

**Plano Municipal
de Saúde
Itambaracá
2022 - 2025**



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025

ITAMBARACÁ

2021

(Atualizado em 2023)

Prefeito Municipal

Mônica Cristina Zambon Holzmann

Secretária Municipal de Saúde

Maristela da Luz

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Amilcar Rafael Neves

Diretora do Departamento de Saúde

Sulainy de Fatima Gambarelli Santin

Diretor da Vigilância em Saúde

Paulo Rafael Martins Sant Anna

Secretário de Agricultura e Meio Ambiente

João Medeiros de Oliveira

Secretária de Obras e Viação

Milayne Gonçalves Franco

Secretária Municipal de Assistência Social

Larissa Aparecida Monteiro Machado

EQUIPE DE ELABORAÇÃO – SMS

Brun Aline Vieira Martins Tashima

Cristiane de Campos Batistella

Eduardo Alessandro Castanho Sabaini

Eula Rosa Souza

Fabiana Odorizzio de Souza

Gislaine Cristina de Souza

Juliana Aparecida Soares

Juselia Braga do Vale

Karin Leticia Rosseto Meneghel

Larissa Santos Gomes

Lourdes Aparecida Mendes Facio

Maria Madalena Montini

Paulo Rafael Martins Sant Anna

Regiane Mendes da Silva Polizel

Simone de Souza Salles

Sulainy de Fatima Gambarelli Santin

Thyago Henrique Costa Rossini

APOIO TÉCNICO

18ª Regional de Saúde

COSEMS- PR

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAMBARACÁ

CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO 2022- 2025

REPRESENTANTES DE ENTIDADES DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REPRESENTANTES ENTIDADE IGREJA EVANGELICA

Titular: Helio Dias Barbosa

Suplente: Carlos Justino da Silva

REPRESENTANTES ENTIDADE IGREJA CATOLICA SÃO FRANCISCO XAVIER

Titular: Darlene Aparecida Ferreira

Suplente: Ana Lucia Souza da Silva

REPRESENTANTES ENTIDADES ASILO LAR SÃO VICENTE DE PAULA

Titular: Andriely Stefany Carara

Suplente: Maria Leodice Jussiane Dias

REPRESENTANTES ENTIDADE TERCEIRA IDADE

Titular: Lorival Pereira de Azevedo

Suplente: Jose Gomes de Lima

REPRESENTANTES TRABALHADORES NA ÁREA DE SAÚDE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Titular: Dulcineia Aparecida da Silva Santin

Suplente: Claudineia Xavier de Campos

Titular: Eula Rosa Souza

Suplente: Thyago Henrique Costa Rossini

REPRESENTANTE DE PRESTADORES DE SERVIÇO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

REPRESENTANTES PRESTADOR DE SERVIÇO HOSPITAL DR. UBIRAJARA CONDESSA

Titular: Amilcar Rafael Neves

Suplente: Paloma Pereira Azevedo

REPRESENTANTE DO ÓRGÃO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE, INDICADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

REPRESENTANTES GESTÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Titular: Sulainy de Fatima Gambarelli Santin

Suplente: Juliana Aparecida Soares

COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Amilcar Rafael Neves

Vice- presidente: Darlene aparecida Ferreira

1º Secretário Executiva: Juliana Aparecida Soares

2º Secretário: Claudineia Xavier de Campos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1	INTRODUÇÃO 9
2	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO 11
2.1	ORIGEM DO MUNICÍPIO.....11
2.2	EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....13
2.2.1	<i>Distrito de São Joaquim do Pontal</i>14
2.2.2	<i>Bairro Raul Marinho</i>14
2.3	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....15
2.4	LOCALIZAÇÃO.....16
2.5	LIMITES.....16
2.5.1	<i>Linhas e Acessos</i>17
2.6	AUDITORIA ELEITA – 2020.....17
2.7	DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO.....17
2.8	POPULAÇÃO.....18
3	ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE 19
3.1	ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE.....19
3.1.1	<i>Transporte</i>20
3.1.2	<i>Organograma</i>21
4	REDE DE SERVIÇOS CONTRADADOS 22
5	ASPECTOS DEMOGRAFICOS, SOCIOECONÔMICO, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS 24
5.1	PERFIL SÓCIO ECONÔMICO E AMBIENTAL.....25
6	HABITAÇÃO 27
7	LAZER 28
7.1	EVENTOS CULTURAIS28
7.2	PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA.....29
7.3	ASPECTOS AMBIENTAIS.....30
7.4	COLETA E DESTINO FINAL DO LIXO.....31
7.4.1	<i>Limpeza de Terrenos Baldios</i>32
7.4.2	<i>Armazenamento e Descarte de Pneus das Borracharias</i>33
7.4.3	<i>Destinação Das Embalagens de Agrotóxico</i>33
8	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 34
8.1	MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL.....34
8.1.1	<i>Definição de Morte Materna</i>35
8.2	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL36
8.2.1	<i>Casos de Tuberculose 2018 a 2020</i>40
9	GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO 41
9.1	DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....41
10	GESTÃO EM SAÚDE 43
10.1	SISTEMA DE INFORMAÇÃO47
11	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO50

12	ATENÇÃO PRIMÁRIA	53
12.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	53
12.2	PROJETOS E PROGRAMAS.....	56
12.3	SAÚDE BUCAL	60
12.4	FISIOTERAPIA.....	60
13	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	62
13.1	VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	62
13.2	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	62
13.2.1	COVID19.....	63
13.3	VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	66
13.4	VIGILÂNCIA AMBIENTAL	66
14	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	68
14.1	OBJETIVO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	68
14.2	ATUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE SAÚDE	69
14.3	ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	69
14.3.1	Hipertensão Arterial e Diabetes	70
14.3.2	Hipertensão Arterial	70
14.4	ELENCO DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS	70
14.4.1	Diabetes	71
14.5	ELENCO DE MEDICAMENTOS ANTI-GLICÊMICOS.....	73
14.6	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO.....	73
14.7	ESTRUTURA DA FARMÁCIA MUNICIPAL.....	74
14.8	CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS.....	75
14.9	COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	76
14.10	PROGRAMA PARANÁ SEM DOR	78
14.10.1	Medicamentos Disponíveis:	79
14.11	SOLICITAÇÃO E DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	79
14.12	PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS.....	80
14.13	CONSORCIO PARANÁ SAÚDE.....	80
14.14	SISTEMAS DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	82
14.15	INCENTIVO À ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (IOAF)	83
14.16	PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (QUALIFAR-SUS)	83
15	OUVIDORIA	85
16	CONTROLE SOCIAL	86
16.1	CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	87
17	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	90
17.1	FORTELECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	1
17.2	DIRETRIZ 02: FORTALECIMENTO DA MÉDIA COMPLEXIDADE BEM COMO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	8
17.3	DIRETRIZ 03: FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	9
17.4	DIRETRIZ 04: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA SAÚDE.....	10
18	PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	13

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 2022 e 2025. Este plano foi desenvolvido pela equipe gestora e trabalha com foco nas redes de atenção à saúde.

É nosso papel consolidar o trabalho realizado e ampliar as conquistas feitas em parceria com os consórcios, prestadores de serviços e toda sociedade organizada, representada pelo controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde e principalmente com a população local.

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

As intenções expressas no Plano de Saúde se materializarão por meio da Programação Anual de Saúde (PAS) e seu monitoramento e avaliação estarão expressos nos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior e no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Esperamos que o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 seja amplamente consultado e aplicado e, se possível, seja superado em seu princípio básico – o de prover saúde pública de qualidade a todo cidadão.

Maristela da Luz
Secretária Municipal da Saúde

Amilcar Rafael Neves
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

1 INTRODUÇÃO

De uma forma geral planejamento pode ser compreendido como o ato de projetar um trabalho, serviço ou empreendimento. É um processo racional e lógico, que busca construir caminhos que possam tornar possíveis a realização de determinadas atividades e ações.

O planejamento é realizado com vistas à solução de problemas e necessidades de ordem individual e coletiva existentes em nossa realidade. No âmbito da saúde, o interesse pelo planejamento tornou-se uma necessidade amplamente reconhecida como consequência do grande desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido na área. As transformações decorrentes da prestação de serviços e mudanças ocorridas nas condições de vida e saúde da população também foram fatores que impulsionaram a necessidade da incorporação do planejamento.

A elaboração do presente plano foi constituída da seguinte maneira: iniciou-se no mês de Agosto, com uma oficina de orientação realizada pela equipe da 18ª Regional de Saúde e suporte da apoiadora do COSEMS-PR, a mesma foi oportunizada, para propor capacitação a equipe de elaboração, tendo em vista a transição na gestão Municipal, Secretaria Municipal de Saúde e no Departamento de Vigilância em Saúde. Nesta oportunidade foram esclarecidas dúvidas e feitas orientações quanto a composição objetiva do Plano Municipal de Saúde para o próximo quadriênio, buscando elencar objetivos e metas baseados na atual realidade do município.

Inicialmente o grupo de trabalho elaborou e analisou o diagnóstico da situação de saúde do município com o intuito de subsidiar a definição dos eixos, diretrizes e objetivos para o próximo quadriênio. Posteriormente foi elaborada, pelo grupo de trabalho, uma versão PMS 2022-2025, que foi apresentada para aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em reunião realizada no mês de novembro.

No ano de 2022 foram necessárias correções e adequações ao presente plano, que foram apresentadas e validadas pelo CMS.

Em 2023, após a realização da 14ª Conferencia Municipal de Saúde realizada no dia 31 de março, o presente plano foi novamente atualizado e aprovado pelo CMS.

O Plano contém 04 Diretrizes que expressam as prioridades da gestão e que orientarão a formulação de políticas para os próximos 4 anos.

Diretriz I	Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde
Diretriz II	Fortalecimento da média complexidade, bem como da rede de urgência e emergência
Diretriz III	Fortalecimento da Vigilância em Saúde
Diretriz IV	Fortalecimento da Gestão da Saúde

Os eixos do PMS se desdobram em diretrizes, objetivos, metas e indicadores. As diretrizes estabelecem as linhas das ações que serão seguidas. Os objetivos expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados. As metas expressam um compromisso para que os objetivos sejam alcançados e quantificam os objetivos. Por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas, consistindo em ferramenta essencial para o processo de monitoramento e avaliação do PMS.

Devemos acreditar que a melhoria deve acontecer através do aprimoramento dos nossos conhecimentos a fim de oferecer um atendimento humanizado, respeitando a individualidade de cada ser. Sabemos que o caminho que ainda temos que trilhar para atingir os objetivos maiores do SUS revela-se difícil e complexo e, convidamos a todos, para que participem da concretização das tarefas propostas neste Plano, bem como para sua contínua revisão e aperfeiçoamento, permitindo que o SUS atenda cada vez mais às expectativas de todos os cidadãos.

2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

2.1 ORIGEM DO MUNICÍPIO

No ano de 1931, Joaquim Severo Batista Filho, filho de Severo Batista, requereu do Senhor Secretário do Interior, Justiça e Obras Públicas, uma nova certidão de posse das terras, datada esta no ano de 1931, nº 175, do Livro B nº 01, folhas 144 e 145, no dia 28 de abril de 1931. Após terem levado os apontamentos dos serviços feitos para a organização do mapa e memorial descritivo das terras.

Batista Filho, agora senhor destas terras precisou travar luta com intrusos (grileiros) e assim através de acordos nem sempre vantajoso, as terras foram passando para novos dons, era a lei do mais forte.

Quando o Coronel Batista vendeu para o seu genro Lázaro Gomes, uma fazenda nesta região doou 35 alqueires para a Câmara da Prefeitura de Jacarezinho. Data do ano de 1922 inicia do povoamento da região, onde se localiza o atual Município de Itambaracá.

A formação do patrimônio nas terras férteis e roxas do Norte do Paraná, já se encontrava em voga e constituía uma modalidade nova e diferente da divisão e distribuição das terras a pequenos agricultores, que teriam nesses patrimônios a assistência de que necessitavam nos primeiros tempos do seu estabelecimento e fixação ao solo; a formação de patrimônio ficava circunscrita à iniciativa privada, companhias imobiliárias ou firmas individuais, proprietários de grandes áreas de terra que promoviam o loteamento das mesmas, originando-se os centros urbanos, circundados por um cinturão verde, onde surgiam as lavouras de café.

A fundação de Itambaracá fugiu um pouco dessa rotina, foi organizado por iniciativa da Prefeitura Municipal de Jacarezinho (Câmara) e não por atividade particular.

Inicialmente recebeu o nome de Jaborandi, o novo centro urbano fundado em meados de 1922, compreendendo o loteamento de uma gleba de 35 alqueires de terras, localizadas as margens do Córrego Jaborandi, tendo esse nome devido a abundância dessa planta medicinal de propriedades diuréticas e uxoríacas.

A colonização e povoamento do novo patrimônio, Jaborandi, teve início quando desbravadores quase anônimos e aventureiros de diversas procedências passaram pela localidade e se extasiaram diante da exuberância e fertilidade das terras, muito

próprias ao desenvolvimento da agricultura e da pecuária, dotada de incalculáveis reservas florestais, onde vicejavam abundantes as mais preciosas e importantes madeiras de lei.

Através da propaganda espontânea difundida por toda a parte e principalmente nas regiões já colonizadas, o patrimônio Jaborandi, não tardou a despertar interesse de verdadeiros homens de visão que desejavam fundar um núcleo agrícola de onde pudessem tirar os produtos indispensáveis à manutenção própria e de suas famílias.

Foi assim que se fixaram na localidade como pioneiros de sua colonização, o CAPELÃO JOÃO FAUSTINO, grande pregador da religião católica e incansável catequizador, fundador da 1ª Capela, o qual conseguiu atrair com sua palavra de fé e denodada confiança no futuro da região; outros pioneiros que aqui chegaram: Luiz Antônio Rodrigues, (Luiz Capanga), Manoel da Silva Machado, Antônio Parralego, Moacir Correa, Lázaro Gomes Pinto, José Morais e muitos outros.

A família de LÁZARO GOMES PINTO se destacou como implantadora da cultura de café e incentivadora do comércio local; JOSÉ MORAIS foi o 1º comerciante, em sua venda podia-se comprar qualquer espécie de mercadoria necessária, desde comestíveis e roupas, até cordas, enxadas, foices, facões e querosenes, além disso, num estrado colocado na extremidade do balcão eram servidos café e pinga (cachaça); seguido de ANTONIO PARRALEGO com uma venda de secos e molhados, tecidos e etc.

O 1º Hotel do Patrimônio Jaborandi foi denominado de “Hotel Santa Maria” (hoje residência da família Maluf), que pertencia a MANOEL DA SILVA MACHADO, homem dotado de grande visão, que foi comerciante introdutor de beneficiamento de cereais; LUIZ ANTONIO RODRIGUES (Luiz Capanga) dedicou-se ao desbravamento das matas, formando novos núcleos populacionais, sendo o 1º na criação de gado e suíno, foi ainda o proprietário do 1º automóvel que circulou no Patrimônio Jaborandi. Destaca-se que o percurso de 36 quilômetros entre Cambará, polo mais importante o período o, foi realizado em três dias de viagem, pois não havia estrada de rodagem, somente trilhos malformados, sendo esse tempo gasto na abertura de caminhos por onde deveria passar o automóvel.

Outro pioneiro que deve ser enfatizado é o Sr. Moacir Corrêa, Grande fazendeiro de café na região, foi ele o responsável pela vinda dos imigrantes japoneses para o município de Jaborandi, pois foi buscar no porto de Santos o primeiro grupo, contendo 19 famílias nipônicas.

Observa-se ainda que, o Sr. Moacir foi o primeiro proprietário no município de um caminhão que transportava 25 sacas de café.

Segundo BURFFERLY (1958) a cidade de Itambaracá foi fundada pela Prefeitura Municipal de Jacarezinho que, em 1922, era possuidora de 35 alqueires de terras às margens do córrego Jaborandi. Dividida e demarcada esta área, formou-se ali um pequeno povoado que recebeu o nome de Jaborandi, por estar situada às margens do córrego do mesmo nome.

Com o desmembramento do município de Jacarezinho em virtude da criação do Município de Cambará, o patrimônio de Jaborandi passou a integrar o território de Cambará, recebendo notável impulso no seu progresso.

O distrito de Ingá foi elevado à categoria de Município, com a denominação de Andirá, e o patrimônio Jaborandi passou à categoria de Distrito Administrativo de Andirá. Como o nome de Jaborandi já existia no Estado de São Paulo, então o distrito passou a denominar-se Itambaracá, que na linguagem indígena significa Ita = pedra + maracá = amor, "Pedra do Amor".

Pela Lei Municipal nº 81 de 21 de setembro de 1953, da Prefeitura Municipal de Andirá, o Distrito de Itambaracá, perdeu parte de seu território em virtude da criação do Distrito de São Joaquim do Pontal. Pelo Decreto Lei Estadual nº 32 de 07 de fevereiro de 1955, Itambaracá conseguiu sua emancipação, o qual foi elevado à categoria de Município, passando a administrar também o Distrito de São Joaquim do Pontal. Aos habitantes do município dá-se o nome de Itambaracaense.

2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Em 03 de outubro de 1955, foram realizadas as primeiras eleições municipais, sendo que os concorrentes foram os senhores: Horácio Cheira (PTB), Doutor Ubirajara de Moraes Condessa (PSD), e Joaquim Batista Vieira (UDN).

Vencendo o primeiro concorrente. Observa-se que a posse do primeiro prefeito do município deu-se no dia 30 de Novembro de 1955, tendo como primeiro Prefeito Municipal, eleito, o Sr. Horácio Cheira, sendo esta data até hoje comemorada como sendo a emancipação política de Itambaracá.

São Francisco Xavier é o Padroeiro do município. Sendo o Senhor Sr. José Luiz Teixeira, homem católico e fervoroso, doou o terreno para a construção da 1ª Capela que posterior foi construído no local (o Santuário Nossa Senhora Aparecida). Sendo devoto de São Francisco Xavier, rogou ao clero e à comunidade que este santo fosse o padroeiro da cidade, sendo comemorado no dia 03 de Dezembro. Porém, em 2017, com a vinda o

Pároco Ivan Neia para Itambaracá, após reforma do local e reorganização administrativa da comunidade católica do município, segundo o que foi apurado, não há registros de comprovação na Mitra Diocesana de Jacarezinho, que comprove o Termo "Santuário". Sendo o local denominado de Capela Nossa Senhora Aparecida.

