços de qualidade;
- Adquirir materiais e equipamentos para atenção primária à saúde e demais setores da SMS;
- Constituir mecanismos para alargar a valorização dos profissionais, através de encontros anuais;
- Adquirir veículo exclusivo para o desenvolvimento das ações de saúde das UESFs, odontologia e fisioterapia;
- Criar casa de apoio para os pacientes que vem do interior para tratamento fora do domicílio, com critérios pré-estabelecidos;
- Instituir programa semanal de rádio local para a SMS: “Programa Saúde no Ar”;
- Realizar concurso público para adequar as equipes das UESFs, principalmente ACS;
- Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS;
- Instituir políticas de incentivos salariais embasados em produtividade, eficiência e qualidade;
- Implementar políticas de humanização e qualidade no atendimento, buscando a melhoria da resolutividade na Atenção Primária
- Realizar convênio com Casa de Apoio para tratamento oncológico em Curitiba;
- Garantir transporte com mais qualidade para pacientes em tratamento de quimioterapia e radioterapia (adequar horários ou disponibilizar carro exclusivo para esse tipo de tratamento);
- Manter e implementar manutenção predial e de equipamentos médico-hospitalares, de refrigeração, de veículos, de forma preventiva e corretiva, criando mecanismos de agilização dos processos, evitando descontinuidade dos serviços aos usuários;
- Realizar análise da Gestão na Atenção Básica – concomitante com a implantação do PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade em todas as UESFs e postos de saúde da rede básica;
- Monitorar e avaliar o cuidado às doenças sensíveis à Atenção Primária e apoiar ações para melhoria da resolutividade da atenção básica de modo a prevenir hospitalizações;
- Realizar análise crítica das internações por condições sensíveis a APS na faixa etária < de 70 anos;
- Implantar na rotina clínica a estratificação do risco cardiovascular e do controle clínico metabólico dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes;
- Instituir o ambulatório médico, para atendimento de demanda reprimida das UESFs;
- Garantir referência de ginecologia e obstetrícia;
- Disponibilizar exames e consultas para realizar a estratificação de risco e monitorar os pacientes;
- Estimular a vacina contra a gripe para os grupos de risco conforme recomendação;
- Implementar os protocolos clínicos e fluxos de atendimento conforme o cronograma estabelecido para hipertensos e diabéticos em todas as UESFs;
- Criar grupos de Hipertensos e Diabéticos em todas as Unidades da Atenção Primária para implementar as ações e incentivo para a adesão no grupo da caminhada, reuniões, passeios;
- Manter o atendimento mensal nas comunidades do interior;
- Incentivar a participação nas atividades em comemoração à Semana de Prevenção ao Rim, em parceria com a Clínica Renal Irati;
- Realizar atividades culturais em parceria com a Pastoral da Criança e CRAS como sopa, bingo, festa junina, confraternizações;
- Realizar capacitação sobre cuidado e tratamento de feridas para todos os profissionais de enfermagem com o objetivo de prevenir o pé diabético;
- Realizar projetos para aquisição de recursos para reforma e/ou ampliação das unidades de Marmeleiro e do “antigo Posto de Saúde Central”;
- Manter fiscalização do cumprimento dos contratos com prestadores através dos gerentes das unidades de saúde;

- Manter atualizado o Sistema de Informação do Câncer – SISCAN;
- Monitorar e intensificar a coleta de citologia do colo do útero na população feminina, prioritariamente na faixa de 25 a 64 anos;
- Realizar o rastreamento de mulheres para as ações de controle do câncer do colo do útero e de mama na APS;
- Realizar ações de Prevenção e Controle para detecção precoce do câncer ginecológico e de mama;
- Realizar levantamento nominal em todas as UESFs das mulheres acima de 15 anos para identificar quais não realizam o preventivo e mamografia;
- Monitorar e intensificar a realização de mamografia priorizando as que se encontram na faixa etária de 50 a 69 anos;
- Realizar busca ativa com convite nominal principalmente para as mulheres que nunca realizaram a coleta do preventivo;
- Manter a realização de campanha de coleta de exame citopatológico e de mama em todas as UESFs duas vezes no ano (março e outubro);
- Disponibilizar transporte nas campanhas para mulheres com dificuldade de acesso;
- Manter atendimento à noite para realização de citologia para trabalhadoras nas campanhas;
- Divulgar na mídia (escrita e falada) sobre câncer ginecológico e de mama;
- Incentivar e melhorar a cobertura de coleta de preventivo em gestantes;
- Garantir a todas as mulheres o diagnóstico, tratamento e seguimento das lesões precursoras do câncer de colo de útero e de mama;
- Monitorar, planejar e implementar o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS como estratégia de diagnóstico, planejamento e implementação de ações de saúde em todas as UESFs;
- Sensibilizar os gestores e profissionais de saúde para adesão no Processo de Tutoria, na busca do Selo da Qualidade, como estratégia motivacional para as equipes;
- Implantar e implementar protocolos e fluxos de atendimento com implementação do programa de Qualificação da Atenção Primária a Saúde – APSUS como forma diretriz do atendimento, diagnóstico e promoção de ações em saúde;
- Expandir o modelo de Atendimento da Tutoria para todas as ESFs, com o agendamento de consultas para as condições crônicas e garantia de atendimento para os casos agudos
- Monitorar o processo de Tutoria, visando à certificação de qualidade com os Selos Bronze, Prata e Ouro;
- Criar uma equipe técnica de apoio à gestão da SMS;
- Implantar sistema de informatização em todos os setores da SMS;
- Priorizar investimentos na prevenção e promoção à saúde em todas as unidades;
- Implantar academias de saúde nas comunidades do interior do município, priorizando os locais com unidade de saúde ou conforme a necessidade da população
- Realizar parcerias com as demais secretarias para implantar o programa de coleta de material reciclável no interior do município.

DIRETRIZ 08: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVO: Promover a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
8.1 Garantir acesso qualificado no hospital de referência para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual.	9 Unidades de notificação 1 hospital de referência	Número de Hospital e UESFs com serviços estruturados, vinculados ao cadastro no	