Administrativamente o município pertence à diocese de Jacarezinho e hoje conta com uma Paróquia e uma Capela urbana e sete Capelas localizadas nos bairros da zona rural. População estimada IBGE 2016 com 6.835 habitantes. Com a mecanização rural, houve uma evasão acentuada dos munícipes para outras regiões. O predomínio agrícola fica por conta da cana-de açúcar, milho e soja, no entanto atualmente o município também conta com a atividade econômica no ramo da horticultura e aquicultura como um ponto que se destaca na região, por suas abundâncias de águas naturais.

2.2.1 Distrito de São Joaquim do Pontal

Pela Lei Municipal nº 81 de 21 de setembro de 1953, da Prefeitura Municipal de Andirá, o Distrito de Itambaracá, perdeu parte de seu território em virtude da criação do Distrito de São Joaquim do Pontal. E pelo Decreto Lei Estadual nº 32 de 07 de fevereiro de 1955, Itambaracá conseguiu sua emancipação, o qual foi elevado à categoria de Município, passando a administrar também o Distrito de São Joaquim do Pontal.

O Sr. Joaquim Alves de Toledo, vulgo Joaquim Dama, Candinho Forte, os Irênios, Ataliba Gomes, Os Parralegos e outros fazendeiros, foram os pioneiros deste lugar maravilhoso.

O Sr. Joaquim Dama homem muito católico e devoto do "Santo São Joaquim", resolveu prestar-lhe uma homenagem, doou terras para formação do vilarejo, deu o nome do santo: SÃO JOAQUIM e acrescentou PONTAL (o que significa o encontro dos dois rios: Paranapanema e Cinzas) e assim originou-se o nome: SÃO JOAQUIM DO PONTAL.

2.2.2 Bairro Raul Marinho

Em 1923, chegavam à Jaborandi os irmãos Raul, Otávio e Mário Teixeira Marinho, procedente de Minas Gerais para se instalar na região que após realizar a derrubada de 800 alqueires de terra, montaram uma serraria e iniciaram o plantio do café.

A família Marinha permaneceu em Itambaracá impulsionando com o passar do tempo o progresso do lugarejo e mais tarde o Senhor Raul Teixeira Marinho doou uma

área de terra, onde já moravam alguns colonos formando um pequeno aglomerado. Além das casas já existentes foram constituídas uma Igreja e uma escola dando início assim ao Bairro hoje existente.

Os primeiros moradores foram os Senhores Luiz Nascimento, José de Freitas Guimarães (José Cesário) e Antônio Pedro Marinho, sendo este o primeiro comerciante do lugar.

Hoje o Bairro Raul Marinho possui: asfalto nas ruas principais, 01 Bar, 01 praça, iluminação pública, poço artesiano e Ensino Fundamental 2. No campo destacam-se os cultivos de soja milho, cana-de-açúcar, estufas de horticultura e a piscicultura, sendo estas novas possibilidades de geração de renda para a região.

2.3 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS



Sul do Brasil

Estado: Paraná

Região: Norte do Estado

Município: Itambaracá

Gentílico: Itambaracaense

CNPJ SIAFI: 76.235.738/0001-08

Data da Criação: Criado pelo Decreto lei Estadual nº 32 de 07 de Fevereiro de 1.955.

Data Emancipação Política: 30 Novembro de 1955.

Regional de Saúde: 18ª Regional – Cornélio Procópio – PR

Código IBGE: 4111001

População IBGE 2010: 6.759 Habitantes

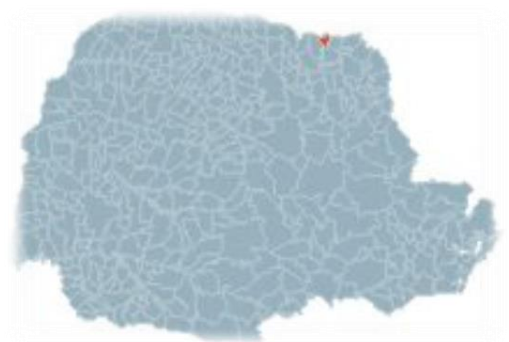
Gestão: Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA)

Pacto de Gestão na CIB PR, Portaria Nº 477/GM de 12 de Março de 2008.

FONTE: Prefeitura, Governo.

2.4 LOCALIZAÇÃO

O município de Itambaracá está localizado no Sul do Brasil e ao Norte, do Estado do Paraná.



POSIÇÃO GEOGRÁFICA – 2017

POSIÇÃO GEOGRÁFICA	INFORMAÇÃO
Altitude (metros)	402
Latitude	23° 01 '04 "S
Longitude	50 ° 24 '23 " w
Densidade demográfica	32,6 hab / km²

Fonte IBGE – IPARDES

2.5 LIMITES

Segundo os pontos cardeais o município de Itambaracá limita-se:



- Ao **Norte**; Municípios de Cândido Mota.
- Ao **Sul**; Bandeirantes.
- Ao **Leste**; Santa Mariana.
- A **Oeste**: Andirá.

ÁREA TERRITORIAL E DISTÂNCIA À CAPITAL – 2017

TERRITÓRIO	INFORMAÇÃO	ÁREA
Área territorial	206,933	Km²
Distância da sede municipal à capital	419,45	Km
Aeroporto de Londrina	110	km

FONTE: ITCG-PR (Área), SEIL-PR (Distância)

2.5.1 Linhas e Acessos

O acesso aos municípios vizinhos ocorre da seguinte forma:

- Bandeirantes; Rodovia Deputado Dino Veiga, 12 km de distância. Não há transporte coletivo.
- Andirá; Rodovia PR 517, com 20.9 km de distância. Não há transporte coletivo.
- Santa Mariana; sem acesso. Barreira Rio das Cinzas.
- Candido Mota, no estado de São Paulo; dista 39 km, acesso por balsa pelo Rio Paranapanema ou desvio pelo Patrimônio Nossa Senhora Aparecida, município de Andirá.
- Do município de Itambaracá ao município sede da Região de Saúde, Cornélio Procopio, são 50 km de distância em média 1 (uma) hora de viagem.
- De Itambaracá a Londrina, município com a Atenção Terciária, a distância é de 117 km e (2) duas horas de viagem.
- A distância média do Centro de Referência da Região de Saúde à Capital do Estado é 400 km com um tempo de viagem de 5h:40m.

2.6 Auditoria Eleita – 2020

Auditoria Eleita	Prefeita	Mônica Cristina Zambon Holzmann
	Vice-Prefeito	Marcus Vinícius de Andrade

FONTE: TRE-PR

2.7 DIVISÃO

ADMINISTRATIVA DO
MUNICÍPIO

O município pertence a comarca de Andirá, possui 02 distritos administrativos, sendo eles: São Joaquim do Pontal e Bairro Raul Marinho. E possui os seguintes bairros da zona rural: Bairro Córrego Seco; Bairro Poste do Meio; Bairro 45; Bairro Porto Galvão; Bairro Água da Alegria; Bairro Pedra Branca; Bairro Água dos patos; Bairro

Água do Cedro; Bairro porto Matarazzo; Bairro Porto Almeida; Bairro Santana; Bairro Bela Vista; Bairro Água do Meio e Bairro Aguinha.

2.8 POPULAÇÃO

Os resultados do Censo Demográfico de 2010 apontaram um volume de 6.759 habitantes no município de Itambaracá, o que traduz um crescimento anual de 0,89% no decênio 2000-2010, inferior àquele observado na década anterior (1,4% ao ano). Essa taxa é similar à da Região Sul como um todo e inferior à do país (Tabela 3). Em termos proporcionais, a população do Paraná representa 38,1% da população do Sul brasileiro e 5,5% da nacional.

POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO O TIPO DE DOMICILIO E SEXO - 2010

POPULAÇÃO SEXO	MASCULINA	FEMININA	TOTAL
Urbano	2.527	2.553	5.080
Rural	863	816	1.679
TOTAL			6.759

Fonte: IBGE 2010.

3 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Análise de Situação de Saúde (ASIS), é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde e intervenções de programas apropriados e a avaliação de seu impacto.

É um processo pelo qual se busca explicar o estado de saúde dos habitantes, de um determinado espaço geográfico, em um dado momento. Isso é alcançado por meio da análise, do entorno segundo o ponto de vista dos diferentes atores sociais.

Em resumo, a Análise da Situação de Saúde objetiva produzir informação e conhecimento útil para orientar as ações em saúde coletiva. Essa prática é relevante para a tomada de decisão e intervenção na situação identificada.

Para uma análise consistente, torna-se imprescindível observar os aspectos demográficos, socioambientais, econômicos, culturais e epidemiológicos de uma dada população.

3.1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A Saúde constitui-se um Programa Estratégico do Governo do Município de Itambaracá, tendo como meta a **“Saúde é Prioridade em Itambaracá”**, o objetivo é manter e consolidar as Redes de Atenção à Saúde, implementar Projetos e Programas Estratégicos existentes e implantar novos Projetos voltados à qualificação dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Atuar de forma integral priorizando os grupos de risco e a saúde da população em geral. Garantir atenção à saúde e qualidade de vida de todo cidadão Itambaracaense, atuando de forma articulada com outras áreas de governo e a sociedade civil, visando obter melhores resultados nas morbidades por doenças crônicas degenerativas, internações por condições sensíveis, mortalidade infantil.

É um trabalho que deve ser priorizado pelas Equipes de Atenção Básica, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de

desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o Órgão Gestor no Município e tem como missão formular e desenvolver a Política Municipal de Saúde, exercendo sua função reguladora, garantindo atenção à saúde da população com qualidade e equidade, com foco principal nas ações de Atenção Básica. Permanecer membro do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP), que atua como apoio complementar para a Média Complexidade e a rede contratada. Atua como instâncias de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito Regional, participa de forma ativa da Comissão Intergestores Regional-CIR e Comissão Intergestores Bipartite- CIB, constituída por representantes do Estado e os gestores municipais. Os gestores municipais estão organizados em Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e vinculados ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS) que atua com um técnico apoiador para atendimento descentralizado aos gestores municipais.

Para a execução das políticas públicas de saúde, a SMS conta com uma Rede Regionalizada e Hierarquizada, de serviços complementares contratados, na Média e Alta Complexidade com diferentes configurações tecnológicas para atender o cidadão do SUS no cuidado integral.

As demandas geradas no atendimento da Rede de Atenção Básica são agendadas via Consorcio (CISNOP) e demais prestadores contratualizados pelo Estado e/ou município.

Os agendamentos via Consorcio são distribuídos pela cota determinada segundo a população geral do município e direcionados aos serviços contratados na rede da região. Quando esgota a cota limite, o sistema permite agendamento extra cota, onde é gerado um valor adicional para o pagamento extra pelo município.

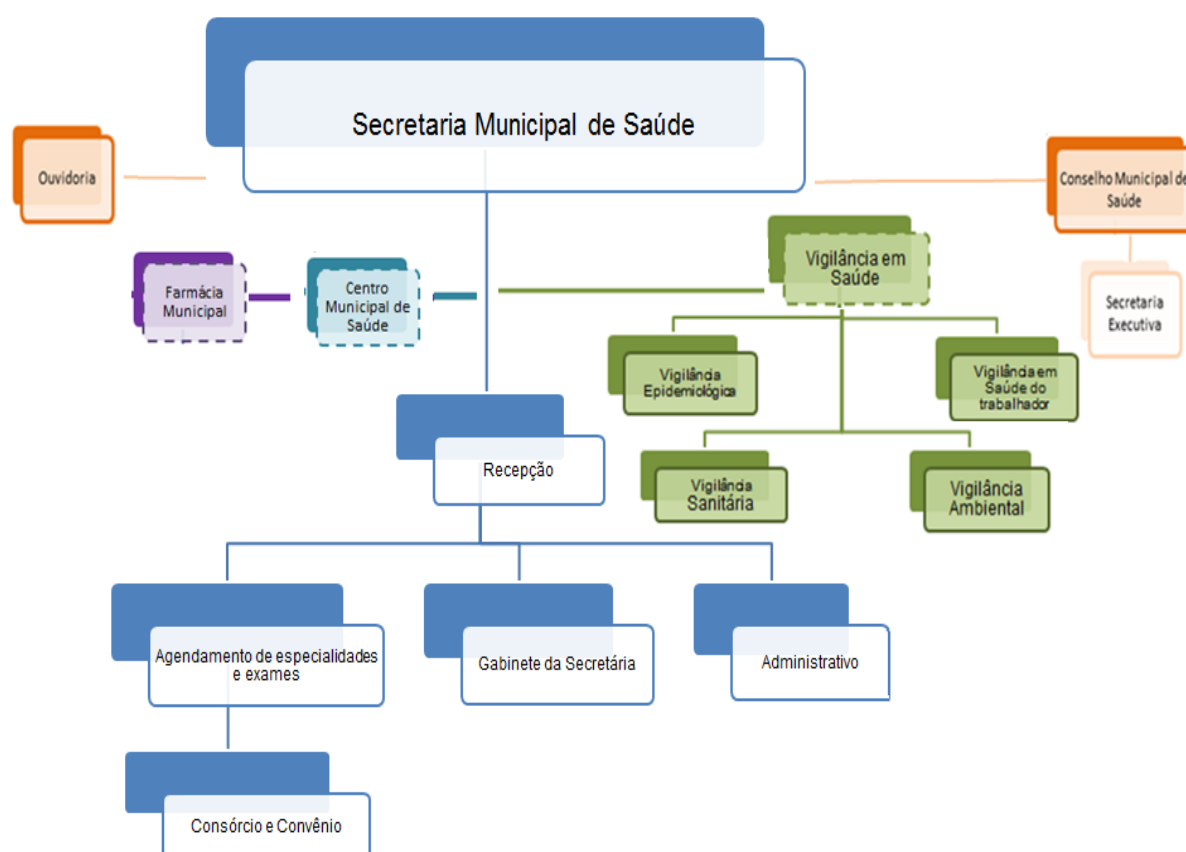
3.1.1 Transporte

O transporte na saúde é organizado através de ônibus, van, ambulância e carro baixo, de segunda a sexta-feira (finais de semana se necessário), para os municípios de Londrina, Cornélio Procopio, Bandeirantes, Santa Mariana, São Jeronimo da Serra, Curitiba, Campo Largo, Campina Grande do Sul, Jacarezinho, Andirá, Arapongas. Esporadicamente ocorrem viagens aos municípios do estados de São Paulo, sendo eles Assis, Marilia. Os pacientes que necessitam de hemodiálise são transportados por uma Van

as segundas, quartas e sextas-feiras e algumas vezes nas terças feiras, quintas feiras e sábados, conforme a necessidade do paciente.

As urgências e emergências são transportadas pelas ambulâncias do município e via SAMU (192), e o Serviço de Transporte do Município de Itambaracá possui um fluxo organizado, no entanto, a demanda de agendamentos ainda permanece maior que o número ofertado nas especialidades pelo consórcio CISNOP e Serviço de Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

3.1.2 Organograma



4 REDE DE SERVIÇOS CONTRADADOS

A Secretaria Municipal de Saúde é uma organização presente no Órgão Colegiado de Gestão Regional e no CRESEMS, aplica a política de consolidação do SUS através das Redes de Atenção à Saúde, desenvolve ações e serviços por meio de unidades próprias e rede contratada.

O processo de regionalização dos serviços de saúde no município foi se desenvolvendo com base na organização política municipal, na oferta de serviços de saúde da região e nos polos regionais de desenvolvimento. A partir de 2013, com a organização das Redes de Atenção à Saúde, ocorreu a conformação das macrorregionais, onde Londrina é a Macro Norte sendo referência para a Alta Complexidade quando os serviços mais próximos não absorvem a demanda.

O município de Itambaracá é membro do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP) que compõe os 21 municípios da 18ª Regional de Saúde, com sede na Cidade de Cornélio Procopio. O CISNOP é composto por um conjunto de especialidades médicas, exames e procedimentos de Média Complexidade, além dos atendimentos realizados no próprio CISNOP também são realizados exames em outras clínicas em Andirá, Cornélio, Jacarezinho e Londrina através do consorcio.

De acordo com a Rede de Atenção à Saúde, o município de Itambaracá não recebe pacientes de outros municípios. Encaminha os seus para a complementação do atendimento da Rede Mãe Paranaense para os partos de risco habitual e intermediário. Internação em clínica indiferenciada quando necessário. Na Santa Casa de Cornélio são encaminhadas as Gestantes de Alto Risco, direcionadas através do CISNOP com o atendimento de Pré-natal no Alto Risco.

Ainda em Cornélio, são atendidos, os pacientes de Hemodiálise, Clínica de Olhos. Quando os pacientes necessitam de cirurgias oculares e são encaminhados pela clínica de olhos, estes seguem para Jacarezinho para realizar o procedimento via Tratamento Fora de Domicílio (TFD), ou em casos pontuais são encaminhados para Londrina através do mesmo processo.

Também são encaminhados via TFD e/ou referência para Arapongas, Campo Largo e Curitiba para algumas especialidades médicas e cirúrgicas.

As internações na Urgência e Emergência são efetuadas via Central de Leito, no hospital do SUS onde houver a vaga.

A seguir apresentamos a Rede de serviços de saúde regionalizado e hierarquizado de acordo com a conformação e grau de complexidade

HOSPITAL	ESPECIALIDADE	MUNICÍPIO
Hospital Doutor Ubirajara Condessa	Geral	Itambaracá
Santa Casa de Misericórdia	Geral	Bandeirantes
Santa Casa de Misericórdia	Geral	Cornélio Procópio
Instituto do Rim e Clínica Nefronor	Hemodiálise	Cornélio Procópio
Hospital João Lima	Reabilitação	Cornélio Procópio
Hospital de Olhos	Oftalmologia	Cornélio Procópio
Hospital de Olhos Norte Pioneiro	Oftalmologia	Jacarezinho
Hospital João de Freitas	Geral	Arapongas
Sociedade Filantrópica Humanitas	Dermatologia	São Jerônimo da Serra
Santa Casa de Misericórdia	Geral	Londrina
Hospital Prof. Antônio Prudente	Oncologia	Londrina
Hospital de Olhos - Oftalon	Oftalmologia	Londrina
Hospital Universitário de Londrina	Geral	Londrina
Hospital das Clinicas	Geral	Londrina
Hospital Waldemar Monastier	Infantil	Campo Largo
Hospital do Trabalhador	Geral	Curitiba
Hospital do Cajuru	Geral	Curitiba
Hospital da Cruz Vermelha	Geral	Curitiba
Hospital Angelina Caron	Geral	Curitiba
Hospital Pequeno Príncipe	Infantil	Curitiba

5 ASPECTOS DEMOGRAFICOS, SOCIOECONÔMICO, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

As mudanças demográficas que ocorrem na sociedade, juntamente com as que se processam nas áreas sociais e econômicas, implicam a necessidade de revisão e redirecionamento do planejamento realizado para a área da saúde no Município.

A partir do recorte territorial do município a análise aponta, primeiramente, a distribuição espacial da população Itambaracaense, o grau de urbanização. Onde se observa a maior concentração de pessoas vivendo na cidade, o que representa uma alteração bastante significativa, a estrutura etária e as tendências futuras dos quantitativos populacionais também são dados relevantes.

Vários são os fatores que interfere na dinâmica da sociedade vivendo no Município de Itambaracá, como declínio na curva de crescimento, taxa de natalidade moderada, índice de envelhecimento elevado entre outros aspectos, a escassez do trabalho, etc.

A densidade demográfica possibilita mensurar a distribuição da população residente em um determinado território, permitindo a verificação das áreas mais e menos povoadas. Itambaracá apresenta índice demográfico (ano: 2016) de 32,60 Hab/km² esse indicador expressa o número de moradores por quilômetro quadrado.

A taxa de crescimento indica o ritmo de crescimento populacional, sendo influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações. Devemos considerar que o indicador é do último censo de 2010.

Tipo de Domicílio	Taxa de Crescimento (%)
Urbano	-0,43
Rural	-0,62
Total	-0,46

FONTE: IBGE - Censo Demográfico

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

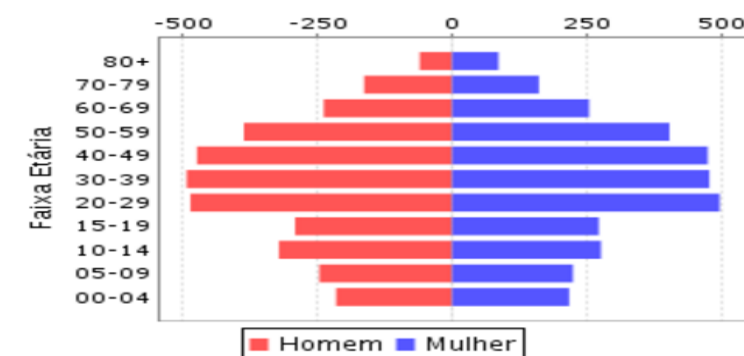
	2008	2009	2010	2011	2012

Índice de envelhecimento	67,5	73,08	63,9	63,79	64,17
--------------------------	------	-------	------	-------	-------

Fonte: IBGE/ Datasus.

Analisando o índice de envelhecimento, observamos que houve uma redução deste na população, de 2008 a 2012. Talvez se deva à melhoria da qualidade de vida por meio de bens e serviços ofertados, como água tratada, acesso aos serviços de saúde, imunização, entre outros. No entanto, a redução nos nascimentos, a queda brusca na curva de crescimento e o aumento na expectativa de vida, reflete um quadro de desequilíbrio populacional em relação à base se sustentação da população economicamente ativa/produzida. Vide a gráfico da pirâmide abaixo.

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO 2008 A 2015



5.1 PERFIL SÓCIO ECONÔMICO E AMBIENTAL

O Município de Itambaracá, localizado em região de terras férteis, já foi berço de muitas premissas na agricultura. Com o êxodo rural e a tecnologia de ponta, atualmente mantém-se no campo poucas famílias de pequenos produtores que se mantêm da agricultura familiar.

POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA (PIA), ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) E OCUPADA, POR TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO - 2010

TIPO DE DOMICÍLIO E	PIA (10 anos e	PEA (10 anos e	POPULAÇÃO OCUPADA
Domicílio - Urbano	4.436	2.263	2.088

Domicílio - Rural	1.425	823	776
Sexo - Masculino	2.934	1.877	1.796
Sexo - Feminino	2.927	1.209	1.068
TOTAL	5.861	3.087	2.864

FONTE: IBGE - Censo Demográfico

MÉDIA DA RENDA FAMILIAR

Renda Média Domiciliar Per Capta – 2010

Renda média domiciliar per capta 496,67

População economicamente ativa = 3040

% de população com baixa renda < ½ salário mínimo

TAXA DE DESEMPREGO

Taxa de Desemprego	16 anos e mais	7,17
--------------------	----------------	------

População desocupada	2,018 pessoas
----------------------	---------------

Fonte: IBGE, Censo demográficos/ Datasus 2010

6 HABITAÇÃO

No município de Itambaracá, não há concentração de favelas ou assentamentos de famílias, nem possui população indígena, mas há residências bem precárias utilizadas por famílias de baixa renda em situação de vulnerabilidade, residentes às margens do Córrego Jaborandi.

A maioria das residências da zona urbana é de alvenaria, e são servidas com água encanada tratada, com energia elétrica e rede de esgoto.

NÚMERO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS - 2010

CARACTERÍSTICAS	Nº DE DOMICÍLIOS
Número de domicílios particulares permanentes	2.169
Abastecimento de água (Água canalizada)	2.160
Esgotamento sanitário (Banheiro ou sanitário)	2.163
Destino do lixo (Coletado)	1.880
Energia elétrica	2.150

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra

NOTA: Posição dos dados, no site da fonte, 20 de agosto de 2014.

7 LAZER

7.1 EVENTOS CULTURAIS

O município de Itambaracá oferece opções de lazer para os seus munícipes, ligados à natureza.

Eventos	Descrição
Festa Nossa Senhora Aparecida	Realizada para comemorar o dia de Nossa Senhora Aparecida, a Festa Religiosa é organizada pelo Conselho Paroquial de Itambaracá e teve origem em 1956. A festa acontece no salão da Paroquial. Na festa é servido salgados, pizza, pastel, doces caseiros suco de laranja, refrigerantes e no domingo um grandioso almoço. Normalmente a festa de Nossa Senhora Aparecida é realizada na sexta, sábado e no domingo, não deixando faltar os bingos com premiação de frango assado. E para encerrar o evento normalmente tem um bingo concorrendo à premiação de até \$10.000,00. A participação da comunidade é maciça.
Feira da Lua	Implantada pela Agência de desenvolvimento e organizada pela Associação dos Feirantes de Itambaracá, é realizada toda sexta-feira no período noturno. Objetiva incentivar a produção e o comércio local, em barracas de lona com produtos diferenciados, carreta com som ao vivo de músicos locais. Comida japonesa, doces variados, espetinhos diversos, frutas, verduras e legumes, pães e temperos. A feira atrai uma média de 200 visitantes.
Festa do Bairro Raul Marinho	Festa realizada todo ano no mês de setembro, organizada pela comunidade local, com o apoio da Paróquia São Francisco Xavier, com o objetivo de angariar fundos para manter a capela. Na ocasião é oferecido comidas típicas, do local, celebrações religiosas.
Festa do Bairro Pedra Branca	Festa realizada em louvor a São Pedro, com celebrações religiosa, levantamento do Mastro com os Santos celebrados nas festas Juninas. É realizada no mês de Julho e é oferecido um grande almoço com os produtos da região. A renda é revertida para a manutenção da capela. Também no Bairro Pedra Branca é realizada em Janeiro, a festa de Santo Reis, com um grandioso almoço oferecido gratuitamente à população, com as prendas que são angariadas durante o período que percorre a região, difundindo a tradição nos lares.
Festa Junina Integrada	Implantada em 1998 pela Secretaria de Assistência Social do município e reformulada em 2001 pelas mesmas, com o objetivo de angariar fundos para as entidades educacionais de Itambaracá. Realizada em 2 dias, normalmente no último sábado e domingo de junho, contando com 1.000 visitantes de toda a região. O evento oferece shows de bandas locais, dança de quadrilha das escolas local, com a participação do grupo da Melhor Idade. Nas barracas são oferecidas com comidas típicas, doces,

Festa do
Padroeiro São
Francisco
Xavier

quentão, vinho quente, pipoca, refrigerantes, não faltando aquela cerveja geladinha, apesar do evento ser no período de inverno. Realizada para comemorar o do Padroeiro, a Festa Religiosa é organizada pelo Conselho Paroquial de Itambaracá. A festa acontece no salão Paroquial. Na festa é servido salgados, pizza, pastel, doces caseiros suco de laranja, refrigerantes e no domingo um grandioso almoço. Normalmente a festa de Nossa Senhora Aparecida é realizada na sexta, sábado e no domingo, não deixando faltar os bingos com premiação de frango assado. E para encerrar o evento normalmente tem um bingo concorrendo à premiação de até \$10.000,00. A participação da comunidade é maciça.

Além destes eventos o município através de suas secretarias também organiza os seguintes eventos: Festa do Dia das Crianças; Noite Pedagógica e Cultural; Enfeites Natalinos da Praça com Iluminação; Chegada do Papai Noel; Cantatas de Natal; Queima de fogos (virada do ano) e o tradicional Festival de Música FEMUCI e a Festa do Peão(EFAPI).

7.2 PROPORÇÃO DE MORADORES POR TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O município de Itambaracá tem seu sistema próprio de água e esgoto. Em relação ao sistema de água 100% da população urbana é servida de água tratada, com 2.381 ligações existentes. São 2.212 ligações residenciais, 101 comerciais, 31 industriais 26 públicas e 11 especiais, estes referentes à Vila Rural, na zona periurbana. No total de ligações estão o Distrito de São Joaquim do Pontal e Bairro Raul Marinho. A captação da água tratada e servida à população é feita em 6 poços artesianos e uma mina natural. Na zona rural onde não é possível o abastecimento de água pelo setor público, os moradores utilizam o sistema alternativos individuais como poço artesiano ou minas.

O SAMAE tem o sistema de tratamento da água contratado por laboratório privado para realizar as análises de rotina, e após o recebimento dos relatórios é repassado uma cópia para a Vigilâncias em saúde do município.

A Vigilância Ambiental local, realiza mensalmente, coleta de água de todas as fontes da zona rural e urbana e encaminha para a Regional de Saúde, e esta encaminha para o laboratório conveniado do estado, para analisar e vigiar a qualidade da água do município utilizada pela população.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA SEGUNDO AS CATEGORIAS SAMAE - 2016

Classificação Por Número de Ligações	Total
Número de ligações existentes	2.542
Ligações ativas	2.260
Ligações cortadas	282
Ligações indefinidas	00
Ligações residenciais	2.336
Ligações Comerciais	124
Ligações industriais	00
Ligações públicas	42
Ligações especiais (Vila Rural)	40
Total	2.381

Fonte: SAMAE Itambaracá:

(1) Economias. É todo imóvel (casa, apartamento, loja, prédio, etc.) ou subdivisão independente do imóvel, dotado de pelo menos um ponto de água, perfeitamente identificável, como unidade autônoma, para efeito de cadastramento e cobrança de tarifa.

7.3 ASPECTOS AMBIENTAIS

O município de Itambaracá está localizado em região rica em águas naturais que oferece grande potencial na área de lazer e turismo. É banhado pelo Rio Paranapanema, Rio das Cinzas e Rio Laranjinha. Além de outros recursos hídricos: cursos d'água, vários córregos, lagoas e açudes menores para piscicultura. As áreas de vegetação nativa são escassas, tendo em vista a ocupação das terras para a agricultura, representando em torno de 10% da área total do município, distribuídas entre as áreas de preservação.

Áreas de preservação existentes: mata no bairro Santana, mata no Porto Almeida, pequena área no Poste do Meio, mata na nascente do Córrego Jaborandi dentro da propriedade da Fazenda Santa Maria e outra pequena área no São Joaquim do Pontal.

A região é rica em matas ciliares, devido à preservação pelos órgãos ambientais, uma vez que o município é banhado por 3 rios, isso favorece as áreas de vegetação.

Quanto à pesca artesanal, após a construção do complexo Canoa Il, a região ficou prejudicadas, pois muitas famílias que viviam dessa atividade perderam seu campo de trabalho.

A Fauna, as espécies mais comuns são: o Macaco-prego, Bugio, Tatú galinha, Capivara, Anta, entre outros. Pássaros: Garça branca, Jacu, Codornas, Nambu, Canário da terra, entre outro. Em relação às espécies de animais peçonhentos merece destaque, pois são necessários ao controle e preservação das espécies, mas é relevante se atentar para as situações dos acidentes por animais peçonhentos, pois as espécies existentes são potencialmente perigosas. Na região são encontradas Jararacas, Cascavel, Coral verdadeiro, falsa Coral, Aranhas Amadeira, Marrom, Caranguejeira e escorpião marrom e amarelo.

Quanto à poluição, o município não possui empresas para contaminar o meio ambiente, sua principal fonte de renda é a agricultura que utiliza os agrotóxicos para eliminar as pragas da lavoura. Quanto aos agrotóxicos os agricultores recebem orientações das empresas fornecedoras, onde o Engenheiro Agrônomo, faz a receita com as orientações necessárias sobre a dose de uso, período de aplicação e cuidados no manuseio, uso do EPI, horário adequado para a aplicação, e a destinação final das embalagens.

7.4 COLETA E DESTINO FINAL DO LIXO

A coleta de lixo no município é realizada pelo serviço público de limpeza, cobrindo 100% da população urbana e várias localidades da zona rural. A coleta é realizada de segunda a sábado, com um caminhão compactador para a coleta do lixo orgânico e um caminhão caçamba para a coleta do lixo reciclável. O lixo orgânico é coletado nas segundas, quartas e sextas-feiras e o lixo reciclável são coletados nas terças e quintas-feiras. O maior problema ainda está relacionado ao destino final, o lixo total é desovado num aterro nos arredores da cidade. Os catadores fazem a separação do lixo reciclável, mas não há uma organização com estrutura preparada para tal finalidade.

A coleta dos lixos na zona rural é feita nas terças e quintas feiras, utilizando o caminhão compactador, passando por pontos estratégicos, onde a prefeitura instalou lixeiras para os moradores dos Bairros.

A coleta do lixo perfuro cortante e lixo contaminado gerado pelo serviço de saúde, é acondicionado e armazenado em local seguro e uma vez por semana um caminhão furgão de uma empresa contratada faz o recolhimento dos rejeitos.

COLETA DE LIXO POR DOMICÍLIO SEGUNDO A SITUAÇÃO - 2010

Total / Coleta	Urbana	Rural	Total
Coletado	1.636	531	2.167
...por serviço de limpeza.	1.622	246	1.840
...por caçamba de serviço de limpeza	28	10	38
Queimado (na propriedade)	12	243	255
Enterrado (na propriedade)	-	12	12
...em terreno baldio ou na rua	2	1	3

Fonte: IBGE- Censo Demográfico 2010

Conforme a representação gráfica acima, o município de Itambaracá possui boa cobertura de coleta de lixo. Os moradores que utilizam a queima como destino, necessitam de orientações a respeito da necessidade de aderir ao hábito de acondicionar o lixo para a coleta. Deve-se levar em consideração que o panorama geral é do Censo de 2010.

7.4.1 Limpeza de Terrenos Baldios

Os terrenos baldios são roçados quando necessários pelo poder público. Quando o proprietário se exime da responsabilidade de mantê-los limpos, é feita uma notificação para que o mesmo providencie a limpeza. O poder executivo possui legislação para a execução de multas aos proprietários reincidentes, mas, no entanto, a mesma não é aplicada.

7.4.2 Armazenamento e Descarte de Pneus das Borracharias

Os proprietários de borracharias são orientados a fazer o armazenamento em depósito apropriado, dos pneus que não são mais utilizáveis e levados em um local fechado e protegido da chuva em uma propriedade do município. Uma vez por mês uma empresa recolhe para o reprocessamento e destinação final, conforme legislação em vigor.

7.4.3 Destinação Das Embalagens de Agrotóxico

No preparo do praguicida o agricultor já faz a tríplice lavagem das embalagens, e armazenam em local seguro. Durante um determinado período do ano é feita a coleta das mesmas pelo órgão responsável junto às empresas vendedoras dos agrotóxicos.

8 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Os indicadores de saúde medem na população diferentes aspectos relacionados à função, ou incapacidade, ocorrência de doenças, agravos ou óbitos, bem como os aspectos relacionados aos recursos e ao desempenho dos serviços de saúde.

Para o levantamento das informações, é importante considerar os aspectos a serem analisados, como os indicadores de morbidade que medem a frequência de problemas de saúde como agravos ou doenças, como as infecciosas de notificação obrigatória, registros das fontes de informação e dos serviços de saúde, relatos de pacientes, entre outros.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Paraná (2016 – 2019, p 59), “Os indicadores de mortalidade geral ou por causas específicas permitem comparar o nível geral de saúde da população e identificar causas de mortalidade relevantes, como causas externas, violência, doenças crônicas não transmissíveis. Os indicadores de mortalidade geralmente se apresentam como número absoluto, proporções ou taxas por idade e sexo.

Em todo esse processo, os procedimentos e técnicas de quantificação são de grande relevância, e a capacitação da equipe de saúde local, nesses aspectos do enfoque epidemiológico é fundamental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – 2010)”.

8.1 MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma redução mundial da mortalidade. Contudo, o desafio ainda se configura uma realidade representada por 293 mil mortes maternas em 2013 por complicações relacionadas à gravidez; já nos países caribenhos e latino-americanos, essa cifra representa 9,3 mil. Desde a década de 90 até 2013, o Brasil está entre os dez países latino-americanos que tiveram as maiores reduções, apresentando uma redução da mortalidade materna de 43%. Há grandes desigualdades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento quanto ao risco de uma mulher morrer por causas maternas relacionadas a complicações da gravidez, parto e puerpério. A mulher que vive em um país em desenvolvimento tem 33 vezes mais chances de morrer por causas maternas em comparação a uma mulher que vive em um país desenvolvido.

Segundo Ferraz; Bordignon (2012), citado no Plano Estadual de Saúde do Paraná, (2016 – 2019, p 59). “No Brasil, a mortalidade materna se configura um desafio

cuja proporções se diferenciam entre as regiões, sendo evidentes as disparidades entre as variáveis que caracterizam o óbito (FERRAZ; BORDIGNON, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), embora os resultados sejam preliminares, o Brasil teve cerca de 1.178 óbitos maternos declarados em 2015. Destes, 821 são de causas obstétricas diretas, 323, indiretas e, 34, não especificadas (BRASIL, 2016). No ano de 2015, a Região Sul foi a segunda região do país de menor frequência de óbitos maternos, e o Paraná teve o maior número de óbitos maternos da Região”.