		CNES	
8.2 Manter acima de 85% o acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	83,50	Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na Saúde	
8.3 Ampliar o acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias do Programa Leite das Crianças - PCL	315	Percentual de cobertura de acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias pelo PLC	
8.4 Manter a participação de 100% das escolas no Programa Saúde na Escola – PSE, auxiliando no combate a pandemia do COVID-19	100%	Número de escolas que tem o Programa implantado	
Acolher os pacientes sintomáticos respiratórios suspeitos de covid-19, em local pré-estabelecido em cada unidade de saúde, oferecer máscara cirúrgicas, álcool em gel, priorizando o atendimento o mais rápido possível.	9 (100%)	Número de unidades de saúde	
Realizar coleta da material para todos os sintomáticos respiratórios usuários do SUS conforme protocolo vigente do MS	100%	Coletar material para identificação de COVID-19 de todos os pacientes que se enquadrem no protocolo de coleta	
Distribuir máscara de tecido para a população usuárias do SUS	15000	Distribuir máscara de tecido para 1500 pessoas conforme protocolo	R\$1500,00 Fonte:??
Criar equipe para monitorar, isolar os pacientes confirmados e seus contatos, conforme protocolo estabelecido pelo MS	3	Monitorar pacientes confirmados e seus contatos, conforme protocolos estabelecidos pelo MS	
Contratar profissional médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, para atendimento das demandas relacionadas ao enfrentamento do Covid-19, nos ESFs	4	Contratação de profissionais, de forma emergencial para suporte das ações de combate ao Covid-19	
Atingir no mínimo 90% dos monitorados, conforme planilha do sistema Notifica Covid-19, sendo realizado nos sábados, domingos e feriados.	100%	Monitorar diariamente no mínimo 90% dos pacientes contaminados por COVID-19 e seus contatos	
Fornecer EPIS para os servidores da saúde, conforme nota técnica de combate ao COVID-19	100%	Disponibilizar EPIS, para todos os trabalhadores da saúde, conforme nota técnica.	
Readequar ambiente para coleta exclusiva para coleta de material para exames de suspeitos de COVID-19	1	Disponibilizar ambiente exclusivo para coletas de material para exame de suspeitos de COVID-19	
Disponibilizar testes rápidos imunocromatografico para detecção de ANTÍGENO de Sars Cov2 em amostras de swab nasofaríngeo, para os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, que se enquadrarem nas	100%	Disponibilizar testes rápidos para os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde	

normas estabelecidas para o uso.			
Avaliar a possibilidade de oferta de exames específicos para detecção do COVID-19, para população em geral	10% (100%)	Avaliar a possibilidade de compra de exames específicos para identificação de Covid-19 para a população, para 10% da população.	
Implantar unidade Sentinela para atendimento de sintomáticos respiratórios, conforme a necessidade e demanda dos serviços.	1	Avaliar a implantação de UNIDADE SENTINELA para atendimento de sintomático respiratório.	
Contratação de pessoal não especializado para orientação ao combate ao COVID-19 em áreas públicas e estabelecimentos comerciais.	2	Contratação de pessoal não especializado para fiscalização e orientação relacionadas ao COVID-19	
Integrar as secretarias no combate ao COVID-19	100%	Promover a integração com outras Secretarias Municipais para o enfrentamento do COVID-19	
Criar parcerias com outros setores para dar suporte ao isolamento domiciliar dos contaminados por Covid-19 (cestas básicas, transpor e medicamentos)	100%	Buscar apoio com outros setores para viabilizar o cumprimento de isolamento domiciliar dos contaminados por COVID-19 em todos os casos que necessitem desse apoio.	
Promover apoio psicológico, nutricional e de assistência social para as famílias isoladas para controle da transmissão do COVID-19	100%	Apoio dos profissionais dos NASF voltados às famílias em Isolamento Residencial, em todos os casos que necessitem do serviço.	

AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE

- Disponibilizar o Protocolo para Atendimento Integral às pessoas em situação de violência sexual, aos serviços de saúde.
- Manter o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências;
- Desenvolver as ações em parceria com a rede municipal de atenção e prevenção das violências. (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar);
- Identificar as áreas de maior ocorrência de violências no município;
- Realizar educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde com ações para a prevenção de agravos e eventos adversos, com foco nas violências e nas maiores causas de morbimortalidade;
- Implementar e monitorar as ações da área de Alimentação e Nutrição em parceria com o NASF e nutricionistas da Secretaria da Educação;
- Manter o “dia do peso” duas vezes por ano em todas as UESFs;
- Manter e revisar continuamente em parceria com a assistência social, para manter atualizados o cadastro das famílias beneficiadas do Programa Bolsa Família;
- Intensificar o acompanhamento das crianças de risco, através de visitas domiciliares.
- Promover ações de educação em saúde para os integrantes da Bolsa Família;
- Promoção da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde.

- Monitorar a situação alimentar e nutricional dos beneficiários do PLC;
- Implantar a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Atenção à Saúde às Pessoas em Condição Crônica;
- Monitorar e avaliar as condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens das escolas referentes à acuidade visual e auditiva, saúde bucal, situação vacinal; segurança alimentar e alimentação saudável,
- Manter os indicadores conforme pactuado no Programa Saúde na Escola;
- Promover ações contínuas voltadas a diminuição da prevalência de desnutrição e ou obesidade em crianças menores de 5 anos;
- Realizar a puericultura até 2 anos de idade com avaliação mensal nas UESFs e postos de saúde;
- Instituir o Grupo Técnico com pedagogos e professores, e a equipe da saúde do PSE, para monitorar e avaliar as ações desenvolvidas;
- Promover atividades relacionadas à cultura de paz e direitos humanos, saúde mental, DST/AIDS, direito sexual e reprodutivo, prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, tabagismo, alimentação saudável, exposição solar, obesidade e ações de promoção do autocuidado;
- Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde de jovens.

DIRETRIZ 09: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO: Universalidade do acesso aos medicamentos para tratar as doenças prevalentes no município, garantindo a continuidade do tratamento de forma racional em consonância aos princípios do SUS.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
9.1 Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica HORUS na farmácia da UESF de Marmeleiro (área rural).	75%	Número de sistema implantado por UESFs	

9.2 Manter atualizado o sistema de gerenciamento da Assistência Farmacêutica - Hórus.	<u>100%</u>	Relatório mensais enviados	
9.3 Estruturar a Comissão de Farmácia e Terapêutica.			
9.4 Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica no município, mantendo-os de acordo com as leis e diretrizes vigentes.		Número de estabelecimentos farmacêuticos inspecionados e que atendem as normas	
9.5 Reestruturar a Assistência Farmacêutica, aperfeiçoando todas as etapas internas do ciclo (programação, aquisição e distribuição)		Relatório do sistema informatizado CAF	
9.6 Implantar sala para Atendimento Farmacêutico.			
9.7 Manter o repasse de recursos financeiros ao Consórcio Intergestores Paraná Saúde para a execução das contrapartidas estadual e federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF, para aquisição centralizada de medicamentos		Nº de Convênios em execução	
9.8 Manter o Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica - IOAF aos 399 municípios paranaenses		Nº de municípios que aderiram ao IOAF	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Garantir medicamentos e insumos seguros e eficazes, na quantidade suficiente para atender a demanda de saúde no serviço público.
- Reorganizar a Assistência Farmacêutica do município, através da adequação da estrutura física, aquisição de medicamentos e insumos, equipamentos, material permanente e despesas de custeio com manutenção dos serviços.
- Coletar dados de consumo dos medicamentos para efetivar o ciclo da assistência farmacêutica e evitar o desabastecimento das UBS;
- Criar da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com equipe multiprofissional;
- Formular a Relação Municipal de Medicamentos;
- Reestruturar a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF);
- Distribuir medicamentos essenciais, especializados e estratégicos da farmácia;
- Orientar quanto o descarte do material pérfuro cortante utilizado pelos insulinos dependentes;
- Recolher e destinar adequadamente os materiais pérfuro cortantes entregues pelos insulino independentes;
- Manter licitação com farmácias locais para fornecer medicamentos “não básicos” para pessoas carentes;
- Manter a liberação de medicamentos básicos para pacientes internados no hospital municipal;
- Realizar capacitação de 100% dos profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica Municipal;
- Renovar anualmente processos administrativos para a transferência dos recursos financeiros, do Fundo Estadual de Saúde/SESA ao Consórcio Intergestores Paraná Saúde;
- Monitorar e avaliar a execução dos convênios bem como a aplicação dos recursos;
- Manter o repasse dos recursos aos municípios contemplados e que aderiram ao IOAF;
- Realizar a consulta farmacêutica após capacitação;
- Estipular metas de atendimento (quantitativa e qualitativa) para o repasse financeiro ao hospital;
- Garantir de exames e medicamentos básicos;
- Participação do farmacêutico em palestras e eventos especialmente nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, e no PSE.

DIRETRIZ 10: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS

OBJETIVO: Investir em infraestrutura das Unidades Próprias

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Previsão orçamentária
10.1 Construir novas Unidades de saúde e/ou Reformar, ampliar unidades de saúde Construir salas administrativas	Processo de aquisição em fase de construção	Reformar as Unidades de saúde de Marmeleiro e o Centro de Saúde (Posto Central)	Fonte
10.2 Estruturar e reestruturar 100% das unidades de saúde e unidades técnico-administrativas da SMS com equipamentos e materiais permanentes	Processo de aquisição em fase de construção	Percentual das Unidades de saúde e administrativas equipadas	
10.3 Adquirir veículos para reposição da frota da rede	Processo de aquisição em fase de construção	Nº de veículos adquiridos e distribuídos às Unidades	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS

- Monitorar e avaliar o processo de elaboração dos projetos arquitetônicos e complementares;
- Monitorar e avaliar o processo de execução da obra;
- Adquirir e distribuir equipamentos e materiais permanentes às unidades;
- Adquirir e distribuir veículos às Unidades, principalmente para as UESFs, odontologia e fisioterapia.

DIRETRIZ 11: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO: Analisar a situação de saúde, identificar e controlar determinantes e condicionantes, riscos e danos à prevenção e promoção da saúde, por meio de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância laboratorial.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Previsão orçamentária
11.1 Manter acima de 90% a cobertura vacinal para todos os grupos etários contemplados no calendário de vacinação nacional e de	Atingir as coberturas mínimas	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança e de	

Campanhas.	conforme parâmetro estabelecido pelo MS para os grupos com metas estabelecidas	campanhas com coberturas vacinais alcançadas	
11.2 Monitorar os serviços de saúde que realizam vacinas (sala de vacina) quanto às boas práticas de vacinação	4 salas de vacina supervisionadas 100%	100% das salas de vacinas supervisionadas. Uma supervisão anual por sala de vacina, utilizando o instrutivo de supervisão do Ministério da Saúde/PNI/SESA	
11.3 Notificar e investigar qualquer evento adverso pós-vacinação categorizado como leves, moderados, grave, segundo o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-vacinação - EAPV.		Número de evento adverso pós-vacinação notificados no ano	
Atualizações de ações descritas no Plano de contingência para o combate a Pandemia do COVID-19	1	Atualizar e manter as ações descritas no plano de contingência do Município.	
Orientar e capacitar os profissionais dos serviços de saúde e a população sobre as medidas individuais e coletivas de prevenção e controle para o COVID-19	100%	Orientação e capacitação dos profissionais dos serviços de saúde e da população	
Manter a população informada por meio dos veículos de comunicação local ao combate ao COVID-19, através de RÁDIO, JORNAL ESCRITO e REDES SOCIAIS e FISCAIS CONTRATADOS.	100%	Manter a população informada sobre o COVID-19	
Implantar Comitê Interno da Sec. Municipal de Saúde, com representantes de todas as categorias profissionais da área.	1	Implantar COMITÊ interno da Secretaria Municipal da Saúde, no combate ao COVID-19	
Implantar Comitê Externo com representantes de todos os seguimentos da sociedade, incluindo, poder Executivo, Legislativo e Judiciário e Ministério Público.	1	Implantar COMITÊ EXTERNO de Combate ao COVID-19	
Executar campanha de vacinação contra COVID-19, conforme protocolo do MS	1	Planejar e executar campanha de vacinação contra COVID-19	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Realizar capacitação sobre Imunização e rede de frio;
- Realizar monitoramento das metas e indicadores de coberturas vacinais (planejamento, monitoramento mensal e avaliação trimestral);
- Promover ações de educação permanente, em parceria com outros setores como Secretaria da Educação, Creas, Cras, sobre a importância da vacinação;
- Elaborar materiais informativos sobre imunização para distribuição em estabelecimentos de interesse da saúde pública;
- Adquirir um veículo exclusivo para a vigilância epidemiológica com o repasse do Vigiasu;
- Realizar listagem para acompanhamento dos vacinados nas campanhas nacionais;
- Manter sistema de registro de aprazamento de vacinas mensalmente pelo programa SI-PNI e realizar backup externo diariamente;
- Manter método manual de aprazamento atualizado;
- Avaliar mensalmente a cobertura vacinal através de relatórios e acompanhamento do SIPNI;
- Verificar mensalmente os faltosos e realizar busca ativa.
- Realizar a supervisão e monitoramento utilizando o Instrumento de Supervisão em Sala de Vacina do Ministério da Saúde/SESA, uma vez ao ano (1º, 2º ou 3º Quadrimestre). Quando encontrado irregularidades, determinar prazo para regularização e retornar para a segunda supervisão.
- Encaminhar cópia do instrumento de supervisão de sala de vacina para a Regional de Saúde;
- Notificar a ocorrência de qualquer evento adverso pós-vacinação categorizado de acordo com o Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) e ou notas técnicas do PNI/MS. A investigação proporciona a elucidação do EAPV, mediante o acompanhamento do paciente, para a confirmação ou descarte do caso.
- Orientar permanentemente o preenchimento de todos os campos das fichas de notificação e investigação de EAPV, inserir no SI-EAPV online os resultados de exames complementares e, se necessário, encaminhar a DVVPI relatórios médicos e exames, quando solicitado.