De acordo com o **CADERNO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL –RISCO HABITUAL**), da Rede Mãe Paranaense, a organização da Rede de atenção Materna Infantil tem como objetivo a qualificação do atendimento no período gravídico e puerperal. Neste processo o balizamento de ações e condutas é utilizado como ferramenta na assistência ao binômio e família. A caracterização do contexto de atendimento, bem como do perfil da população assistida se fazem importante.

A Equipe de Atenção Primária sendo ordenadora do cuidado e porta de entrada do serviço de saúde, além do serviço de assistência ao pré-natal e puerpério, contidos nos Cadernos da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. A equipe da APS deve ofertar outras ações de saúde, referente à linha de cuidado materno-infantil, além do acesso da gestante ao pré-natal na Unidade Básica de Saúde.

É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação do cuidado em saúde. O vínculo e o acolhimento da mulher e sua parceria sexual oportunizam espaços de comunicação que podem favorecer o aconselhamento pré-concepcional, a detecção precoce da gravidez e o início precoce do pré-natal. (BRASIL^a, 2012).

Neste contexto, as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando a referida população necessitar de atenção em outros serviços do sistema e saúde. (BRASIL^a, 2012).

8.1.1 Definição de Morte Materna

Segundo o (datasus.gov.br/cid10/V2008), define-se por morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou da localização da gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

8.1.1.1 Morte Materna Tardia

Morte materna tardia é a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas mais de 42 dias mas menos de um ano após o término da gravidez.

Coeficiente de Mortalidade Materna Paraná, 18ª Regional de Saúde e Itambaracá

LOCALIDADE	RMM/ 100.000 NV	ANO
Paraná	41,7	2015
18ª Regional de Saúde	169*	2009
Itambaracá	1388	2014

*18ª Regional de Saúde 2009 com 05 óbitos maternos

O indicador de mortalidade materna é um dado muito sensível que reflete as fragilidades da organização da assistência à saúde materna infantil, considerando que a gestação não é doença e sim uma alteração do estado biofisiológico da mulher para gerar uma vida.

A tabela acima apresenta o Coeficiente de Mortalidade Materna no estado do Paraná, na 18ª Regional de Saúde e no município de Itambaracá. Apesar dos dados terem ocorrido em anos diferentes, as variações ocorrem de acordo com os nascimentos de cada localidade. Como o município é pequeno o indicador reflete um número absurdamente elevado, o que significa que um óbito já causa danos irreparáveis na desestruturação das suas famílias! A Mortalidade Materna é um indicador de saúde que reflete as grandes disparidades entre as áreas ricas e pobres, urbanas e rurais.

8.2 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Segundo o (datasus.gov.br/cid10/V2008), Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete de maneira geral, as condições de desenvolvimento

socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde da população infantil.

Os indicadores de mortalidade infantil servem para analisar as variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população. Prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção ao pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

Coeficiente de Mortalidade Infantil 2012 à 2015 – Itambaracá *

2012 - 4 = 50,00	2013 - 2 = 25,31	2014 - 1 = 13,88	2015 - 1 = 16,66
------------------	------------------	------------------	------------------

*Para municípios com menos de 100.000 habitantes o indicador é em números absolutos

Nascidos Vivos 2012 à 2015

2012	2013	2014	2015
80	79	72	60

Conforme a tabela acima, observa-se uma importante redução no número de nascimentos em um período de 4 anos.

Na tabela acima comparando os nascimentos da série histórica, observa-se que em 4 anos houve uma redução de 20 nascimentos, o que equivale 25% a menos de pessoas que irão fazer parte daqueles com atividades economicamente ativas daqui a 20 anos.

Mortalidade Proporcional Por Idade No Paraná – 2010

Idade	Proporção de óbitos (%) no Paraná
Menor de 01 ano	2,76
01 a 04 anos	0,42
05 a 09 anos	0,31
10 a 14 anos	0,45

15 a 19 anos	1,95
20 a 24 anos	2,57
25 a 29 anos	2,49
30 a 34 anos	2,44
35 a 39 anos	2,84
40 a 44 anos	3,55
45 a 49 anos	4,62
50 a 54 anos	5,78
55 a 59 anos	6,81
60 a 64 anos	7,82
65 a 69 anos	9,28
70 a 74 anos	10,57
75 a 79 anos	11,37
80 anos e mais	23,97
Total	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS. Brasil.

Taxa Bruto de Mortalidade 2012 - 2015, Por 1.000

2012	2013	2014	2015
10,58	9,87	7,27	9,07

Fonte: DATASUS.

Na tabela acima, a taxa bruta de mortalidade houve uma pequena redução em relação aos anos 2012 e 2015, da ocorrência dos mesmos.

% Óbitos por Causas Evitáveis, 2012 – 2015							
2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
34	47,88	41	60,09	25	50,00	42	56,45

Fonte: Datasus.gov.br

A tabela acima apresenta os óbitos por Causas evitáveis e se comparada à taxa bruta de mortalidade, observa-se uma diferença acentuada na relação entre as mortes por causas preveníveis. Dessa forma, carece da necessidade de desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde, investindo nos trabalhos de grupos e equipes intersetorial direcionados as ações para estimular a qualidade de vida e reduzir óbitos por condições sensíveis à atenção Básica.

A razão de exames de preventivo do câncer de colo de útero em mulheres para a faixa preconizada foi mantida nos anos de 2017 a 2019. Esse indicador revela a realização a frequência de mulheres que realizam o exame e quanto maior o número de mulheres realizando o exame, maior é a chance de evitar a doença.

Razão de exames citopatológicos do colo de útero Faixa de 25 a 64 anos			
Série Histórica			
Ano / meta estado = 0,42	2017	2018	2019
População feminina na faixa etária preconizada	576	576	576
Mulheres de 25 a 64 anos (exames a serem realizados)	377	377	377
Razão de exames	0,65	0,65	0,65

Fonte: Sispecto.saude.gov.br

Razão de Mamografias de rastreamento Faixa de 50 a 69 anos de idade			
Série Histórica			
Ano / meta estado = 0,31	2017	2018	2019
População feminina na mesma faixa etária	329	329	329
Mulheres de 50 a 69 anos de idade (exames a serem realizados)	132	132	329
Razão de exames	0,40	0,40	0,40

Fonte: Sispecto.saude.gov.br

8.2.1 Casos de Tuberculose 2018 a 2020

Casos de tuberculose por tipo					
2018		2019		2020	
Pulmonar	Extrapulmonar	Pulmonar	Extrapulmonar	Pulmonar	Extrapulmonar
01	0	01	0	0	0

Fonte: SINAN NET

A tabela acima apresenta uma situação que pode expressar notificação silenciosa por falta de diagnóstico adequado de casos suspeitos ou confirmados da doença, tendo em vista que 1% da população geral precisa ser investigada como Sintomático Respiratório, e a partir da investigação, o diagnóstico precoce com tratamento adequado.

Casos de Hanseníase conforme a classificação					
2018		2019		2020	
Paucibacilar	Multibacilar	Paucibacilar	Multibacilar	Paucibacilar	Multibacilar
0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN NET

A tabela representando os casos de hanseníase com anos zerados, não significa que não tenha pessoas com a doença. Pode ser falha no diagnóstico precoce dos casos.

9 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

A gestão do trabalho em saúde parte da premissa de que o trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do processo de construção e contínua melhoria do Sistema Único de Saúde, no qual o trabalhador é reconhecido como agente transformador e não apenas como recurso humano.

De acordo com o Ministério da Saúde, as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, tanto do nível superior como no nível técnico-profissional são de responsabilidade do gestor municipal.

9.1 DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

O Departamento é vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES/MS) e coordena implantação da política Nacional de Educação Permanente, além de planejar acompanhar e avaliar as ações de gestão da formação em saúde no SUS. O DEGES também promove ações de articulação e integração de órgãos educacionais e entidades de classes e movimentos sociais.

A gestão do trabalho prevê um conjunto de ações que buscam valorizar o trabalhador e as suas relações de trabalho. O trabalhador é considerado peça fundamental no processo contínuo de melhoria dos serviços prestados à população, impactando diretamente na qualidade dos serviços ofertados à população e na melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Itambaracá, como ordenadora das políticas de saúde municipal, trabalha integrada na Educação Permanente em Saúde, junto à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, mediante relações com a 18ª Regional de Saúde. Este é um processo que facilita e fortalece as relações de consolidação do trabalho, pois, através das capacitações é assegurada a qualificação técnica dos profissionais e a melhoria dos serviços prestados à população.

Quanto à Gestão do trabalho, o município trabalha com o Estatuto que rege as Leis do funcionalismo público municipal. Portanto não há um quadro próprio do servidor

da saúde municipal, onde estabeleça as negociações das relações do trabalho e há a previsão de criar o Plano de Cargo Carreira e Salário (PCCS) da categoria.

O gráfico acima representa os tipos de gestão que a Secretaria Municipal de Saúde está inserida.

Na Gestão Estadual o município não tem estabelecimentos de saúde. Na Gestão Municipal, estão os estabelecimentos de saúde, sendo eles: a Secretaria de Gestão da Saúde e a Unidade Básica de Saúde Dr Fausto Luis de Melo Marinho. Os postos de Saúde do Bairro Raul Teixeira Marinho e Distrito de São Joaquim do Pontal estão desativados desde 04/05/2016. Por fim, na Dupla Gestão está o Hospital pelo fato de sua natureza jurídica ser um Conselho Comunitário e receber recursos do Estado para ajudar no atendimento ao público com as AIHs para internação e os exames de patologias clínicas, pois com recursos próprios não são suficientes.

Em relação à Natureza Jurídica dos estabelecimentos de saúde 66,6% representam os estabelecimentos da administração pública municipal. Os 33,33% representa o Conselho Comunitário Hospital Dr. Ubirajara Condessa, que é uma instituição de natureza jurídica privada, e que atualmente encontra-se sob intervenção municipal.

10 GESTÃO EM SAÚDE

A gestão em Saúde é um desdobramento contemporâneo do conceito da saúde tradicional, onde era conhecida como, saúde a ausência de doenças provocada por germes e condições ambientais insalubres. Com a introdução dos conceitos de sociologia política e da teoria da administração, em meados do século XX, houve a ampliação do objeto, quando foram instituídos os sistemas Nacional e Públicos de Saúde.

Desenvolveu-se, com essa finalidade, uma cultura sanitária voltada para a organização de serviços e programas de saúde, onde foram acontecendo as reformas sanitárias.

Com a Municipalização, o município foi responsabilizado, a partir da descentralização das ações e serviços, a assumir as responsabilidades e organizar a rede de atenção à saúde, a partir das necessidades locais da população, abrangendo os aspectos da integralidade e da equidade.

De acordo com José Ênio Servilha Duarte¹, a Constituição de 1988 recuperou a ideia do Município como ente federado autônomo e incorporou nos artigos 196 a 200, as diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Esta Conferência foi o desaguadouro do movimento iniciado na 3ª Conferência Nacional de Saúde.

A NOB/93 é o marco do surgimento do município como gestor do sistema local de saúde, como determinado pela Constituição e apesar de relativamente poucos terem assumido a gestão semiplena, os que a assumiram e passaram a receber recursos fundo-a-fundo e não por convênio, tiveram grandes avanços nos seus sistemas com grandes benefícios para as populações abrangidas. Surgiram os primeiros exemplos “do SUS que dá certo”. A NOB/96 permitiu uma aceleração da organização e assunção pelos municípios de seus sistemas de saúde ao instituir as gestões plena da atenção básica e plena do sistema, bem como ao propor a Programação Pactuada Integrada (PPI) trouxe a discussão da regionalização, prevista na Constituição e na Lei 8080/90, que seria implementada pelos municípios e pelos Estados. O Piso da Atenção Básica (PAB) foi uma proposta interessante, talvez a mais importante da NOB 96. Pela primeira vez, tivemos o repasse per capita, o que muito contribuiu para o avanço e a qualificação da atenção básica, junto da estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Com a mudança do Ministério da Saúde, em 2003, a nova equipe passou, a se articular com os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a discutir o SUS pós-NOBs, que culminou com a construção do Pacto pela Saúde em 2006. O Pacto pela Saúde

acabou com a rigidez dos modelos de regionalização da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), permitindo modelos que se adaptem às diferentes regiões do país. O Pacto pela Saúde deu mais poder às CIB e estabeleceu como pressuposto a relação solidária e não hierárquica entre os entes. Iniciou o processo de unificação do recurso federal, avançou na definição de responsabilidades de cada ente e, entre tantos outros avanços, a proposta dos Colegiados de Gestão Regionais, que fortaleceu em ações estrutural do Pacto.

A atenção primária trabalha com lógica de território de referência e é responsável pela coordenação de cuidado dos usuários, sendo a principal porta de entrada do SUS. É caracterizada por um conjunto de ações e serviços de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A média e alta complexidade é caracterizada por serviços ambulatoriais e hospitalares com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas.

A Assistência Farmacêutica constitui uma política pública inserida no SUS, voltada para a garantia de acesso e do uso racional de medicamentos necessários à assistência integral à saúde.

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações.

Dessa forma, seria oportuno a SMS consolidar seus elementos básicos no eixo de Gestão em Saúde, sendo Atenção Primária, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Monitoramento e Avaliação dos Serviços.

As Diretrizes expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde. As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas, num enunciado-síntese. Assim sendo foram estabelecidas as seguintes diretrizes: 1-Mãe Paranaense; 2-Rede de Urgências; 3-Saúde Mental; 4-Saúde Bucal; 5-Saúde do Homem; 6-Pessoa Idosa; 7-

Atenção Básica; e 8-Fisioterapia.

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

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

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

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

A área de vigilância em Saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, que constitui espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

Os componentes são: vigilância epidemiológica que avalia, notifica, investiga e monitora as doenças de notificação e agravos transmissíveis. Gestão de Imunobiológicos; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

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

No município, a gestão e execução da vigilância em saúde estão descentralizadas, assumindo as ações do elenco 1, que significa ações básicas de vigilância em saúde.

As ações de vistoria e inspeções de média complexidade, como o hospital, por exemplo, são realizadas pela equipe da 18ª Regional de Saúde em conjunto com o

município.

A **vigilância epidemiológica** é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva. “Tem a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 1990). Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Sob a responsabilidade da vigilância epidemiológica estão os sistemas de informação; Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Notificação dos Agravos de Notificação compulsória (SINAN), conforme portaria N° 204 de 17 de Fevereiro de 2016.

A **vigilância em saúde ambiental** centra-se nos fatores do meio ambiente que possam representar riscos à saúde humana: fatores biológicos (doenças transmitidas por vetores, zoonoses, intoxicações e acidentes por animais peçonhentos) e fatores não biológicos (água para consumo humano (VIGIAGUA). Prioriza-se no município o controle dos vetores que transmitem doenças, como: dengue, zika, chicungunya e febre amarela urbana.

Vigilância em saúde do Trabalhador trabalha com os agravos relacionados à saúde do trabalhador e as doenças ocupacionais. Tem por objetivo levantar problemas nas empresas, que possam estar causando as doenças relacionadas ao trabalho ou doenças ocupacionais. Investigar os acidentes de trabalho graves, acidentes com agrotóxicos, acidentes com animais peçonhentos, estudar as condições em que os mesmos ocorreram e propor medidas educativas e preventivas na redução dos danos oriundos do trabalho.

A **vigilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde.

É fundamental os serviços de vigilância em saúde no município, que trabalha o cuidado integral à saúde da população e os seus aspectos voltados para a promoção e prevenção dos agravos e seus condicionantes.

10.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Diante da evolução do avanço tecnológico e as necessidades de se obter ferramentas na área da saúde com informações precisas para a gestão e o planejamento, acarretaram no uso dessas ferramentas para informatizar os dados gerados na área da saúde. Esses instrumentos tem o intuito de registrá-los de forma centralizada e também obter facilmente informações que possam subsidiar as ações governamentais.

O município de Itambaracá há vários anos utiliza os sistemas de informação do DATASUS, na geração dos dados para informar o Ministério da Saúde, as ações e serviços que demandam da Secretaria Municipal de Saúde.

Sistemas de Informação utilizados no município: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos vivos (SINASC), Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal (SISPRENATAL), Sistema de Notificação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN). Sistema de Informação do câncer de colo do útero e Sistema de informação do câncer de mama (SISCOLO/SISMAMA). Sistema de Informação Nacional de Imunização (SI-PNI), Cartão Nacional de Saúde do cidadão (CNS). Gerenciador de Ambientes Laboratoriais (GAL), Sistema de Pactuação dos Indicadores de Saúde (SISPACTO), Boletim de informação Ambulatorial (BPA), Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica (E-SUS). Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (Sis-PNCD), o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do DIGISUS.

Todos os Sistemas de Informação são instituídos por Portarias Ministerial e têm características próprias. São alimentados regularmente conforme o estabelecido pelo MS. A condição estabelecida nas Portarias é de que o Ministério da Saúde repasse os recursos financeiros Fundo a Fundo, desde que o Município cumpra suas obrigações de alimentar os sistemas e enviar as informações para o DATASUS, regularmente. O não cumprimento das metas e o não repasse das informações implicam na suspensão dos recursos financeiros que o município recebe do SUS e do Estado. Os sistemas de informação do SUS são utilizados como subsídio e banco de dados, com as informações enviadas pelos municípios. Essas informações são de grande valia para se levantar diagnósticos da situação de saúde da população, fazer planejamentos, traçar estratégias e desenvolver ações direcionadas onde os indicadores apontam fragilidades.

10.2 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

O Cadastramento Nacional de Saúde consiste no processo por meio do qual são identificados os usuários do Sistema Único de Saúde e seus domicílios de residência, por meio do cadastro é emitido o Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde 940/2011, o Cartão Nacional de Saúde unifica a base de dados de vários sistemas existentes no SUS, organizando a identificação do cidadão por meio de um registro único. Esse registro é a chave de acesso do cidadão ao Sistema, por meio do Portal de Saúde do Cidadão.

O Cadastro Nacional de Usuários é o documento que possibilita vincular os procedimentos, ações e serviços de saúde executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao cidadão, ao profissional de saúde que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

Para profissionais de saúde que operam a base de dados do Cartão, é disponibilizado na internet o **CadSUSWeb**, instrumento desenvolvido pelo DATASUS que permite visualizar os dados para atualização em tempo real.

No município o cadastro e a atualização dos dados do CNS podem ser realizados no Centro de Saúde e na Secretaria, durante o horário de atendimento, sendo de segunda a sexta das 7h às 11h e das 13 às 17h.

10.3 FINANCIAMENTO E GESTÃO DO SUS

Direciona para a contribuição à adequada formação, alocação, valorização e democratização dos trabalhadores do SUS; a qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa, com foco em resultados, financiamento estável e a garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Contempla, também, a participação popular e o controle social.

A área de Gestão do trabalho e Educação em Saúde vem buscando qualificação para atender às demandas atuais e futuras de gestão de pessoas e da força de trabalho no, em consonância com as orientações estratégicas desta Secretaria e as

diretrizes do Ministério da Saúde. Para uma atuação estratégica e integrada que contemple não apenas a alocação quali-quantitativa da força de trabalho, mas também o compromisso com melhores resultados é necessário o fortalecimento da cultura de planejamento em recursos humanos de forma a ampliar o alcance e a capacidade de resposta do sistema de gestão do trabalho nos processos de alocação, desenvolvimento profissional, fixação, valorização e democratização das relações de trabalho no SUS.

Para viabilizar os avanços esperados, dentre outras ações planejadas, serão revistas e aprimoradas as políticas e práticas da gestão do trabalho; ampliadas as estratégias de fixação dos profissionais por meio de estudos e propostas conjuntas; fortalecidas as relações de trabalho; e principalmente, a busca permanente da qualificação das informações da força de trabalho para apoiar o atendimento das demandas internas e enfrentamento de situações inusitadas e de complexidade crescente, como as da área da saúde. A área de tecnologia de informação em saúde objetiva-se a modernização do sistema de informação da Secretaria, com a substituição dos equipamentos obsoletos e a incorporação de tecnologias.

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

A capacitação dos profissionais vem sendo realizada através das Oficinas de integração do APSUS para implantação das redes no município, além das capacitações e treinamentos ofertados pela 18ª Regional de Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde - SESA e pelo Ministério da Saúde – MS.

11 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, as Redes de Atenção se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, nas atuais concepções são entendidos como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidas na Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade objetivando atender o cidadão na sua integralidade.

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A Atenção Primária tem como fundamentos:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades, considerando sempre o princípio da equidade.

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e co-responsabilização

pela atenção às suas necessidades de saúde.

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos de profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário com a sua coparticipação.

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.

A Estratégia Saúde da Família é prioritária no cuidado ao usuário próximo do domicílio. Neste sentido o município de Itambaracá conta com 02 Equipes de Saúde da Família, 01 equipe de Saúde Bucal na modalidade II e 01 Equipe do Programa Mais Médico. Cada equipe atende uma média de 2.000 mil pessoas adstrita por território.

A Portaria 2.488 define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Entre os diversos atributos, destacam-se a

atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população.

Nesse sentido, a atenção primária deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde:

- I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário;
- II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas;
- III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS;
- IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

12 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Unidade Básica de Saúde funciona diariamente no horário de 07:00 às 11:00h e 13:00 às 17:00h e oferece ações e serviços de saúde, conforme descrito abaixo:

- Acolhimento;
- Atendimento Médico;
- Curativo;
- Assistência Farmacêutica com:
 - Dispensação de medicamentos Básicos e Estratégicos;
 - Dispensação de preservativos e contraceptivos.
- Assistência de Enfermagem;
- Exames preventivos (câncer de colo do útero);
- Grupo de educação em saúde;
- Imunização (vacina);
- Nebulização;
- Programa de Controle da Tuberculose
- Programa de Controle da Hanseníase
- Planejamento familiar;
- Pré-natal (Rede Mãe Paranaense) Puericultura;
- Estratégia em Saúde da Família.
- Programa de Saúde Bucal e Odontologia
- Serviço de Psicologia
- Programa de Combate às Carências Nutricionais (SISVAN)
- Programa de Diabéticos e Hipertensão Arterial

12.1 ESTRATÉGIA SAÚDE

DA FAMÍLIA

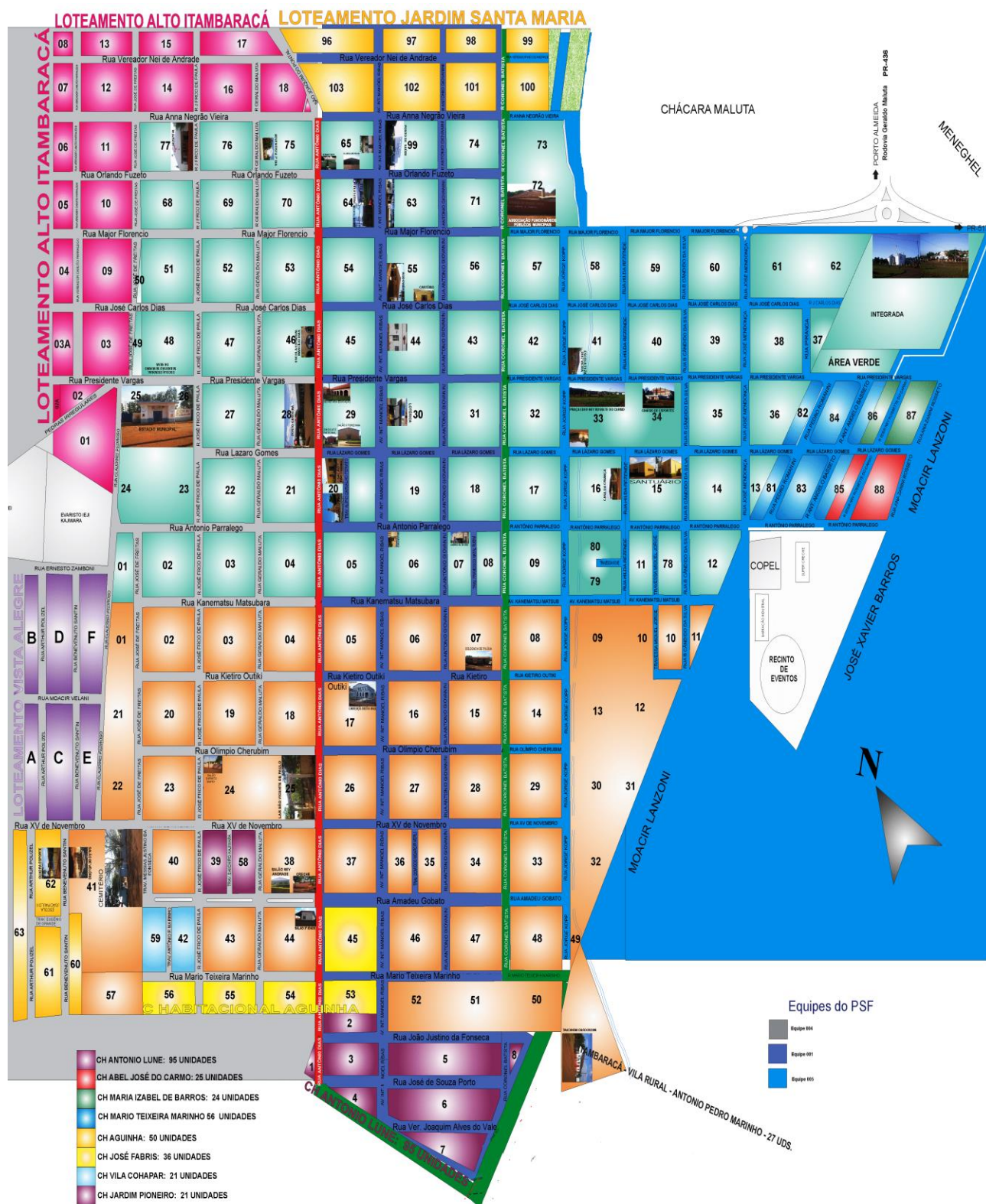
A Estratégia Saúde da Família - ESF é responsável pela organização das 03 (três) Equipes Saúde da Família, ajudando a garantir o acesso da população a Unidade Básica de Saúde (UBS), atualizando o território de abrangência onde desenvolve suas atividades, a qualificação e/ou educação permanente e implementação do planejamento de ações, distribuição de áreas de abrangência, orientação e organização do processo de trabalho, compartilhando e apoiando as práticas em saúde, atuando na ação interdisciplinar e intersetorial; integralidade, participação social, promoção da saúde e humanização.

Entre as atribuições estão o acompanhamento dos treinamentos, capacitações, oficinas e cursos oferecidos pelo município, estado e governo federal, proporcionando atualizações no conhecimento e trocas de experiências.

Entre eles está o programa de qualificação da Atenção Primária de Saúde (APSUS), organizado pelo governo do Estado e executado pelo município a todos os profissionais da Atenção Básica, proporcionando uma reorganização no atendimento buscando maior eficiência e qualidade aumentando a capacidade de respostas à população. Com a atualização das Portarias Ministeriais da Atenção Básica, é representante da Atenção Básica junto ao Estado e ao Ministério, participa nas comissões de Farmácia Terapêutica e Programa de Oxigênio terapia.

Cada Equipe tem uma Área adstrita para a organização dos serviços e seguimento territorial com uma representação por mapeamento, conforme segue abaixo com a denominação de Equipe e Microáreas.

Mapa das Áreas e Microáreas:



A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Promover saúde implica no estímulo da adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis bem como formular a legislação que regule a industrialização, comercialização, distribuição e consumo de alimentos, tabaco, medicamentos e álcool e promova a cultura da paz, pois estas atividades operam pela garantia dos direitos de cidadania, pela redução dos riscos e da vulnerabilidade às doenças e agravos, pela ampliação das possibilidades de escolha e de decisão da população. Estas atividades implicam também em organização e gestão do trabalho que reconheça e respeite a singularidade dos vários atores sociais presentes na sua produção, contribuindo para reduzir as desigualdades por meio de ações de promoção da saúde, conforme segue.

A Rede Mãe Paranaense é um programa prioritário do governo do estado do Paraná, criado a partir da Rede Cegonha do Ministério da Saúde, com o objetivo de acompanhar as gestantes de maneira diferenciada e preventiva para a redução da Mortalidade Materna e Infantil. O programa é uma estratégia que fortalece a política de saúde da Rede, tendo em vista a captação precoce, a vinculação e a estratificação do risco gestacional.

O Centro de Saúde Marcelo Zapateiro, inaugurado em 2000, passou a ocupar o antigo prédio do Banco do Brasil, que readaptado e reformado passou a ser a porta de entrada da rede e ordenador do cuidado nos outros níveis de atenção.

Em 2000 foram implantadas 02 Equipes de Estratégia da Saúde da Família, em 2002, 01 Equipe de Saúde Bucal, em 1998 o município já disponibilizava equipes de Combate às Endemias. Desde então, o município conta com o fortalecimento das políticas de fortalecimento do SUS, fazendo jus aos recursos e incentivos que são disponibilizados para subsidiar as ações e serviços de saúde, insumos e equipamentos.

Em Dezembro de 2016, foi inaugurada a obra da nova UBS Dr Fausto Luis de Melo Marinho, realizada com recurso do Estado do Paraná, passando a partir de então todo o atendimento médico para esta unidade.

O Previne Brasil é novo modelo de financiamento de APS, que foi instituído pela portaria 2.979 de 12 de Novembro de 2019. Este programa leva em conta três componentes fundamentais, sendo eles, capitação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde), e incentivo de ações estratégicas (credenciamento/adesão aos programas do MS). Nos anos de 2020 e 2021 devido ao enfrentamento a pandemia de Covid-19, os indicadores que serão balizas de mediação para o repasse, não foram ainda efetivamente cobrados dos municípios, realidade que será alterada a partir de 01/2022

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) tem sido uma importante estratégia que fortalece a Rede de Atenção à Saúde. Um programa inovador do governo estadual, pois institui uma nova lógica para a organização da **Atenção Primária à Saúde (APS)**, estreitando as relações entre o Estado e o Município, fortalecendo a capacidade de assistência e de gestão, com vistas à implementação do Sistema Único de Saúde {SUS}.

Os repasses de recursos do APSUS são divididos em blocos de Custeio e Investimentos. No Município de Itambaracá com os investimentos do APSUS, foram trazidos para a melhoria da assistência à população uma nova UBS, os equipamentos e mobílias para a estruturação da mesma, Ônibus, Ambulância e veículos. O custeio é aplicado em materiais e insumos para o trabalho das equipes de saúde.

A Rede de atenção à saúde no município conta com os Programas que são prioritários para a melhoria da qualidade de vida da população e conta com os seguintes programas:

Programa Preventivo de Câncer de Colo Uterino e mama; o Câncer de colo de útero é segundo tipo de tumor mais frequente entre mulheres, é responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil pacientes por ano no Brasil. Tumores ginecológicos é a denominação genérica que se dá ao câncer de colo uterino, e câncer de ovário.

A incidência de câncer do colo de útero predomina na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir um pico geralmente na faixa etária entre 45 e 49 anos. A faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, para a realização do Papanicolau é de 25 a 64 anos, porém, o município realiza o exame em qualquer faixa etária. Após a coleta os exames são encaminhados para o laboratório de referência em Londrina, às alterações simples são tratadas no município, as lesões não malignas, as pacientes são referenciadas para o CISNOP e as neoplasias são tratadas no Instituto do

Programa de controle da tuberculose; visa à redução dos riscos e

agravos à saúde da população, por meio de ações e promoção da saúde. O paciente diagnosticado é inscrito no SINAN, o município recebe os medicamentos estratégicos e trata do paciente com o acompanhamento de doses diárias supervisionadas, por um período de 06 meses. A tuberculose é uma doença que traz serias preocupações às autoridades sanitárias, tendo em vista a magnitude e danos para os pacientes diagnosticados tardiamente e tratados de maneira inadequada.

Programa de controle da hanseníase; também visa à redução dos riscos à saúde da população. Doença infectocontagiosa, com danos irreparáveis ao portador quando diagnosticado tardiamente. O tratamento é de 06 meses a 01 ano de duração, com doses supervisionadas mensalmente. Isso para pacientes com tratamento primário ou que não tenham resistência aos medicamentos.

Programa de Assistência ao Pré-natal: O programa de assistência ao Pré-natal conta com o apoio da Rede Mãe Paranaense. As gestantes são captadas pelos ACS, a Enfermeira solicita exames confirmatórios para a gestação. Se confirmado, a gestante é cadastrada no Sispre natal, a Enfermeira Classifica o Risco, solicita os primeiros exames, agenda nos laboratórios de referência e já encaminha para a epidemiologia que realiza os Testes Rápidos de imediato. Se o resultado for reagente, já leva a gestante para o atendimento médico imediato. Também já são verificadas as vacinas e realizado o teste da “mãezinha”. As gestantes são acompanhadas conforme o “Linha Guia da Mãe Paranaense”. Para melhor acompanhar as gestantes, o município contratou uma profissional Ginecologista e Obstetra.

Programa Saúde na Escola: O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz. No município de Itambaracá as ações do PSE estão sendo desenvolvidas em todas as escolas municipais em parceria com a unidade básica de saúde, através de avaliação clínica e ações de promoção à saúde de todas as crianças e adolescentes nas escolas do Bairro Raul Marinho EEC DO EF, João Paulo II EMEF, Marcilio Dias CEEFMN, Maria Guedes Maluta CMEI, Mirazinha Braga EECEF, Sebastião Severino da Silva EMEF e Elza Ruiz Vieira CMEI.

Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família e a Vigilância em Saúde.

Segundo os dados do sistema de Informação Ambulatorial (SIA), a tabela abaixo apresenta o resultado da produção físico ambulatorial dos procedimentos realizados na atenção básica. Nos últimos anos, a realização desses procedimentos vem aumentando gradativamente. Comparando a produção do ano de 2012 com a de 2016 verifica-se um crescimento que pode estar relacionado à melhoria do acesso da população aos serviços de saúde.

Grupo de Procedimentos	2012	2016
	Produção Ambulatorial da Atenção básica	Produção Ambulatorial da Atenção Primária
Consulta médica básica	13.209	12.587
Atendimento de urgência na atenção básica	159	190
Atendimento de urgência em atenção básica com observação até 8 horas	224	748
Consulta de profissional Enfermeiro na atenção básica	2.248	6.196
Consulta de Pré-Natal e Puerpério	773	580
Consulta atendimento no domicílio de médico e enfermeiro	469	675
Glicemia capilar	1.899	3.780
Sutura simples	415	295
Drenagem de abscesso	431	202
Curativos	985	3.642

Visita domiciliar de nível médio	2.270	1.204
Inalação	1.615	5.826
Primeira consulta odontológica programática	746	827

Fonte: SIA. DATASUS.

12.3 SAÚDE BUCAL

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar espaços de práticas e relações que orientam o processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Os procedimentos realizados atualmente são de restauração, extração, orientação na escovação, aplicação de flúor, selamento provisório, selante (aplicação), aplicação cariostático, evidenciação de placa, raspagens, pulpotomia, acesso a polpa e bochechos. Prevenção, controle e tratamento de Cárie. Orientações sobre saúde bucal. Extração de Dente. Limpeza e raspagem dos dentes. Suturas e curativo no dente. Atendimento de urgência/emergência. Prescrição medicamentosa. Ações de promoção e proteção de saúde.

12.4 FISIOTERAPIA

O programa de fisioterapia conta com atendimentos de crianças, adultos e idosos. Atualmente temos 01 fisioterapeuta, sendo está funcionária efetiva com carga horária semanal de 20 horas, realizando atendimentos através de agendamentos prévios, os pacientes são atendidos no prédio da academia de saúde.

Os atendimentos realizados de fisioterapia em geral, se enquadram dentro dos variados quadros patológicos, tais como: reumatológico, traumato-ortopédico, neuropediátrico, cardiorrespiratório, ginecologia e obstétrico, ginastica laboral, entre outros.

Sendo os casos mais frequentes os traumato-ortopédicos, neurológicos e neste ano as recuperações pós-Covid.

Os objetivos do setor fisioterapia são:

- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes;
- Prevenir complicações osteomioarticulares, cardiorrespiratória;
- Evitar recidivas;
- Evitar procedimentos cirúrgicos.
- Conduta fisioterapêutica:
 - Analgésica;
 - Reabilitação pós-operatório;
 - Fortalecimento, alongamento, propriocepção;
 - Correção postural;
 - Treinamentos do uso de prótese e órtese;
 - Treinamento com uso de muletas e andador;
 - Manobras respiratórias.

13 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Secretaria de Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população.

A Vigilância em Saúde é financiada pelo Ministério da Saúde, por blocos de financiamento variável, regulamentado pela portaria nº 1378/GM/MS de 09 de Julho de 2013, o qual está condicionado à alimentação regular e sistemática dos sistemas de informação e cumprimento das metas dos indicadores de saúde.