11.4 Manter acima de 95% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	117 óbitos (98,9%)	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	
11.5 Reduzir em 2% ao ano Coeficiente de mortalidade infantil, em relação ao ano anterior	4 (18,6)	Coeficiente de Mortalidade infantil/1000 nascidos vivos	
11.6 Investigar 100% os óbitos infantis e fetais	4 (100%)	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	
11.7 Manter em 0 o número de óbito materno	0	Coeficiente de Mortalidade Materna/100.000 nascidos vivos	
11.8 Investigar 100% os óbitos maternos	0100%	Proporção de óbitos maternos investigados	
11.9 Investigar 100% os óbitos em mulheres em idade fértil - MIF	100%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil – MIF investigados	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Identificar no SIM local dos óbitos com causa mal definida (Cap. XVIII)
- Realizar investigação de óbitos com causa básica mal definida, segundo as orientações do Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, Ministério da Saúde (MS), 2009;
- Participar de cursos de formação e atualização de codificadores de causa básica do óbito, de investigação de causa mal definida;
- Adquirir a coleção completa dos três volumes atualizados da CID-10 para o setor de epidemiologia (ao codificador), e se possível para as UESFs;
- Alterar causa básica no SIM com informação da fonte de investigação – IML, Sinan, SIH, RHC e RCBP (registros de câncer), Boletim de Ocorrência Policial e Prontuário Ambulatorial e Hospitalar (se o resultado da investigação apontar a mudança de causa básica);
- Sensibilizar os médicos quanto ao preenchimento da Declaração de Óbito (DO);
- Reduzir a prevalência de códigos incluídos na lista de códigos inespecíficos de causa mortis;
- Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), por meio de atualizações dos protocolos da CID 10;
- Digitar oportunamente as declarações de óbito no SIM local;
- Manter o envio de dados ao SIM com regularidade;
- Realizar busca ativa de DO, através de confronto dos registros dos sepultamentos nos cemitérios locais com os bancos locais do SIM, cartórios, SVO, IML e estabelecimentos de saúde;
- Realizar a retroalimentação do SIM no mínimo uma vez ao mês;
- Constituir Grupo Técnico municipal (Grupo de Trabalho de Agilização da Investigação de Óbito) para investigação e discussão dos óbitos infantil, fetal, materno e de mulheres em idade fértil;
- Intensificar a coleta das Declarações de Óbitos (DO) nos estabelecimentos de saúde de ocorrência e nos cartórios de registro civil;
- Digitar todos os campos da ficha síntese no módulo SIM de investigação dos óbitos infantil, fetal, materno e de mulheres em idade fértil óbito no SIM Federal;
- Identificar no módulo SIM, os óbitos que serão objeto de investigação;
- Investigar óbitos segundo as orientações do Manual de Vigilância do óbito fetal e infantil do Ministério da Saúde;
- Realizar as investigações do óbito infantil de acordo com a regulamentação da Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010;
- Fortalecer o processo de investigação, cumprindo o tempo oportuno determinado em legislação;
- Atualizar e corrigir os dados pós investigação da DO no SIM (a DO e a ficha síntese devem estar atualizadas após a investigação);
- Gerenciar sistemas de informação voltados a Vigilância em Saúde;
- Preencher todos os campos da ficha síntese de investigação no módulo SIM;
- Realizar busca de possíveis óbitos maternos dentre os óbitos de Mulher em idade Fértil (MIF), mediante análise de causas básicas de óbitos MIF que possam mascarar um possível óbito materno;
- Realizar busca nos bancos do SINASC (até um ano anterior ao óbito), o registro de nomes de mães identificados no banco de dados de óbitos MIF;
- Preencher o campo 37 da Declaração de Óbito;
- Sensibilizar os médicos quanto ao preenchimento da Declaração de Óbito (DO);
- Atualizar e corrigir os dados pós investigação da DO no SIM;
- Realizar ações voltadas para melhoria da saúde da mulher e da criança, contribuindo para a redução de

<p>óbitos infantil, fetal, materno e de mulheres em idade fértil;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informações sobre a mortalidade materna, infantil e de idade fértil para as UESFs; • Realizar a análise dos fatores determinantes do óbito infantil, fetal, materno e de mulheres em idade fértil, bem como de medidas de prevenção e evitabilidade em equipe multidisciplinar; • Realizar a análise dos fatores determinantes do óbito em equipe multidisciplinar; • Realizar e manter atualizado o registro nos prontuários hospitalar ou de consultas especializadas ou não, referência e contra referência, bem como acesso a exames e todos os documentos de acompanhamento de consultas nas UESFs, pré-natal, parto, puerpério e puericultura, visando melhorar a investigação de óbitos materno, infantil e fetal. • Instituir Relatório Mensal de Planejamento Familiar com registro de: SSVV e antecedentes ginecológicos, tipo e tempo de método contraceptivo utilizado, com o objetivo de melhorias no atendimento e facilitar a investigação de óbitos MIF; • Receber em tempo hábil os prontuários hospitalar ou de consultas especializadas ou não, referência e contra referência, bem como acesso a exames e todos os documentos necessários permitindo ao Grupo Técnico da Mortalidade Materna e Infantil realizar a investigação de óbitos cumprindo o prazo preconizado na portaria • Fortalecer as ações do Grupo Técnico e do Comitê Municipal de Mobilização pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil; 			
11.10 Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	100%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	
11.11 Garantir a realização de exames anti HIV nos casos novos de tuberculose	100%	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	
<p>AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar busca ativa e realização de coletas dos sintomáticos respiratórios e dos contatos de portadores; • Manter encerramento oportuno dos casos de Tuberculose no SINAN; • Desenvolver ações integradas como Tratamento Diretamente Observado (TDO) junto às UESFs para o aumento de cura dos casos novos e busca ativa dos sintomáticos respiratórios, conforme o índice de incidência nas unidades; • Participar de capacitações sobre Tuberculose; • Realizar busca ativa de contatos dos contatos com disponibilização de exames; • Disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para as UESFs visando o desenvolvimento das ações voltadas para o controle da tuberculose; • Monitorar o banco de dados do Sinan; • Realizar ações voltadas para o controle da tuberculose em parceria com as UESFs e Vigilância em Saúde, principalmente no dia mundial e estadual de combate e prevenção a Tuberculose; • Distribuir material informativo sobre Tuberculose; • Realizar teste rápido de HIV ou sorologia a todos os casos novos de tuberculose diagnosticados; 			
11.12 Manter em \emptyset o número de casos de aids em menores de 5 anos	\emptyset	Reduzir a transmissão vertical do HIV/Aids	
11.13 Aumentar a realização do teste rápido para diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatite B e C		Realizar no mínimo uma campanha anual para a população	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Disponibilizar teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C em todas as UESFs;
- Realizar capacitação de Teste rápido para enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- Realizar campanhas alusivas à prevenção das ISTs e Hepatites virais, para mobilização e sensibilização da população e profissionais de saúde, salientando a importância da adesão ao TARV para atingir a carga viral indetectável, reduzindo a cadeia de transmissão do HIV, e outras infecções;
- Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes/parturientes e em crianças expostas;
- Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical da sífilis e tratar adequadamente a gestante e o parceiro;
- Propor parcerias com as UESFs para realizar ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis;
- Disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis;
- Prestar apoio técnico as UESFs no desenvolvimento de ações voltadas para a redução de doenças sexualmente transmissíveis;
- Participar de reuniões técnicas e estudos sobre as doenças sexualmente transmissíveis;
- Gerenciar sistemas de informação voltados à Vigilância em Saúde;
- Encaminhar para tratamento e acompanhar adequadamente os portadores de Hepatite B e C.

11.14 Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação

Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

11.15 Coletar amostra de swab de oro e nasofaringe combinado ou de lavado broncoalveolar, de todo caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados (leito regular e/ou UTI) ou de óbitos, com notificação no SINAN Influenza Web

Número de amostras coletadas em no mínimo 80% dos casos notificados/ano.