13.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O departamento de Vigilância Sanitária (VISA) é responsável pela realização de inspeções sanitárias (alimentos e serviços de saúde), controle de psicotrópicos, identificação e controle/combate de zoonoses, atendimento a reclamações, inspeções com vista para saúde do trabalhador e registro de alimentos.

A Vigilância Sanitária, elaborou o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), para a formulação desse plano a equipe de Vigilância utiliza para a elaboração dos documentos de Gestão: Pacto pela Saúde, Programação de Ações de Vigilância em Saúde (SISPACTO), Plano Estadual de Saúde, Relatório de Gestão e a Portaria 1106/2010 que em seu anexo I estabelece o “Elenco Norteador” para as ações de VISA, bem como as especificidades locais e concepção de risco sanitário.

O Plano de Ação é composto de duas partes, na perspectiva das Vigilâncias Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador: Grupo de **Ações do Elenco norteador**, divididos em dois grupos sendo eles: **Grupo I:** Ações para estruturação e o Fortalecimento da Gestão. **Grupo II:** Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário.

13.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer

mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

O objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

E ainda, constitui-se importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas afins.

No município de Itambaracá, o Setor de Epidemiologia foi regulamentado em 2000, pelo Decreto Nº. 1.780/00, nos termos da NOB01/96, onde definia equipe mínima, espaço físico e equipamentos inerentes às atividades e atribuições de: Imunização, notificação, Investigação e controle de doenças, alimentação e manutenção dos sistemas de informação, avaliação e demais ações relacionadas ao setor. Decreto publicado no Diário de Vale em 27 de abril de 2000.

13.2.1 COVID19

O novo Coronavírus (2019-nCoV) é um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em Wuhan, China, causando infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais; sendo que a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco como idosos e crianças. Previamente a 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves. Acerca da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), o espectro clínico não está descrito completamente bem como não se sabe o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico. Este documento apresenta o Plano de Contingência municipal, o qual está em consonância com o Plano de Contingência estadual e nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), com objetivos de descrever as ações de Vigilância e Atenção em Saúde do

município de Ortigueira em todos os níveis de complexidade, a serem executadas frente à detecção de um caso suspeito/confirmado de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), minimizar riscos à população frente a um caso suspeito de COVID-19 e orientar a adoção de medidas preventivas e indicação de uso de EPI.

A disseminação de pessoa para pessoa nos casos do MERS-CoV e SARSCoV, acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham. Novo Coronavírus (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. O que se sabe é que a transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV ocorre entre pessoas em média 07 dias após o início dos sintomas. Até o momento, não há informação suficiente de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

Não há nenhum antiviral específico recomendado para o tratamento de infecções por COVID-19, no entanto, medidas de suporte devem ser implementadas. No atendimento, devem-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo de tratamento de Influenza. Pessoas infectadas com este vírus devem receber tratamento para auxiliar no alívio de sintomas. Para casos severos, tratamento deve incluir suporte de terapia intensiva.

16.2.1.1 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A implementação de precauções padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera e durante toda assistência prestada) independentemente dos fatores de riscos ou doença de base.

No município enfrentamos o pico de contaminação nos meses de fevereiro a abril, onde ocorreu a elevação do índice de óbitos causados pelo vírus, que no total até a presente data totalizam 20.

Como o atual avanço no processo de imunização, iniciado em janeiro de 2021, os atuais números de contaminações e morte ocorridas em decorrência do Covid-19, geram expectativas positivas, projetando em breve o final deste triste episódio. O quadro

de imunização do município hoje conta com uma cobertura de 135 doses únicas, 5.616 primeiras doses, 3.993 segundas doses e 555 terceiras doses.

Mesmo com alto índice de vacinação no município, e há vários dias sem apresentar casos positivos, as medidas de prevenção não foram alteradas, seguindo o protocolo:

- Higiene frequente das mãos com água e sabão ou preparação alcoólica;
- Evitar tocar olhos, nariz e boca sem higienização adequada das mãos;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar, com cotovelo flexionado ou utilizando-se de um lenço descartável;
- Ficar em casa e evitar contato com pessoas quando estiver doente;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;

A equipe de vigilância municipal realizará a notificação de possíveis casos em tempo oportuno, preencher a Ficha de Notificação - Fazer o download da ficha já preenchida - Imprimir cópia que deverá acompanhar as amostras ao LACEN. - Entrevistar os possíveis contactantes do caso suspeito e manter monitoramento.

Realizar coletas de amostra respiratória conforme protocolo de Influenza na suspeita do novo Coronavírus (COVID-19) (Anexo 3). A amostra será encaminhada para o LACEN. Cadastrar a amostra no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), na requisição preencher o campo "Agravado/Doença" COVID-19, cadastrar a amostra, no campo PESQUISA/EXAME selecionar "CORONAVÍRUS". As amostras deverão estar acompanhadas da requisição do GAL, em caixa de transporte com gelo reciclável em caixa de isopor fechada com fita crepe contendo somente as amostras para pesquisa de Coronavírus/Influenza. Identificar a caixa como Coronavírus/INFLUENZA.

As distribuições dos kits de coleta são realizadas pelo LACEN, onde a 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná faz a dispensa para seus municípios do quantitativo necessário, encontrando-se todos abastecidos no momento.

O diagnóstico é realizado no LACEN/CEVS pelo método RT-PCR com insumos produzidos pela Biomanguinhos. Em estabelecimentos de saúde SUPLEMENTAR, incluindo laboratórios, orienta-se que o diagnóstico do COVID-19, seja realizado por meio de RT-PCR em tempo real. Desde que estiverem usando esse método, todos os laboratórios públicos ou privados que identificarem casos confirmados por COVID-19 pela primeira vez deverá submeter à contraprova realizada pela referência enviando a

amostra para o Lacen.

13.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09).

A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98).

13.4 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

É também atribuição da VSA os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes

ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo.

A SVS atualmente é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Desde a criação da SVS, a integração das vigilâncias foi se fortalecendo nas três esferas de governo, impulsionada pela relevância das doenças e agravos não transmissíveis, pela necessidade do fomento às ações de promoção da saúde, pela redução da morbimortalidade da população em geral e dos trabalhadores em particular, pela preocupação com os riscos sanitários, caracterizados como os eventos que podem afetar adversamente a saúde de populações humanas, e pela urgência em organizar respostas rápidas em emergências de saúde pública.

Compõem a Vigilância ambiental os seguintes programas estratégicos: Vigiaqua; Vigiar; Vigidesastres; Vigisolo.

14 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A **Assistência Farmacêutica (AF)** engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional. Este 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. É uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica teve como tema: “Efetivando o Acesso, Qualidade e Humanização da AF com Controle Social”. Uma das propostas desta conferência foi o acesso a medicamentos seguros, eficazes, produzidos com qualidade, de acordo com as necessidades, com regularidade e orientação para o uso correto. Desta conferência surgiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução 338 do Conselho Nacional de Saúde de 2004.

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004c).

14.1 OBJETIVO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As ações de assistência farmacêutica no município de Itambaracá se baseia através da Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica, visando garantir a necessária segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos e atender os problemas de saúde da população por meio de ações de saúde

na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional, assim como o aprimoramento dos cuidados prestados pelo profissional farmacêutico.

14.2 ATUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE SAÚDE

O objetivo da Farmácia é de prestar um serviço de qualidade através do acesso dos usuários a medicamentos descritos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (falta formalizar), aqueles submetidos a controle especial pela Portaria 344/1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além de medicamentos específicos de programas do governo federal como por exemplo os dos componente estratégico e componente especializado.

Nesse sentido é importante ressaltar que a farmácia oferece a presença de profissionais farmacêuticos cuja a finalidade é a prestação de ações para orientar e acompanhar o paciente quanto ao uso adequado dos medicamentos, de maneira a evitar possíveis problemas indesejados durante o uso da medicação.

14.3 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Um serviço organizado gera resolubilidade, otimiza tempo e recursos, além de refletir positivamente na credibilidade da instituição, setor/serviço, sistema de saúde e usuário, favorecendo a todos os envolvidos no processo.

Para organizar os serviços, parte-se inicialmente de planejamento para conhecer a realidade e a funcionalidade; identificar problemas, forma de execução, comunicação e informação, demandas, para adequar os recursos, visando melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas.

A Farmácia realiza as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica, como seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, sendo que no ciclo o resultado de uma atividade é o ponto de partida para outra e a ausência ou a execução de forma inadequada de uma delas, acaba impedindo o correto funcionamento de todo o ciclo.

A rotina dos serviços prestados é realizada através do cadastro dos pacientes através de uma planilha, onde é feito uma carterinha para controle e dispensado uma quantidade de medicamentos para 30 dias, sendo possível fazer uma previsão do consumo mensal de insumos, possibilitando dessa forma atender as necessidades dos mesmos e reduzindo a margem de perdas, desperdícios e a má utilização dos recursos.

14.3.1 Hipertensão Arterial e Diabetes

O município possui 522 pacientes cadastrados na farmácia, sendo, 350 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 172 pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

14.3.2 Hipertensão Arterial

O município possui 350 pacientes cadastrados, sendo realizada as orientações necessárias de forma a evitar as complicações da pressão alta, como: aferir sempre a pressão arterial, evitar excesso de peso, usar pouco sal na comida, evitar comidas gordurosas, não fumar, usar pílulas anticoncepcionais somente com orientação médica, evitar stress e seguir todas as orientações feitas pelo profissional da saúde.

14.4 ELENCO DE MEDICAMENTOS ANTI- HIPERTENSIVOS

1. Amiodarona 200mg;
2. Anlodipino 5mg;
3. Captopril 25mg;
4. Carvedilol 3,125 mg;
5. Carvedilol 6,25 mg;
6. Carvedilol 12,5mg;
7. Carvedilol 25 mg;
8. Digoxina 0,25mg;
9. Furosemida 40 mg;
10. Hidroclorotiazida 25mg;
11. Hidroclorotiazida 50 mg;

12. Losartana 50mg;
13. Losartana 100mg;
14. Metildopa 250 mg;
15. Metildopa 500mg;
16. Metoprolol 25mg;
17. Metoprolol 50mg;
18. Metoprolol 100mg;
19. Nifedipina 20 mg;
20. Propranolol 40 mg;
21. Enalapril 0,5 mg;
22. Enalapril 10 mg;
23. Enalapril 20 mg;
24. Atenolol 50 mg;
25. Atenolol 100 mg;
26. Atensina 0,100 mg;
27. Atensina 0,150 mg;
28. Veraprimil 80 mg.

14.4.1 Diabetes

Estão cadastrados no sistema a média de 222 pacientes, sendo que 117 destes são insulínod dependentes. A assistência Farmacêutica necessária é feita por profissionais capacitados aos pacientes portadores de diabetes, sendo realizado um cadastro em sistema informatizado, o qual é realizada a dispensação mediante a carteirinha ou receita médica para um tratamento de 30 dias.

O município fornece dois tipos de Insulinas, a NPH (de ação lenta) e a Regular (ação rápida), de forma que são distribuídas mediante receita médica, e posteriormente a carteirinha do diabético. É exigida a apresentação de um recipiente adequado para transportá-la.

São fornecidos insumos aos insulínod dependentes para o tratamento e monitoramento, como seringa com agulha acoplada, tiras reagentes e lancetas, sendo feita as orientações sobre o uso e o devido descarte.

Existe uma manutenção de cadastro para usuários de insulina, atualizado uma vez ao ano e enviado a farmácia da 18ª Regional de Saúde para conhecimento.

É importante ressaltar que no primeiro momento de adquirir a insulina o usuário é devidamente orientado sobre a importância do seu armazenamento e administração.

De acordo com a Portaria nº 1.555 que estabelece que as responsabilidades pelo financiamento e fornecimento dos medicamentos e insumos são compartilhadas pelos três níveis de gestão do SUS.

Federal – Ministério da Saúde:

- Aquisição e distribuição aos estados das Insulinas Humana NPH e Regular, sendo o quantitativo programado em conjunto com as secretarias estaduais;
- Financiamento em conjunto com estados e municípios dos medicamentos antidiabéticos orais previstos na RENAME 2012, por meio do repasse de recursos fundo a fundo, conforme normas da Portaria GM/MS nº 1.555/2013.

Estadual – Secretarias Estaduais de Saúde:

- Armazenamento e distribuição das insulinas NPH e Regular fornecidas pelo Ministério da Saúde aos municípios;
- Financiamento conjunto com o Ministério da Saúde e municípios dos medicamentos antidiabéticos orais, previstos na RENAME 2012, conforme normas da Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e a pactuação em Comissão Intergestores Bipartite –CIB;
- Financiamento em conjunto com os municípios dos insumos complementares para o tratamento e monitoramento do diabetes mellitus, descritos na Portaria GM/MS nº 2.583/2007: seringa com agulha acoplada para a aplicação de insulina, tiras reagentes para a dosagem da glicemia capilar e lancetas para perfuração digital.

Municipal: Secretarias Municipais de Saúde

- Assistência necessária aos pacientes portadores de diabetes usuários da rede pública: diagnóstico, cadastro, acompanhamento/monitoramento e tratamento, incluindo ações de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Manutenção de cadastro atualizado de pacientes diabéticos, principalmente dos insulínod dependentes;
- Financiamento conjunto com o Ministério da Saúde e com o governo estadual, dos medicamentos antidiabéticos orais e dos insumos complementares para o tratamento e monitoramento do diabetes mellitus: seringa com agulha acoplada, tiras reagentes e lancetas.

- Programação, aquisição, armazenamento e distribuição e dispensação aos usuários dos medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus;
- Dispensação das insulinas NPH e Regular aos usuários do SUS, conforme prescrição médica.

No Estado do Paraná, desde o estabelecimento do recurso financeiro destinado ao fornecimento dos insumos para insulínodépendentes, em 2008, trabalhasse visando aperfeiçoar a utilização do mesmo e um melhor atendimento ao paciente diabético, em especial o insulínodépendente. Nesta lógica, este é um programa em constante aperfeiçoamento, que se dá à medida que os dados de acompanhamento são consolidados.

A Deliberação CIB-PR nº 100/2013, estabelece a obrigatoriedade de fornecimento dos insumos: tiras para medida de glicemia capilar e aparelhos, seringas para insulina com agulha acoplada e lancetas, de responsabilidade de financiamento compartilhada entre o gestor estadual e municipal, cabendo a este último o fornecimento aos usuários. Ainda, que os recursos da contrapartida estadual serão transferidos ao Consórcio para a aquisição dos mesmos pelos municípios consorciados.

14.5 ELENCO DE MEDICAMENTOS ANTI- GLICÊMICOS

- Glibenclamida 5 mg;
- Glicazida 30mg;
- Metformina 500mg;
- Metformina 850 mg;
- Insulina NPH;
- Insulina Regular;

14.6 AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO

O medicamento básico adquirido pelo município tem como intuito atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, tendo como base o

consumo de medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços. Sendo assim estes são fornecidos através de licitação pública realizadas pela prefeitura (concorrência ou pregão), envolvendo distribuidoras e/indústrias e através do Consórcio Paraná Saúde.

São obtidos também através do Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde, de forma que estes são distribuídos pela Secretária Estadual de Saúde via 18º Regional de Saúde e destinados para a Farmácia Municipal.

Os fármacos de programas de hipertensão e diabetes são adquiridos pela contrapartida união, estado e município e as insulinas NPH e Regular humana são provenientes da 18ª Regional de Saúde, fornecida pelo Ministério da Saúde. É realizada também anualmente uma licitação AZ para o fornecimento de medicamentos de urgência e emergência para pacientes de baixa renda que não estão incluso no componente básico.

Os valores restringem-se aos gastos realizados com o Consórcio Paraná Saúde, não contemplando eventuais compras de medicamentos efetivados por ordens judiciais e demais insumos e materiais consumidos/utilizados pela Assistência Farmacêutica Municipal, os quais deverão ser realizados pela Divisão de Compras do Município em conjunto com a Comissão de Licitações.

Vale ressaltar que a farmácia apresenta uma lista padronizada referente aos medicamentos ofertados, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), entretanto ainda não foi devidamente formalizada e aprovada.

14.7 ESTRUTURA DA FARMÁCIA MUNICIPAL

A farmácia está estabelecida provisoriamente em um prédio junto com o setor da vigilância sanitária, epidemiológica e secretária de saúde, situada na Avenida Interventor Manoel Ribas s/n.

Nesse sentido em meados de 2016 a 2017 foi realizado a construção de uma nova Unidade Básica de Saúde e Farmácia, sendo que a previsão para mudança será final do ano. A farmácia faz parte do mesmo prédio da UBS e está situada na Rua Antônio Dias 265, Bairro Centro, e conta com uma estrutura física pequena, dividida em quatro dependências e um banheiro, com prateleiras e armários para acomodação dos medicamentos, geladeira para armazenamento de medicamentos termolábeis e mesas com computadores para os servidores e um balcão para atendimento aos clientes.

Os recursos humanos da farmácia é composto por dois farmacêuticos de 20 horas cada e um farmacêutico de 40 horas (diretora do departamento), visando assim um atendimento de qualidade e promovendo ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional.

14.8 CICLO	DA
ASSISTÊNCIA	
FARMACÊUTICA	–
ATRIBUIÇÕES	E
COMPETÊNCIAS	

SELEÇÃO: A seleção é um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, tendo como base às doenças prevalentes (critérios epidemiológicos), com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde.

PROGRAMAÇÃO: Programar medicamentos consiste em estimar quantidades a serem adquiridas, para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. É uma etapa imprescindível do ciclo da Assistência Farmacêutica.

É necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços na área de saúde, bem como, recursos humanos capacitados e a disponibilidade financeira para a execução da programação.

Quando feita de maneira incorreta pode afetar o abastecimento e o acesso ao medicamento.

AQUISIÇÃO: É o processo pelo qual se efetiva a compra dos medicamentos, considerando fatores importantes como qualidade, menor custo-efetividade e mantendo um sistema de abastecimento regular.

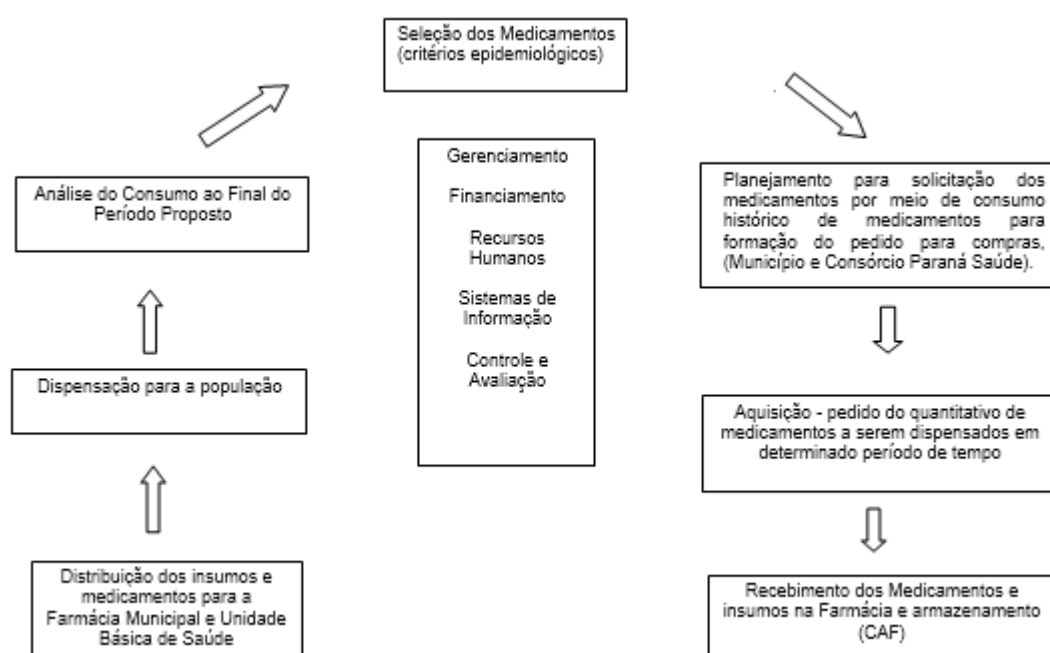
ARMAZENAMENTO: Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos, envolvendo atividades de recepção, recebimento, estocagem e guarda de medicamentos, bem como seu controle de estoque.

DISTRIBUIÇÃO: Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos deve

garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação.

DISPENSAÇÃO: Dispensação é o ato profissional farmacêutico, que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

O Ciclo da Assistência Farmacêutica do Município de Itambaracá pode ser resumido no seguinte gráfico:



14.9 COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O acesso aos medicamentos depende de um financiamento sustentado. (OMS, 2001). Ao se definir a política de Assistência Farmacêutica e os medicamentos a serem disponibilizados nos diferentes programas de saúde, em qualquer uma das instâncias gestoras do SUS, deverão ser assegurados os recursos financeiros que viabilizem as ações e a sua continuidade.

Sendo assim o financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão: Federal, Estadual e Municipal e pactuado na

Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Sua execução segue as normas aprovadas pela Portaria N° 2.982/09:

Art. 2 O financiamento dos medicamentos descritos nos Anexos I, II e III é de responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos:

- I - União: R\$ 5,58 por habitante/ano;
- II - Estados e Distrito Federal: R\$ 2,36 por habitante/ano; e
- III - Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano.

Conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 204/2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes (BRASIL, 2007):

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF): destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo composto de:

- a) Parte financeira fixa: valor per capita transferido ao Distrito Federal, estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB)⁵. Os estados e municípios devem compor o financiamento da parte fixa, como contrapartida.
- b) Parte financeira variável: consiste em valores per capita destinados à aquisição de medicamentos e insumos de Assistência Farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Podem ser executados de forma centralizada ou descentralizada, conforme pactuações na CIT e CIB, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nestes programas.

- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CESAF): visa garantir, no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT,

publicados pelo Ministério da Saúde - MS. Sua definição pode ser visualizada também no art. 2º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.554 de 30 de julho de 2013:

Art. 2º O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.
Parágrafo único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o “caput” será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas nesta Portaria.

• Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF):
destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. Sendo assim (Art. 26 da Portaria MS nº 204/2007) destina-se ao financiamento de ações como controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais dos Programas de DST/Aids, Sangue e Hemoderivados e Imunobiológicos.

E por último, existem ainda Programas Especiais desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, os quais possuem protocolos próprios.

14.10 PROGRAMA PARANÁ SEM DOR

O Programa Paraná sem Dor é um programa do Governo do Estado destinado a atender pacientes com Dor Crônica. O município possui 65 pacientes cadastrados no programa, de maneira que os medicamentos ofertados são disponibilizados para aqueles que se enquadrem nesse panorama, cumprindo os seguintes critérios de inclusão:

- Dor superior a 30 dias;
- CID primário: R52.1 ou R52.2;
- Escala EVA >4;
- Refratários aos demais fármacos, no caso de opióides.

14.10.1 Medicamentos Disponíveis:

- ✓ Codeína, fosfato 30mg comprimido;
- ✓ Metadona, cloridrato 10mg comprimido;
- ✓ Metadona, cloridrato 10mg/ml solução injetável;
- ✓ Morfina, sulfato 10mg comprimido;
- ✓ Morfina, sulfato 30mg comprimido;
- ✓ Morfina, sulfato 10mg/ml solução injetável;
- ✓ Gabapentina 300mg cápsula.

14.11 SOLICITAÇÃO E DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

A solicitação é feita pelo médico que tenha disponível receituário específico (A1 e/ou C) e que seja cadastrado no sistema SISMEDEX, também é necessário que o profissional conheça o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica referente à portaria SAS/MS nº 1083 de 02 de outubro de 2012.

O pedido quando é feito para pacientes novos são necessários documentos para cadastrá-los no sistema como:

Aqueles que são fornecidos pela Farmácia

- ✓ Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.
- ✓ Laudo de Solicitação de Medicamentos (LME).

Documentos pessoais do paciente

- ✓ Cópia da identidade (RG)
- ✓ Cópia do CPF
- ✓ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ✓ Comprovante de residência

A dispensação é realizada para um tratamento de 30 dias, mediante a apresentação da receita médica e após é feito a saída no sistema e gerado um comprovante onde o paciente ou responsável assina.

14.12 PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessária para garantir a integralidade são definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) por meio das diferentes linhas de cuidado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se empenhado em assegurar o fornecimento gratuito de medicamentos de alto custo. Estes medicamentos, também denominados “excepcionais”, estão incluídos no Programa de Medicamentos Excepcionais.

São abrangidos pelo Programa de Medicamentos Excepcionais, que é gerenciado pela Secretaria de Assistência à Saúde, aqueles medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. Utilizados no nível ambulatorial, a maioria deles é de uso crônico e parte deles integra tratamentos que duram por toda a vida. Esta política tem enorme alcance em todas as classes sociais uma vez que, se não fossem distribuídos gratuitamente, tais medicamentos estariam acessíveis a poucas pessoas em função do alto custo dos tratamentos.

O município apresenta cerca de 233 pacientes cadastrados no sistema Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), sendo realizadas as devidas orientações no momento da dispensação.

14.13 CONSORCIO PARANÁ SAÚDE

O Ministério da Saúde, após ampla discussão, aprovou, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos - Portaria nº. 3916/98, instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do país.

A reorientação da Assistência Farmacêutica, uma das diretrizes dessa Política, que tem como objetivo implementar, nas três esferas de governo do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, deve estar fundamentada visando:

- Descentralização da gestão;
- Promoção do uso racional dos medicamentos;
- Otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando inclusive o acesso da população aos produtos do setor privado.

O processo de descentralização da gestão teve início com a implantação, em 1999, do INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA - IAFAB, que são recursos financeiros pactuados pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), transferidos aos municípios para a aquisição de medicamentos na atenção básica de saúde.

Este processo possibilitou a retomada da reestruturação e organização da assistência farmacêutica nos estados e municípios, permitindo a autonomia na coordenação de ações e atividades relacionadas aos medicamentos, porém trouxe também o desafio de se buscar estratégias para superar deficiência de escala e aumento da eficiência nos gastos dos recursos, uma vez que 79% dos municípios paranaenses são constituídos por uma população de menos de 20.000 habitantes.

Foi com a finalidade de otimizar os recursos da assistência farmacêutica básica que, em junho de 1999, os municípios do estado do Paraná, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde, constituíram o Consórcio Paraná Saúde.

Hoje, com 392 municípios associados dos 399 do Estado, o Consórcio vem efetuando a Aquisição de seus Medicamentos Básicos, preservando a autonomia de cada município na seleção e quantificação dos medicamentos de suas necessidades, a cada aquisição.

O município conta com os recursos repassados em nível Federal, Estadual e Municipal, sendo que o convênio firmado anteriormente com o Consorcio Paraná Saúde foi no valor de 52.000,00 em 04 parcelas de 13.000,00, porém foi possível um aumento e firmado um novo convênio em 14/08/2019 com vigência de quatro anos (13/08/2023), onde o valor total acordado do repasse pelo município ao Consórcio será de R\$ 640.000,00 e

valor anual de 160.000,00 dividido em 4 parcelas de 40.000,00, objetivando assim a operacionalização das ações de assistência farmacêutica de maneira que é realizada a programação de medicamentos dentro dos prazos estabelecidos e tendo como base o perfil epidemiológico, consumo histórico e oferta de serviços.

14.14 SISTEMAS DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, de Município e do Distrito Federal, o financiamento restringe-se aos valores mínimos a serem aplicados por cada ente na seguinte proporção:

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL
R\$ 5,58 por habitante/ano	R\$ 2,36 por habitante/ano	R\$ 2,36 por habitante/ano

Estes valores encontram-se definidos no art. 3º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.555 desde 30 de julho de 2013 sem previsão atualização.

Segundo o último censo do IBGE (2010), o município de Itambaracá possui uma população de 6.759 habitantes, o financiamento mínimo, para os exercícios de 2018, 2019, 2020 e 2021, deverá ser no montante de R\$ 66.373,38 por ano, podendo sofrer alterações caso haja atualização da Portaria nº 1.555/2013.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.554 de 30 de Julho de 2013, em seu art. 66, define as regras para o financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A regra aplicada ao Grupo 3, definido no Art. 3 da Portaria, acompanha o Sistema de Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ficando

os outros Grupos, 1 e 2, sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e do Ministério da Saúde.

O art. 26 da Portaria 204 de 29 de Janeiro de 2007 não define as regras de financiamento do Componente Estratégico, ficando a União responsável pela gestão dos recursos.

14.15 INCENTIVO À
ORGANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA (IOAF)

Criado pela Resolução nº 139 de 23 de fevereiro de 2012 da Secretaria Estadual de Saúde, o IOAF é um recurso disponibilizado para contribuir no custeio da Assistência Farmacêutica Municipal, sendo vedada sua utilização na aquisição de materiais farmacológicos, médico hospitalar e ambulatorial. Os repasses realizados ao Município de Itambaracá a título de IOAF.

14.16 PROGRAMA
NACIONAL DE
QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
(QUALIFAR-SUS)

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, instituído pelo artigo 574 da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmicas das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

O QUALIFAR-SUS está organizado em 4 (quatro) eixos, com os seguintes objetivos: I - Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica; II - Eixo Educação: promover a educação permanente e a capacitação dos

profissionais na lógica das Redes de Atenção à Saúde; III - Eixo Informação: disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica; e IV - Eixo Cuidado: inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Os recursos financeiros destinados ao financiamento do Eixo Estrutura do QUALIFARSUS serão transferidos pelo Ministério da Saúde, na modalidade de repasse fundo a fundo no Bloco de Custeio de Ações e Serviços de Saúde e no Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, os quais deverão ser utilizados exclusivamente no âmbito do Programa, sendo vedada sua utilização para aquisição de medicamentos e insumos. O recurso de custeio pode ser utilizado para serviços e outras despesas de custeio relacionadas aos objetivos do Eixo Estrutura do Programa QUALIFARSUS, priorizando a garantia de conectividade para utilização do Sistema HÓRUS e outros sistemas e contratação de profissional farmacêutico para o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica na atenção básica. O recurso de investimento pode ser utilizado para aquisição de mobiliários e equipamentos necessários para estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e Farmácias no âmbito da Atenção Básica.

15 OUVIDORIA

A Ouvidoria Municipal de Itambaracá é o espaço de interação do cidadão com a administração pública, através de suas manifestações (sugestões, reclamações, solicitações, denúncias, elogios) de forma célere, responsável, democrática e participativa de compromisso ético, que permite avaliar e monitorar as políticas públicas de saúde, buscando relações dialógicas e transparentes.

Nosso compromisso é com a construção de um padrão de atenção através da escuta humanizada, reforçando a participação popular e o controle social para o fortalecimento da gestão participativa.

O processo de trabalho é definido pelo fluxo abaixo apresentado de forma a garantir a satisfação do demandante:



A Secretaria Municipal de Saúde juntamente com a Prefeitura tem investido no processo de ampliação dos espaços de escuta dos usuários do SUS, fortalecendo a ouvidoria como mecanismos de comunicação e mediação entre a instituição e os cidadãos e instrumento de gestão. Nesse sentido e com o objetivo de consolidar a ouvidoria como ferramenta estratégica de promoção da cidadania, incentivando a participação popular e a inclusão dos munícipes no controle social do sistema público de saúde.

16 CONTROLE SOCIAL

O SUS tem como base os princípios de igualdade e da universalidade a saúde. A participação da comunidade é uma forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas públicas de saúde. A lei orgânica estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão SUS: as conferências e os conselhos de saúde.

A Constituição Federal e a Lei 8.142 de 1990 dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, trazendo a luz o terreno propício para que o controle social pudesse exercer seu papel de deliberação e fiscalização das ações e dos serviços de saúde. Além de definir o papel dos conselhos: atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos financeiros. Estabeleceu a forma de composição dos conselhos garantindo a participação paritária dos seguintes segmentos: 50% de representantes dos usuários de saúde, 25% de representantes de profissionais de saúde e 25% de representantes de saúde, gestores e prestadores de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Itambaracá é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, que tem por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

A Lei Municipal 1.546/2015 estabelece que o Conselho Municipal de Saúde tenha funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, objetivando basicamente o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, de acordo com a Lei Orgânica do Município de e a Constituição Federal. A lei Municipal 1.546/2015 foi alterada em Março de 2019, pela Lei 1.731, vigente, onde altera a formação do Conselho, reduzindo de 08 (oito) representantes, para 04 (quatro) conselheiros e suplentes e mesma proporção, as representações no conselho passaram a ser assim distribuídas:

- 02 (dois) representantes de entidades de usuários, referente a 50% das vagas;
- 01 (um) representantes dos trabalhadores de Saúde Municipal, referente a 25% das vagas;
- 01 (um) representante de prestadores de serviço Saúde Municipal, referente a 25% das vagas;

A partir da Análise de Situação de Saúde e o Relatório da 13ª Conferência Municipal de Saúde, norteamos as prioridades e compromissos a serem assumidos pela gestão municipal do SUS.

Alguns conceitos guiaram o trabalho, como:

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

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

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

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

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

16.1 CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Durante a última Conferência Municipal de Saúde, realizada no dia 19 de Março de 2019, foi discutido o tema: “Democracia e Saúde”. Os eixos temáticos foram:

Eixo I – Saúde como direito;

Eixo II – Consolidação do Sistema Único de Saúde;

Eixo III – Financiamento para o SUS.

Na plenária final foram elaboradas as propostas a seguir que poderão

contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde local:

- Melhorar a Qualidade do Atendimento;
- Demora acentuada entre o atendimento local e a referência;
- Implantar agendamento de consultas com retorno quando necessário na

UBS;

- Cada funcionário permanecer no seu posto de trabalho;
- Melhor acolhimento na recepção;
- Direcionar o atendimento orientando os pacientes para o setor

adequado;

- Ampliar a compra de medicamentos da lista básica;
- Um funcionário com função de segurança para a UBS;

16.2 CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Lei Municipal 1.546/2015 estabelece que o Conselho Municipal de Saúde tenha funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, objetivando basicamente o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, de acordo com a Lei Orgânica do Município de e a Constituição Federal. A lei Municipal 1.546/2015 foi alterada para a realização da 14ª Conferência Municipal de Saúde em 31 de Março de 2023, pela LEI N°09/2023, vigente, onde a formação do Conselho retorna ao seus membros, de 08 (oito) representantes, mesma proporção, as representações no conselho passaram a ser assim distribuídas:

- 04 (quatro) representantes de entidades de usuários, referente a 50% das vagas;
- 02 (dois) representantes dos trabalhadores de Saúde Municipal, referente a 25% das vagas;
- 01 (um) representante de prestadores de serviço Saúde Municipal, referente a 1,25% das vagas;
- 01(um) (um) representante do órgão gestor municipal de saúde, indicado pelo Secretário Municipal de Saúde, referente a 12,5% das vagas

A partir da Análise de Situação de Saúde e o Relatório da 13ª Conferência Municipal de Saúde, nortearmos as prioridades e compromissos a serem assumidos pela gestão municipal do SUS.

Durante a Conferência Municipal de Saúde, realizada no dia 31 de Março de 2023, foi discutido o tema: “AMANHÃ SERÁ OUTRO DIA” . Os eixos temáticos foram:

I - Grupo de atenção básica

II- Assistência farmacêutica

III- Problemas de gestão

IV- Atendimento Hospitalar

V- Vigilância sanitária

17 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Este capítulo foi definido a partir da Análise de Situação de Saúde que apontou as prioridades e compromissos de maior relevância a serem assumidos pela gestão municipal do SUS. Como subsídio a esse momento estratégico, utilizou-se o Relatório da 13ª Conferência Municipal de Saúde. Alguns conceitos guiaram o trabalho, como:

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

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

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

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

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

Assim, obteve-se num processo de discussão interna na SMS junto à sociedade, representada pelo Conselho de Saúde, a definição de 04 Diretrizes, sendo elas: DIRETRIZ 01: Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde; DIRETRIZ 02: Fortalecimento da média complexidade bem como da rede de urgência e emergência; DIRETRIZ 03: Fortalecimento da Vigilância em Saúde; DIRETRIZ 04: Fortalecimento da Gestão da Saúde.