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Encerrar oportunamente as doenças e agravos notificados no Sinan cumprindo o prazo estabelecido.
- Disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para a notificação de doenças e agravos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan;
- Prestar apoio técnico as UESFs e disponibilizar informações para o desenvolvimento de ações de notificação de doenças e agravos;
- Manter atualizados o sistema de informação Sinan;
- Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.
- Articular com os serviços de saúde que atendem SRAG, sensibilizando-os para que notifiquem e realizem a coleta de material biológico dos casos hospitalizados detectados;
- Orientar os enfermeiros dos serviços de saúde em coleta de amostras biológicas dos casos internados de SRAG e/ou dos óbitos.

11.16 Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	∅ casos 100%	Curar 100% dos casos diagnosticados de MH entre os casos novos diagnosticados no ano da coorte	
11.17 Realizar exames dermatoneurológicos dos contatos domiciliares de casos novos de hanseníase, diagnosticados no ano vigente e registrados no Sinan Net	∅ casos 100%	Examinar 100% dos contatos	
11.18 Realizar avaliação do grau de incapacidade física do paciente, na alta por cura, dos casos de hanseníase registrados no Sinan-Net no ano vigente	∅ casos 100%	Examinar 100% dos pacientes	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Intensificar a busca de casos de Hanseníase com ações organizadas em parcerias com as UESFs, no mínimo em datas pontuais, como Dia Nacional e Estadual de Prevenção a Hanseníase;
- Realizar pesquisa de raspado intradérmico de todos os casos suspeitos de Hanseníase;
- Realizar tratamento supervisionado dos casos de hanseníase;
- Participar de capacitações sobre hanseníase;
- Disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para as UESFs visando o desenvolvimento das ações voltadas para o controle da hanseníase;
- Capacitar os profissionais de atenção primária para realizar exame de contato.
- Realizar ações voltadas para o controle da hanseníase em parceria com as UESFs e Vigilância em Saúde, principalmente no dia mundial e estadual de combate e prevenção a Hanseníase;
- Distribuir material informativo sobre hanseníase;
- Manter atualizados as fichas epidemiológicas no SINAN;
- Avaliar grau de incapacidade no momento do diagnóstico e na cura;
- Realizar educação continuada com enfermeiros para avaliação do grau de incapacidade e coleta do raspado intradérmico;
- Encaminhar para validação todos os casos com grau II de incapacidade;
- Realizar busca ativa de portadores que receberam tratamento nos últimos 10 anos e de seus contatos;
- Realizar divulgação de sinais e sintomas de hanseníase para a população;
- Realizar busca ativa para captação dos contatos intradomiciliares, sempre que necessário;
- Alimentar o sistema de informação - Sinan-Net Hanseníase, através do boletim mensal de acompanhamento do Sinan-Net;
- Manter encerramento oportuno dos casos de hanseníase no Sinan-Net;

11.19 Manter ou ampliar o número de unidades de saúde notificando doenças ou agravos relacionados ao trabalho	09 unidades notificadoras (18 acidentes)	Proporção de unidades que notificam doenças ou agravos relacionados ao trabalho da população residente	
11.20 Notificar os agravos da Saúde do Trabalhador - ST no SINAN e preencher o campo ocupação		Número de notificações dos agravos da ST, aumentando o número de notificações em 10% ao ano e preenchendo no mínimo 95% do campo ocupação	
11.21 Investigar todas as ocorrências de Acidentes de Trabalho Graves (ATG), fatais e envolvendo crianças e adolescentes.		Número de investigações dos ATG por meio do preenchimento e envio do roteiro de investigação para a Regional de Saúde, dentro do quadrimestre de avaliação do VIGIASUS.	
11.22 Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho nos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal.		Número de inspeções sanitárias com o olhar para a Saúde do Trabalhador (ambientes e	

		processos de trabalho) em 100% dos estabelecimentos realizados pela vigilância sanitária municipal.	
11.23 Realizar ações de Saúde do Trabalhador no trabalho rural e construção civil		Deve-se realizar no mínimo uma ação dentro do quadrimestre de avaliação do VIGIASUS	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para as ações relacionadas à saúde do trabalhador;
- Realizar reuniões técnicas com o Hospital e UESFs sobre notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho;
- Prestar apoio técnico as UESFs para as ações relacionados a saúde do trabalhador e notificações de agravos relacionados ao trabalho;
- Realizar ações de Vigilância em Saúde voltadas para a saúde do trabalhador em parceria com as UESFs;
- Manter atualizado o SINAN;
- Participar de reuniões e capacitações sobre saúde do trabalhador;
- Ampliar as notificações de agravos e doenças em saúde do trabalhador em todas as UESFs e Hospital em conformidade com a portaria vigente;
- Intensificar as orientações quanto à importância das notificações dos agravos relacionados ao trabalho, às equipes das UESF e Hospital;
- Realizar as notificações dos agravos da Saúde do Trabalhador - ST, com preenchendo do campo ocupação;
- Disponibilizar atendimento noturno para consulta médica exclusivo aos trabalhadores, no mínimo nas campanhas do “agosto azul” e “outubro rosa”;
- Manter atendimento médico (ginecologia) e enfermagem uma vez por semana se possível no período noturno priorizando as trabalhadoras;
- Instituir, durante o atendimento na triagem, a verificação do calendário vacinal (dupla, Hepatite B e Febre Amarela) dos trabalhadores;
- Realizar parcerias com as empresas para realizar as vacinas previstas em campanha ou na rotina direcionadas aos trabalhadores;
- Solicitar exames admissionais e periódicos para funcionários da Secretaria Municipal de Saúde;
- Realizar investigações dos ATG por meio do preenchimento e envio do roteiro de investigação para a Regional de Saúde, dentro do quadrimestre de avaliação do VIGIASUS;
- Realizar inspeções sanitárias com o olhar para a Saúde do Trabalhador (ambientes e processos de trabalho) em 100% dos estabelecimentos realizados pela vigilância sanitária municipal;
- Realizar inspeção sanitária e/ou outra ação interinstitucional de promoção em saúde para o trabalhador rural com os devidos registros e/ou relatórios das ações/atividades realizadas, no mínimo uma ação dentro do quadrimestre de avaliação do VIGIASUS.

11.24 Realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município.	100%	Percentual de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias	
11.25 Manter a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	164 amostras (136%)	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos	

		parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	
11.26 Atingir no mínimo 80% das ações pactuadas no Programa VIGIASUS	100%	Proporção de ações realizadas no ano	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Realizar capacitação e orientação quanto ao preenchimento das ações nos Sistemas;
- Incentivar a participação dos profissionais em cursos, treinamentos, congressos de atualização com formação sob a ótica preventiva;
- Realizar inspeção sanitária nos estabelecimentos sujeitos ao controle da VISA, priorizando os estabelecimentos que comercializam alimentos e congêneres, em parceria com a PM, Corpo de Bombeiros, Setor de Tributação, Conselho Tutelar executada de forma esporádica, e/ou sempre que necessário;
- Liberar o uso e ocupação do solo e das construções em conjunto habitacional, após avaliação do profissional habilitado;
- Revisar, formalizar, atualizar, liberar e estimular a organização dos produtores no SIM/POA;
- Realizar capacitações sobre Boas Práticas de Manipulação de Alimentos, sempre que necessário;
- Intensificar o cadastramento e registro das inspeções no Programa SIEVISA de todos os estabelecimentos de interesse à saúde ou em outro sistema equivalente;
- Adequar todas as cozinhas dos projetos PENAE e PAA;
- Realizar capacitação nas comunidades rurais em parceria com a Pastoral da Criança, EMATER em relação à higiene no preparo de alimentos bem como a utilização de Sal, Açúcar e Gordura e outros assuntos;
- Intensificar as vistorias em todos os estabelecimentos a fim de verificar a situação legal do comércio em questão e obter ambientes livres do tabaco;
- Efetuar ampla divulgação educativa sobre a proibição do fumo em ambientes de uso coletivo prevista, em ação conjunta com a VISA Regional nos bares e lanchonetes da cidade;
- Realizar o registro dos procedimentos de vigilância sanitária no SIASUS e no SIEVISA;
- Enfatizar as mudanças de comportamento da população de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;
- Realizar vistorias em estabelecimentos compostos por salões de beleza e barbearias;
- Realizar capacitação para profissionais formais e informais de salões de beleza, visando informar sobre os riscos na transmissão de doenças como HIV, Hepatite B e C e outras, bem como a adoção de medidas para garantir um atendimento seguro e de qualidade;
- Estabelecer rotina de inspeção em salões de beleza, barbearias e outros que prestam serviços a população para garantir atendimento seguro e de qualidade, principalmente na prevenção das Hepatites B e C, HIV e outras doenças transmissíveis;
- Fazer levantamento do nº de profissionais informais (pedicuro e manicuro) e cabeleireiros;
- Orientar os responsáveis por salões de beleza, barbearias e outros para que atualizem o cartão de vacinas;
- Realizar vacina contra Hepatite B, para manicuros e pedicuros do município;
- Disponibilizar teste Rápido de HIV, Sífilis e Hepatite B e C para todos os proprietários e funcionários dos salões de beleza, barbearias e outros;
- Realizar o monitoramento e avaliação contínua das ações relacionadas às análises de água;
- Capacitação para operar a plataforma do SISÁGUA;
- Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
- Prestar apoio técnico as UESFs no desenvolvimento de ações de vigilância da qualidade da água.

- Participar de capacitações e/ou reuniões técnicas sobre a qualidade da água e seu controle.
- Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde;
- Realizar reuniões e capacitações para os responsáveis pelo abastecimento de água nas comunidades rurais;
- Manter contrato com a UNICENTRO para análise de água com ampliação para 18 amostras/mês.
- Manter atualizados o número de cadastros no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA;
- Realizar parcerias com as demais secretarias para implantação do programa de coleta de material reciclável no interior do município;
- Realizar no mínimo o número preconizado de amostras para análise de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

11.27 Manter atualizado os planos de contingência e protocolos de atuação para o enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya		Existência dos planos de contingência para o enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya	
11.28 Realizar 3 ciclos de visita domiciliar em 100% dos domicílios, por ciclo	17.642 visitas 3 ciclos (130%)	Proporção de municípios infestados que realizaram 3 ciclos de visitas domiciliares em 100% dos domicílios	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Participar de capacitação permanente das equipes de controle vetorial;
- Manter as ações descritas no Plano de Contingência para a Epidemia de Dengue, Zika e Chikungunya ;
- Priorizar a criação das leis municipais descritas nos referidos Planos de Contingência;
- Fomentar as ações do Comitê Municipal de Combate à Dengue;
- Informar através de ações de mídia e comunicação social, sobre a importância do combate à Dengue, Zika e Chikungunya;
- Disponibilizar veículos e recursos materiais para as ações de combate ao vetor;
- Promover e intensificar as ações de educação em saúde, informação, sensibilização e mobilização da população na eliminação de criadouros do vetor, através de campanhas em datas pontuais, distribuição de material informativo;
- Cumprir as metas estabelecidas, principalmente os PE;
- Fortalecer a Vigilância Epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença, priorizando locais de risco, PEA;
- Integrar as ações de controle da Dengue na Atenção Básica, com a mobilização das UESFs para atividades nas datas pontuais como Dia D Estadual, Regional e Municipal, Dia de finados, natal e carnaval sem Dengue;
- Intensificar orientações aos proprietários de borracharias para adoção de medidas relacionadas ao destino correto dos pneus inservíveis;
- Divulgar informações sobre a doença e a adoção de medidas preventivas na mídia falada e escrita;
- **AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE A DOENÇA DE CHAGAS**
- Intensificar a identificação de focos de triatomíneos;
- Realizar ações nos imóveis onde forem encontrados focos do triatomíneo, conforme preconizado;
- Realizar educação permanente nas comunidades onde são encontrados focos de triatomíneos;
- Realizar atividades educativas para identificação e captura dos triatomíneos e medidas de prevenção para toda a população, com distribuição de panfletos;
- Garantir encaminhamento para consulta médica e solicitação de sorologias para Chagas.

11.29. Realizar o monitoramento de doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública		Proporção de amostras de cães ou outros animais enviadas ao longo do ano	
---	--	--	--

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Realizar coleta de amostras de animais para monitoramento da raiva;
- Realizar e manter atualizado o cadastro dos veterinários, agentes de endemias e técnicos de zootecnia;
- Realizar vacina contra raiva pré exposição para profissionais e técnicos que apresentam risco de exposição direta;
- Realizar sorologia vacina para neutralização conforme preconizado.

DIRETRIZ 12: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO

OBJETIVO: Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
12.1 Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.		Proporção de ações de educação permanentes implementadas e/ou realizadas.	
12.2 Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS e desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera municipal		Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública municipal, com vínculos protegidos	

AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO

- Participar dos processos educacionais em saúde no município, atuando na perspectiva da educação permanente que traz em sua essência a valorização e o reconhecimento dos espaços de trabalho como locais privilegiados de formação.
- Participar de capacitações de Educação Permanente na definição de estratégias para atender as demandas de qualificação das redes de atenção;
- Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção à Saúde;
- Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS, com vínculos protegidos;
- Democratizar a Gestão do Trabalho no âmbito municipal, por meio da consolidação do chamamento e nomeação de novos servidores de cumprindo os prazos estabelecidos nos concurso ou emprego/públicos;
- Participar de ações para aumentar a proporção de vínculos de trabalho protegido no SUS;
- Realizar concurso público.

**DIRETRIZ 13: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO CONTROLE SOCIAL,
OUVIDORIA, AUDITORIA E FINANCIAMENTO EM SAÚDE**

OBJETIVO 1: Implementar e fiscalizar os instrumentos de gestão orçamentárias e de gestão do SUS, com garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

OBJETIVO 2: Desenvolver estratégias para que a ouvidoria se efetive como um instrumento de gestão e cidadania.