17.1 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

OBJETIVO: Garantir a atenção à saúde da mulher			
Meta 2022-2025	Linha base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta0	Ações 2022-2025
Ampliar a proporção de gestantes com ao menos 06 consultas de pré-natal realizadas na APS, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	2021	Proporção de gestantes com ao menos 06 consultas de pré-natal realizadas na APS, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	• Detectar precocemente as gestantes através da ESF. • Cadastrar 100% das gestantes. • Estratificar o risco para a gestante, conforme a Linha Guia. • Realizar os exames de rotina e avaliar resultados em 7. (sete) dias conforme a Linha Guia. • Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, avaliar o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso. • Imunizar as gestantes conforme protocolo. • Encaminhar a gestante para o hospital de referência, e monitorar a gestante de risco para o ambulatório de referência. • Realizar palestras para grupos de gestantes. • Realizar consulta puerperal nos 1º 7 (sete) dias pós-parto. • Ofertar planejamento familiar alternativo. Acompanhar o RN até 1 (um) ano de idade.
Ampliar a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	2021	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	1. Manter kit necessário de teste rápido. 2. Conscientizar os profissionais para a oferta e esclarecimentos sobre o teste 3. Ofertar esclarecimentos para as gestantes durante o grupo de gestantes 4. Realizar busca ativa das faltosas através da ESF Tratar e monitorar as gestantes VDRL POSITIVO conforme preconizado
Ampliar a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	2021	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	Aumentar a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS Realizar campanhas

Realizar ao menos uma campanha de atendimento a saúde da mulher durante o ano, preferencialmente no mês de outubro.	2021	Número de campanha de atendimento a saúde da mulher realizada no período	- Realizar campanhas preventivas. - Ampliar o horário de atendimento na APS
---	------	--	--

OBJETIVO: Garantir a atenção em saúde mental				
Meta 2022-2025		Linha de Base	Indicador para o Monitoramento e avaliação da Meta	Ações 2022-2025
1.1	Realizar a estratificação de risco em saúde mental em todos os pacientes identificados e atendidos pelo profissional psicólogo	Linha guia do APSUS	Percentual de pacientes atendidos em saúde mental com estratificação de risco realizada.	- Realizar visita domiciliar para a identificação, cadastramento dos pacientes através dos ACS. - Agendamento dos pacientes para atendimento na UBS e para atendimento domiciliar se necessário. - Estratificar os pacientes com transtorno mental através da linha guia do APSUS (ENFERMEIRO). - Realizar atividades em grupo, tais como meditação, artesanato. Terapia ocupacional.

OBJETIVO: Garantir a atenção à saúde do idoso				
Meta 2022-2025		Linha de Base	Indicador para o Monitoramento e avaliação da Meta	Ações 2022-2025
1.1	Realizar ao menos uma vez ao mês reunião com grupo de idosos	2021	Número de reuniões com grupo de idosos realizadas	Identificar os idosos, implantar e implementar a estratificação dos idosos do município, conforme sua fragilidade

1.2	Garantir acesso a imunização aos idosos conforme calendário da Política Nacional de Imunização - PNI	2021	Percentual de idosos imunizados conforme calendário da Política Nacional de Imunização - PNI	- Desenvolvimento de estratégias para prevenção das doenças e condições prevalentes na população idosa. - Estímulo a implantação da atenção domiciliar para atendimento da população idosa. - Desenvolvimento de estratégias de educação em saúde a comunidade. - Implantação do programa para cuidados continuados integrados. - Realizar reuniões com o Grupo de Idoso para realizar teste de HGT, Aferição PA.
1.3	Implantar e implementar a estratificação de risco para identificação de fragilidade do idoso no município.	2021	Percentual de idosos identificados na APS com estratificação de risco de fragilidade realizada	- Priorização na hora da triagem - Aumento nas quantidades de agendamentos

OBJETIVO 1: Garantir à assistência farmacêutica

Meta 2022-2025		Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2022-2025
1.1	Manter ativa a Comissão de Farmácia e Terapêutica no município, com reuniões realizadas ao menos a cada semestre.	2021	Número de reuniões realizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica a cada semestre.	- Orientação na dispensação do uso racional de medicamentos e a automedicação - Distribuição de senhas para otimizar a fila espera - Contratação através de concurso público e processo seletivo simplificado
1.2	Realizar atualização da Relação Municipal de Medicamentos - REMUME ao menos uma vez por ano, ou de	2021	Número de revisões da Relação Municipal de Medicamentos - REMUME realizadas	- Revisão Periódica da Lista a cada trimestral - Análise anual da REMUME; - Avaliação entre a oferta e a demanda dos medicamentos;

13	Implantar e manter o sistema Hórus ou importar e manter através de sistema próprio os dados à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS - BNAFAR	2021	Presença de dados do município na Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS - BNAFAR	• Capacitação da equipe da farmácia quanto à utilização do sistema de informação; • Disponibilização e manutenção de equipamentos necessários ao funcionamento do sistema; • Utilizar os recursos de investimento IOAF e QUALIFAR-SUS para estruturar a farmácia.
----	--	------	--	---

OBJETIVO: Garantir o atendimento em fisioterapia

Meta 2022-2025	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2022-2025
Reduzir a fila de espera em fisioterapia geral a partir de 2023, com maior percentual de cura.	2021 33 pacientes	Número de pacientes em fila de espera	Organizar os atendimentos por grupos
			Implantar grupos de pacientes ortopédicos, com a participação de em média 80% dos pacientes crônicos avaliados
			Realizar orientações durante os atendimentos com finalidade de reduzir agravos
			Confeccionar folders, cartilhas, materiais de apoio com temas relativos a fisioterapia para ser entregues durante os atendimentos
Ampliar a equipe de fisioterapia para dois/duas profissionais até 2025.	2021	Número de profissionais na equipe	Contratação por concurso público de mais um profissional para o quadro
Implantar o atendimento domiciliar a pacientes acamados	2021	Percentual de pacientes acamados atendidos em fisioterapia domiciliar	Aumentar os atendimentos domiciliar

OBJETIVO: Garantia de atenção em saúde bucal

Meta 2022-2025	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2022-2025
	2021		Organizar os atendimentos por grupos

Realizar ao menos uma atividade educativa a cada semestre com pessoas portadoras de doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial).	2021	Número de atividades educativas realizadas a cada semestre com pessoas portadoras de doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial).	Realizar atividades em conjunto com os enfermeiros da APS
			Realizar orientações durante os atendimentos com finalidade de reduzir doenças bucal
			Confeccionar folders, cartilhas, materiais de apoio com temas relativos a saúde bucal para ser entregues durante os atendimentos
Realizar ao menos uma atividade educativa a cada semestre com a educação infantil.	2021	Número de atividades educativas realizadas a cada semestre com a educação infantil.	Aumentar atividades educativas realizadas a cada semestre com a educação infantil, nas escolas do município
Ampliar a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	2021	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	Aumentar os atendimentos as gestantes do município

OBJETIVO: Garantia de atenção em vulnerabilidades - Assistência Social na Saúde			
Meta 2022-2025	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2022-2025
Implantar o atendimento em assistência social na saúde	2021	Identificação da manutenção do atendimento em assistência social no período	Contratação de profissional assistente social
			Realizar atividades em conjunto com os enfermeiros da APS
Instituir um programa municipal de assistência social junto a farmácia municipal, com a finalidade de atender os pacientes que necessitam de medicamentos do componente especializado ou que não seja contemplado no elenco do consórcio paraná saúde.	2021	Identificação da manutenção do programa no período	Programa municipal de assistência social junto a farmácia municipal
Incluir atendimento em assistência social nas visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família - ESF, com garantia de acompanhamento	2021	Percentual de visitas domiciliares com a presença da profissional assistente social	Aumentar visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família - ESF

de pacientes com vulnerabilidade social em atendimento hospitalar quando necessário.			
--	--	--	--

OBJETIVO: Garantir a atenção à saúde do homem			
Meta 2022-2025	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2022-2025
Realizar ao menos uma vez ao ano, uma campanha de prevenção à doenças relacionadas à saúde do homem	2021	Número de campanha de prevenção à doenças relacionadas à saúde do homem realizada no período	• Confeccionar folders, cartilhas, materiais de apoio com temas relativos a campanhas para ser entregues durante os atendimentos • Realizar atividades em conjunto com os enfermeiros da APS • Ampliar o atendimento da APS em dias de campanhas como o Novembro Azul • Realizar encaminhamento de exames como: toque retal, antígeno prostático específico (PSA), ultrassonografia de próstata e para rastrear o câncer de colorretal.

Objetivo: Garantir a atenção à saúde da criança e adolescente			
Meta 2022-2025	Linha base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2022-2025
Realizar ao menos uma atividade a cada semestre nas escolas, contemplando assuntos de relevância a este público através do Programa Saúde na Escola - PSE	2021 (08)	Número de atividade realizada a cada semestre nas escolas, contemplando assuntos de relevância a este público através do Programa Saúde na Escola - PSE	• Manter unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual, infantil e outras violências, conforme portaria do Ministério da Saúde. • Realizar campanhas de saúde, auto cuidado e mental em conjunto com as escolas

Garantir acesso à imunização das crianças e adolescentes conforme calendário do Programa Nacional de Imunização - PNI	2021	Percentual de crianças e adolescentes imunizados conforme calendário da Política Nacional de Imunização - PNI	- Realizar campanhas de vacinação para crianças e adolescentes imunizados conforme calendário da Política Nacional de Imunização – PNI - Realizar vacinação nas escolas
Ampliar a proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada	2021	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada	- Melhorar a qualidade da assistência ao Pré-natal. - Manter os investimentos nas Unidades hospitalares por meio da rede - Promover o atendimento humanizado no atendimento à gestante no pré-natal, parto e puerpério. - Manter o vínculo no atendimento de Alto Risco - Manter o acompanhamento e mapeamento das gestantes de risco pela ESF - Realizar visita puerperal na primeira semana após o parto e acompanhamento por 01 ano através da ESF - Manter a carterinha de vacinação atualizada - Estratificar o risco da criança, conforme a Linha Guia.

OBJETIVO: Garantir a atenção aos portadores de doenças crônicas			
Meta 2022-2025	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2022-2025
Ampliar a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	2021	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	Confeccionar folders, cartilhas, materiais de apoio com temas relativos a campanhas para ser entregues durante os atendimentos
			- Realizar atividades em conjunto com os enfermeiros da APS - Ampliar o visita domiciliar para ser aferida pressão arterial de acamados - Realizar visita domiciliar para a identificação, cadastramento dos pacientes através dos ACS.

Ampliar a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	2021	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	• Ampliar o visita domiciliar para teste de glicemia de acamados • Realizar visita domiciliar para a identificação, cadastramento dos pacientes através dos ACS.
--	------	--	---

17.2 DIRETRIZ 02: FORTALECIMENTO DA MÉDIA COMPLEXIDADE BEM COMO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVO: Garantir o acesso dos pacientes em situação de urgência e emergência, a um dos pontos de atenção da rede de Urgência e Emergência				
Meta 2022-2025		Linha de Base	Indicador para o Monitoramento e avaliação da Meta	Ações 2022-2025
1.1	Manter a contrapartida municipal para o funcionamento do Serviço de Urgência e Emergência - SAMU, através do contrato com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná - CISNOP	2021	Evidência de manutenção do contrato de repasse per capita ao CISNOP referente ao SAMU Norte Pioneiro	• Manter cobertura de serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) na Rede de Urgência e Emergência, por meio de convenio.
	Manter o funcionamento do hospital municipal para atendimento da urgência e emergência e média complexidade hospitalar	2021	Unidade de serviço hospitalar em funcionamento	• Manter o serviço hospitalar com atendimentos de 24 horas

17.3 DIRETRIZ 03: FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO 1: Garantir a atuação da Vigilância em Saúde, compreendendo a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.				
Meta 2022-2025		Linha de Base	Indicador para o Monitoramento e avaliação da Meta	Ações 2022-2025
1	Realizar as 12 (doze) ações propostas pelo Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA PARANÁ	2021 100% investigados	Número de ações propostas pelo Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA PARANÁ realizadas	• Realizar busca ativa no hospital municipal, cemitério e manter contato com regional de saúde e centro de saúde municipal para conhecimento dos casos oportunamente. • Cumprir em tempo oportuno determinado em legislação a investigação dos óbitos.
2	Prevenir a mortalidade materna, porém, quando houver, investigar 100% dos casos.	2021 (0 óbito)	Proporção de óbitos maternos investigados	• Realizar busca ativa no hospital municipal, cemitério e manter contato com regional de saúde e centro de saúde municipal para conhecimento dos casos oportunamente. • Cumprir em tempo oportuno determinado em legislação a investigação dos óbitos.
3	Prevenir a mortalidade neonatal e infantil, porém, quando houver, investigar 100% dos casos.	2021 (0 óbito)	Percentual de óbitos neonatal e infantil investigados.	• Realizar busca ativa no hospital municipal, cemitério e manter contato com regional de saúde e centro de saúde municipal para conhecimento dos casos oportunamente. • Cumprir em tempo oportuno determinado em legislação a investigação dos óbitos.
4	Prevenir a mortalidade de mulheres em idade fértil, porém, quando houver, investigar 100% dos casos.	2021 (0 caso)	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	• Realização de teste rápido de Sífilis na rotina do pré-natal nos 03 trimestres gestacionais para diagnóstico e tratamento oportuno da gestante. • Tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita e sífilis materna, incluindo a parceria sexual. • Realizar radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR em todos RN com VDRL reagente ou suspeita clínica de sífilis congênita ou ausência de tratamento materno adequado. • Notificação e investigação obrigatória de todos os casos

				detectados, incluindo os natimortos e abortos por sífilis. • Consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês. • Realizar VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos. • Realizar TPHA ou FTA-Abs para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso. • Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos.
5	Identificar, notificar, investigar e encerrar oportunamente as doenças de notificação compulsória	2021	Percentual de notificações investigadas e encerradas oportunamente	• Realizar retroalimentação de fichas de notificação no Sinanet online para investigação e encerramento oportuno das mesmas • Encerrar a investigação de pelo menos 100% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), registrados no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação

17.4 DIRETRIZ 04: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA SAÚDE

OBJETIVO 1: Específicos: Garantir estrutura física das unidades, departamentos e secretaria municipal de saúde, bem como a atuação de profissionais qualificados.				
Meta 2022-2025		Linha de Base	Indicador para o Monitoramento e avaliação da Meta	Ações 2022-2025
1	Iniciar e concluir a elaboração de projeto para reforma do prédio antigo da Unidade Básica de Saúde -UBS.	2021	Projeto elaborado no período	• Número de salas compatíveis com as necessidades para o atendimento das demandas
2	Implantar a Ouvidoria do SUS.	2021	Nº de ouvidoria implantada	• Implantar a nível municipal Ouvidoria do SUS. • Estabelecer estratégias de informação e comunicação/divulgação da Ouvidoria aos usuários do SUS. • Disponibilizar material de divulgação da Ouvidoria, em pontos estratégicos, aos usuários do SUS, em eventos da saúde, entre outras ações. • Criar instrumentos para a utilização dos dados da Ouvidoria.

3	Garantir a educação continuada com capacitações trimestrais aos profissionais de acordo com a necessidade evidenciada, com foco inicial para alimentação e operação correta dos sistemas de informação	2021	Número de capacitações realizadas no trimestre	- Implementar a Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais e das práticas em saúde. - Capacitar profissionais para alimentação e operação correta dos programas. - Garantir manutenção constante, preventiva e corretiva, na estrutura de informática.
4	Contratação de profissionais para ampliação da equipe multiprofissional, com prioridade ao profissional de nutrição conforme solicitado na 13ª Conferência Municipal de Saúde.	2021	Número de profissionais contratados	- Contratação de outros profissionais de saúde de maneira a atender as necessidades do sistema de saúde municipal, atendendo adequadamente os serviços existentes e os serviços a serem implantados. - Contratação de 01 Nutricionista conforme solicitado na 13ª Conferência Municipal de Saúde. - Implantar e capacitar consultórios com computadores para o programa e-SUS.
5	Implantar atendimento semanal no bairro São Joaquim do Pontal	2021	Atendimento implantado no período	Atendimento: semanalmente no bairro São Joaquim do Pontal
6	Realização de manutenção e renovação gradual dos veículos utilizados para transporte na saúde.	2021	Percentual de veículos em condições adequadas de funcionamento.	- Realização de manutenção e renovação gradual dos veículos utilizados para transporte na saúde - Realização de capacitação de motorista
7	Implantar atendimento quinzenal no bairro Raul Marinho	2021	Atendimento implantado no período	Atendimento: quinzenalmente no bairro Raul Marinho no bairro
8	Implantar a Educação Permanente em Saúde - EPS, com a finalidade de qualificar e transformar as práticas diárias dos trabalhadores de saúde, com realização de encontros mensais para discussão e alinhamento do processo de trabalho	2021	Número de reuniões realizadas no período	- Capacitar profissionais para alimentação e operação correta dos programas. - Realizar encontros mensais para discussão
9	Realizar ao menos uma vez ao ano, um levantamento sistemático dos mobiliários, equipamentos e frota, a	2021	Número de levantamentos dos mobiliários,	Realizar levantamento sistemático dos mobiliários, equipamentos e frota, a fim de identificar as possíveis necessidades de substituição e novas aquisições.

	fim de identificar as possíveis necessidades de substituição e novas aquisições.		equipamentos e frota realizados no período.	Realizar compras através de licitações e adesões incentivo financeiros do governo federal.
--	--	--	---	--

OBJETIVO: Objetivos: Garantir a participação do Controle Social				
Meta 2022-2025		Linha de Base	Indicador para o Monitoramento e avaliação da Meta	Ações 2022-2025
1.1	Incluir a população no processo de planejamento local, através da participação efetiva do Conselho de Saúde, garantindo ao menos a realização das reuniões ordinárias	2021	Número de reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde	Organizar e implementar uma política de comunicação entre os serviços de saúde e a população. (caixa de sugestões/ reclamações)
	Incentivar a população na participação do planejamento das ações de saúde, através da realização de Conferência Municipal de Saúde a cada quatro anos, conforme estabelecido em lei municipal.	2021	Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas no período	- Fortalecer o planejamento local, com a participação efetiva do Conselho de Saúde. - Divulgar as ações do CMS e da SMS

18 PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento é o mecanismo pelo qual avalia as ações, compromissos e metas e ações explicitados no Plano que permite ao gestor e a equipe de saúde verificar o trabalho desenvolvido em um determinado período está sendo satisfatório ou não. Replanejar as ações e direcionar esforços para as que não estão sendo desenvolvidas de acordo com a programação vigente. Já a avaliação é entendida como um processo que implica, emitir julgamento de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação a um referencial a ser alcançado. A avaliação identifica as necessidades de ajustes, e redirecionamento das ações e com isso identificar pontos de fragilidades.

Os instrumentos de verificação sobre os resultados dos indicadores serão os Relatórios Quadrimestrais de Gestão, as Prestações de Contas e o Relatório Anual de Gestão.

Os avaliadores serão as pessoas que direta ou indiretamente estiveram envolvidas com a construção do Plano. E os responsáveis por conduzir o Instrumento; gestores, técnicos de programas e integrantes de equipes e representantes do Conselho Municipal de Saúde.