OBJETIVO 3: Estruturar o Sistema Nacional de Auditoria - SNA e qualificar os instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Meta 2018/2021	Linha de Base 2016	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Fonte R\$
13.1 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.	PMS Realizado	Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.	
13.2 Cadastrar o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS		Cadastrar no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS	
13.3 Aplicar no mínimo 15% por exercício da receita líquida de impostos gastos em ações e serviços públicos de saúde.	20,57%	Percentual de gastos aplicados em ações e serviços públicos de saúde	
13.4 Manter a Ouvidoria municipal em funcionamento	26 demandas	Percentual de denúncias em relação as demandas atendidas por ano	
<ul style="list-style-type: none"> • Enviar o PMS para ser apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no prazo estabelecido; • Analisar e discutir os instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS contidas no Plano Municipal de Saúde de Saúde • Fortalecer a participação da sociedade e o controle social, por meio dos Conselhos de Saúde no exercício de seu papel e estímulo à participação e à avaliação dos cidadãos nos serviços e à implantação/implementação de ouvidorias da saúde; • Acompanhar a execução do orçamento total previsto na Lei Orçamentária Anual - LOA, no Plano Plurianual - PPA, a na Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), conforme dispositivos constitucionais e legais; • Participar de capacitações para Conselheiros Municipais de Saúde • Criar uma equipe municipal para realizar coordenar o processo do planejamento municipal; • Fomentar a cultura do planejamento em saúde e apoiar a elaboração dos Planos de Saúde; • Participar de reuniões e capacitações para receber instruções de normas técnicas que subsidiem o processo de organização do processo de planejamento em saúde. • Realizar o acompanhamento sistemático do cadastramento do Conselho Municipal de Saúde no SIACS. • Mobilizar os membros do conselho de saúde e gestores do SUS para efetivar Plano de ação com foco na implementação do SIACS; • Manter o funcionamento da Ouvidoria Municipal; • Fortalecer a participação da sociedade e o controle social, por meio do apoio aos Conselhos de Saúde no exercício de seu papel e estímulo à participação e à avaliação dos cidadãos nos serviços e implementação de ouvidorias da saúde; • Estruturar o sistema de auditoria municipal; 			

- Avaliar os serviços prestados aos usuários do SUS;
- Ordenar e monitorar a execução dos contratos, credenciamentos e habilitações;
- Conferir o uso dos protocolos clínicos, bem como a utilização de rotinas técnicas, verificar a conformidade dos procedimentos realizados, e a qualidade da assistência;
- Submeter à regulação da atenção através de auditorias analíticas e operativas, controle e avaliação, de forma sistemática todos os serviços do SUS no município;
- Organizar e implementar uma política de comunicação entre os serviços de saúde e a população, com vistas a publicizar indicadores de Saúde;
- Criar um instrumento para que os profissionais possam dar sugestões para a melhoria da qualidade dos serviços, economia de materiais e melhor aproveitamento dos recursos;

11. CONCLUSÃO

11.1 Processo de monitoramento e avaliação

Dentre os avanços que podem ser creditados ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua implantação, está a ascendente consideração da importância do planejamento e seus instrumentos para a gestão da saúde pública.

O planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria GM nº. 3.085, de 01 de dezembro de 2006. Trata-se de ações realizadas de modo contínuo, articulado, integrado para que se exercitem, em plenitude, os princípios da universalidade, integralidade e equidade com o objetivo de contribuir na melhoria das condições de vida e saúde das pessoas.

Não obstante, a despeito dos avanços identificados, a materialização da utilização do planejamento em saúde ainda representa um enorme desafio, por ser um processo que envolve mudança de postura individual e técnica, além de mobilização, engajamento e decisão de gestores, foi atualmente incorporado uma nova forma de prevenção, a prevenção quaternária, voltada à proteção das pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento de doenças, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e adoecimento autolimitados, aos pedidos de exames e tratamentos solicitados pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva, (JAMOULLE e GUSSO, 2012), e ainda o aumento da judicialização.

Todos esses fatos dificultam ainda mais para que gestores e suas equipes realmente cumpram o seu papel na APS respeitando os princípios do SUS, principalmente o da equidade.

O princípio da equidade norteia as políticas de saúde pública brasileira, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto das diferenças. No Sistema

Único de Saúde (SUS) a equidade se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade.

O conjunto de informações sistematizadas e planejadas deve constar no Plano Municipal de Saúde e contribui para o acompanhamento e avaliação das ações e atividades desenvolvidas a partir da análise situacional e definição das prioridades cumprindo a legislação vigente.

A análise situacional se faz pelo monitoramento, avaliação, prestação de contas de forma sistêmica e permanente da eficiência do uso dos recursos previstos para viabilizar o desenvolvimento das ações e o alcance dos objetivos e metas propostas no Plano podendo adequá-lo e modificá-lo conforme a realidade e a necessidade local. O monitoramento deve ser um processo contínuo e o instrumento utilizado para avaliação serão os resultados dos indicadores apresentados nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão.

Mais que uma exigência formal, o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios são a expressão da responsabilidade municipal com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas da área da saúde que possuem múltiplas causas e um grau de complexidade e incerteza elevado.

12. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013/2015. Série Articulação Interfederativa, V. 1, Brasília, DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Acesso em 27 de julho 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saladesituacao>>

BRASIL, Ministério da Saúde. Acesso em 03 de agosto 2013. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>

PARANÁ, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS. Instrumentos para Gestão do SUS nos municípios, 2013.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. Acesso em 03 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>>

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. Acesso em 03 de fev de 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540destaques>>. Acesso em: fev. 2017.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Curitiba. Secretaria de Estado da Saúde, SESA, 2013.

Paraná, Secretaria de Estado da Saúde. Tutoria na Atenção Primária À Saúde APSUS - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Paraná. Disponível em:

(http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/----selo/ManualSeloBronze30_05_17.pdf)

REBOUÇAS, Prefeitura Municipal. Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO, 2013, Setor de Contabilidade.

REBOUÇAS, Prefeitura Municipal. Plano Pluri Anual – PPA, 2013, Setor de Contabilidade.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas);

Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – SIA/SIH (www.datasus.gov.br);
Brasil, Sala de Situação do MS (www.saude.gov.br/saladesituacao);

Rede Interagencial de Informação para a Saude (RIPSA). (2008). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. (O. P. Saúde, Ed.). Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/>> Acesso em: 18 jan. 2017.

DIEESE. A Situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000. São Paulo: DIEESE, 2012.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador, v. 36, n.2, p. 527-538, abr./jun. 2012.

FRANÇA L. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). ObservaRH/IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

HERDEIRO M.T., et al. O sistema português de farmacovigilância. Acta Med Port. Lisboa, v. 25, n. 4, p. 241-249, jul./ago. 2012.

INSTITUTO AMBIENTAL DO PARANÁ. Relatório da Situação da Disposição Final de Resíduos Sólidos Urbanos no estado do Paraná_2012. Disponível em: <<http://www.iap.pr.gov.br/arquivos/>

File/Diagnostico_RSU_2012_VERSAO_FINALcomMAPAS.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2017.

IBGE. Brasil em síntese. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho.html>. Acesso em: fev. 2017.

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

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp>>. Acesso em: fev. 2017.

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

IPARDES. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável por Bacias Hidrográficas no Estado do Paraná. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/indicadores_2013.pdf linha 62>. Acesso em: 25 jan. 2017.

IPARDES. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD 2014). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/primeiros_resultados/default_analise.shtm>. Acesso em: 16 jan. 2017.

IPARDES. Os vários Paranas: estudos socioeconômico-institucionais como subsídio aos Planos de Desenvolvimento Regional. IPARDES, 2005.

IPARDES. Projeção da população dos municípios do Paraná - 2016-2030. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=84>. Acesso em: jan 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de regulação médica de urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Anvisa; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

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

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

13 – ANEXOS

Dos recursos da União:

Quadro 34- Os recursos financeiros da União, para financiamento das ações de saúde, serão transferidos conforme dispostos nos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, identificado no quadro abaixo:

DAS RESPONSABILIDADES PELO FINANCIAMENTO										
REBOUÇAS 2018 A 2021										
EXERCÍCIO	EQUIP. E VEÍCULOS PARA SAÚDE	CONST. AMPLIAÇÃO E REFORMA REDE MUNIC. SAÚDE	ATIV. ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	MANUT. E AMPLIAÇÃO DA FARMACIA BÁSICA	AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	MANUT. DO PROG.AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE	CONSORCIO INT. MUNICIPAL DE SAÚDE	SERV. ASSIT. HOSPITALAR E AMBULATORIAL	AÇÕES VIGILANCIA EM SAÚDE	TOTAL POR ANO
2018	R\$ 300.000,00	R\$ 130.000,00	R\$ 3.800.818,50	R\$ 419.140,00	R\$ 2.177.000,00	R\$ 1.194.000,00	R\$ 545.000,00	R\$ 924.000,00	R\$ 392.240,00	R\$ 9.882.198,50
2019	R\$ 318.000,00	R\$ 137.800,00	R\$ 3.957.362,45	R\$ 444.288,40	R\$ 1.874.080,00	R\$ 1.277.300,00	R\$ 577.700,00	R\$ 979.440,00	R\$ 415.775,60	R\$ 9.981.746,45
2020	R\$ 337.080,00	R\$ 146.068,00	R\$ 4.195.875,33	R\$ 470.946,38	R\$ 1.986.524,80	R\$ 1.353.938,00	R\$ 612.362,00	R\$ 1.038.206,40	R\$ 440.725,44	R\$ 10.581.726,35
2021	R\$ 357.304,80	R\$ 154.832,08	R\$ 4.451.199,16	R\$ 499.203,82	R\$ 2.105.716,30	R\$ 1.435.174,29	R\$ 649.103,72	R\$ 1.100.498,79	R\$ 467.173,86	R\$ 11.220.206,82
TOTAL	R\$ 1.312.384,80	R\$ 568.700,08	R\$ 16.405.255,44	R\$ 1.833.578,60	R\$ 8.143.321,10	R\$ 5.260.412,29	R\$ 2.384.165,72	R\$ 4.042.145,19	R\$ 1.715.914,90	R\$ 41.665.878,12

ANEXO I – RESOLUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº. 007/2017

*"Aprovar o Plano Municipal de Saúde de Rebouças,
para o quadriênio 2018 - 2021."*

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde em sua Reunião Ordinária, realizada no dia 31 de agosto de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei Municipal de Constituição nº 491/91 de 08 de março de 1991.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde de Rebouças, para o quadriênio 2018 a 2021.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rebouças, 31 de agosto de 2017.


Eva de Jesus Ruppel
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

HOMOLOGO a Resolução Nº. 007/2017, do Conselho Municipal de Saúde de Rebouças, no uso de suas competências legais.


Tania Maria Selhorst
Secretária Municipal de Saúde

Rua Simão Domingues, 159. Tel (42) 3457-2124
e-mail: conselhomsrebou@gmail.com

ANEXO II - ATA DE APROVAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

o presente ata foi assinada por todos os Conselheiros
presentes; em 19 de maio de 2009, ~~19/05/2009~~
Márcio B. Cruzes, Beatrice Braga de Melo, ~~Francisco~~
~~Roberto da Silva~~, Indulei Manoel de Lima, ~~Amândeo~~, ~~Indulei~~
~~Indulei~~, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~
Indulei de Lima, Pedro Daluz
Ediclei Corine dos, Estevão da Silva, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~
Elizabeth de S. Gabriel, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~, ~~Indulei~~
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde
de Tubacora realizada aos dias 10 e 11 de maio de 2009
de agosto de 2009 de duas horas e dezessete nos depen-
dências da Câmara de Vereadores de Tubacora, com
Presidência do Conselho cumprimentos a todos os Conselhe-
ros presentes, e na sequência comitês aos presentes que
assumiu o Vago como representante da Vigilância Sani-
tária como Titular o Sr. Agostinho de Fátima, e na or-
dem da sua suplente Andréia Helena de Lima,
Em seguida o Sr. Idilpe Henri, representante a Vigilân-
cia, veio explicar a falta de Conselheiros e
redistribuição dos recursos financeiros enviados do
Vigilância STS como plano de aplicação da produção
da SISA nº 403. D. dos quais foram aplicados
em procedimentos de castração de animais errantes
(cães e gatos) para controle populacional do município
a aproximadamente 40 castrações no total de R\$. (11.950,00)
duz mil cento e trinta e nove reais e cinquenta centavos.
O Conselheiro Sr. Hippel falou da conscientização
aos animais de rua, por todos os cidadãos e
na possibilidade, criar muitas as peças que
não abundam para animais, este plano foi lido e
em votação para os Conselheiros sendo assim aprova-
do o Discurso da Aplicação dos Recursos do

Programa de Qualificação dos Actos de Vigilância em Saúde - Vigiosus no Estado do Paraná; na sequência a Secretária de Saúde Tania adverte a Srª Marli, a leitura do documento enviado à Presidência do Conselho de Administração do Hospital D. Dora, bem como solicitando uma maior presença ao Hospital de imediato a Secretária Tania comunica aos Conselheiros que este assunto já está sendo estudado pelo Sr. Prefeito e pelo Conselho da Prefeitura Municipal. Na sequência a Secretária Municipal Tania Regina Andrade, responsável Técnica de Vigilância Epidemiológica, apresenta à todos os Conselheiros presentes o Plano Municipal de Saúde 2018/2021 o qual todos os Conselheiros pedem seu assentimento em seus endereços eletrônicos, pois o Plano é formado de mais de 600 páginas em sua totalidade, porém apenas o Plano Municipal de Saúde em resumo, com todos os anexos, dados epidemiológicos e suas especificidades, em sequência Srª de Fabrice Hippel coloca o Plano em aprovação pelos Conselheiros, e o qual foi aprovado em sua totalidade de voto por todos os Conselheiros presentes; outra parte foi a de que é proibido à Coronea para as pessoas aos cargos que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde, todos os Conselheiros tomaram conhecimento e a aprovação à proibição à Coronea em cargos oficiais da Saúde queda mais tarde à tratar foi lida por Srª Marli Edinosh e segue assinada por todos os Conselheiros presentes; Adendo à este ato. Em relação à redistribuição dos processos financeiros apurados do Figma SUB 3651 nº 403/17, a Secretária Tania Regina Andrade adverte que fosse verificado quaisquer outros secretários que não se responsabilizam pelos pro-

dimensões de cada traço deigo (de cada cativação) e qual
será a contrapartida de cada secretaria. ~~Lista de~~
Bank Don'to, Anaco de S. Adanot Capraio, ~~2000~~
~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~, ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~
Cedro De Los ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~
Judicium, ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~ ~~2000~~