

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SALGADO FILHO – PARANÁ  
2018/2021**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE SALGADO FILHO –PR

SALGADO FILHO – PR

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SALGADO FILHO – PR  
2018/2021

PREFEITO  
Helton Pedro Pfeifer

VICE-PREFEITO  
Astério Marquetti

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Viane Carbonera Martin

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL  
Viane Carbonera Martin  
Ketlen Dalalba Nunes  
Francielli Rebonatto Machado  
Sônia Maria Felippi  
Andréa K. Soranzo  
Cirlei Schu

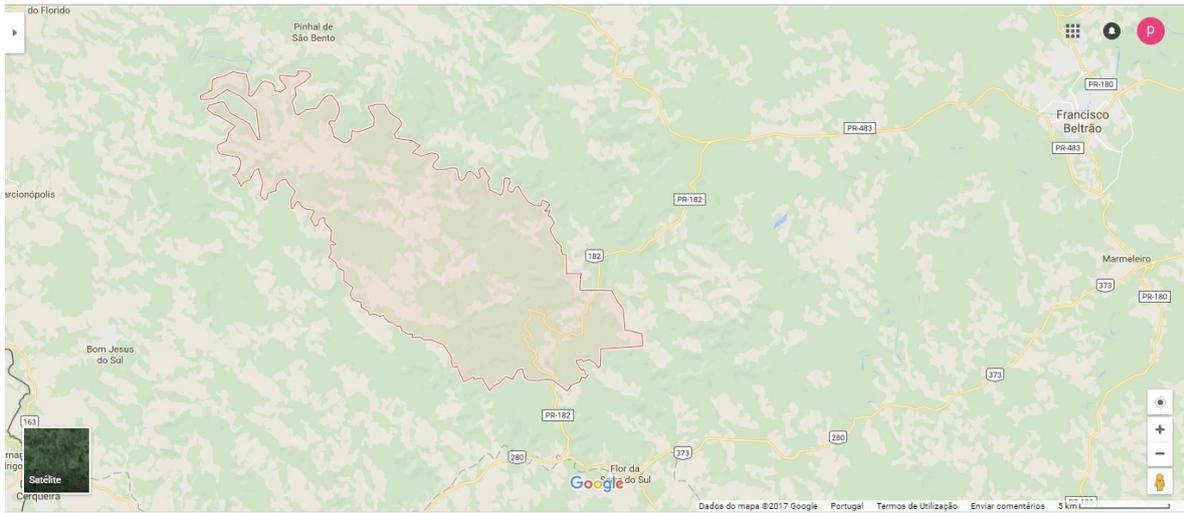
SALGADO FILHO – PR  
Agosto 2017

## **1 – Características Gerais do município**

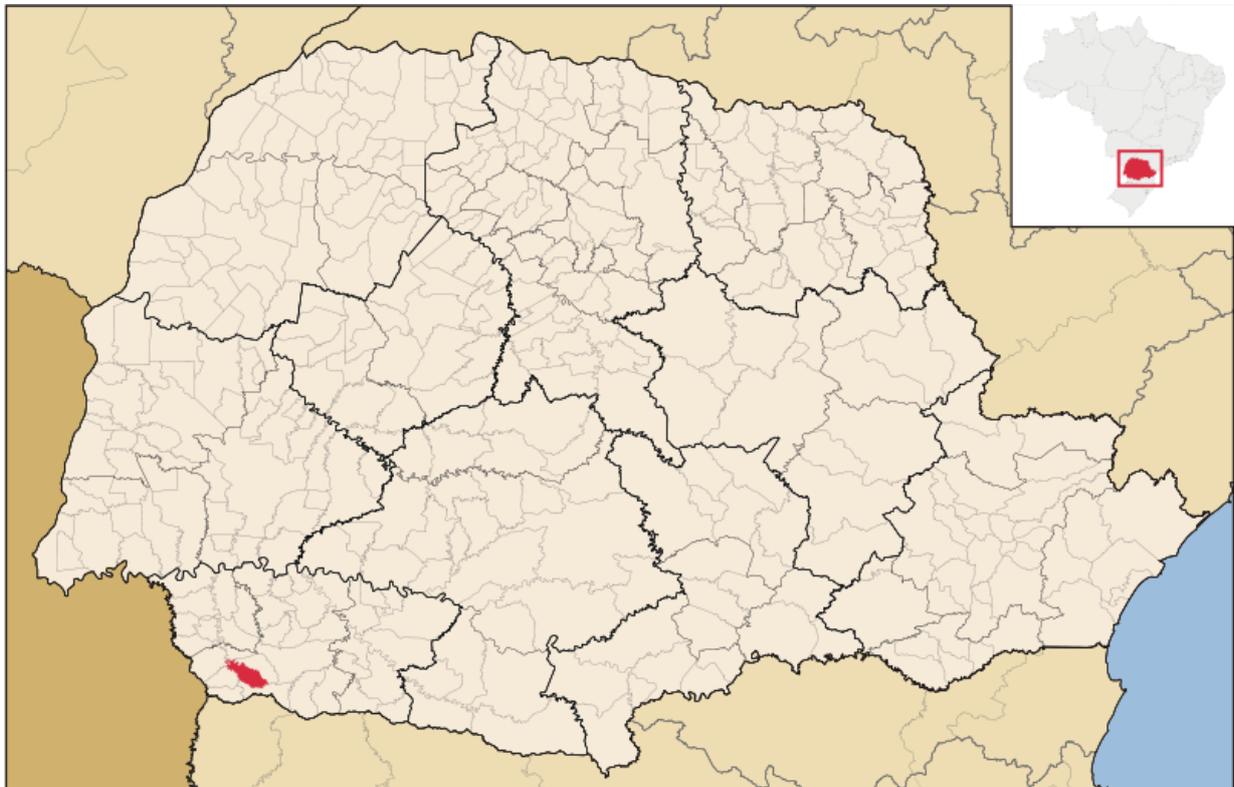
Salgado Filho é um município brasileiro do estado do Paraná, sua população em 2010, segundo o IBGE é de 4.403 habitantes, com densidade demográfica de 23,26 hab/km<sup>2</sup>, a população estimada para o município de Salgado Filho para o ano de 2016 é de 4072 habitantes com densidade demográfica de 22,10, Fica localizado em um vale no sudoeste do Paraná, entre os municípios de Bom Jesus do Sul, Flor da Serra do Sul, Pinhal de São Bento, Santo Antônio do Sudoeste, e Manfrinópolis, nas proximidades de Francisco Beltrão (cidade pólo a 40 km), distante da capital Curitiba 529 km, a rodovia de acesso é a PR 182. Está a uma altitude de 620 metros em relação ao nível do mar, com uma área de 184,241 km<sup>2</sup>, relevo ondulado com grande número de elevações montanhosas e encostas, vários rios, pluviosidade média de 230,65 mm, clima subtropical úmido mesotérmico.

O município tem predominância de família de origem italiana e alemã, mas presença também de poloneses e caboclos, quase todos oriundos do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O município teve origem através do desmembramento dos municípios de Barracão e Francisco Beltrão. Teve designado o nome de Salgado Filho, em homenagem ao político gaúcho, Joaquim Pedro Salgado Filho, deputado federal e senador pelo estado do Rio Grande do Sul e Ministro do Trabalho (1932-1938) e da Aeronáutica (1941- 1945). Em 1952 passou a pertencer como distrito de Barracão, sendo oficializado como tal em 1955, pelo decreto nº 13/55, e mais tarde sendo criado Município, pela Lei Estadual nº 4.788/63, de 29 de novembro de 1963, sendo instalado em 14 de dezembro de 1964; com as primeiras eleições realizadas em 15 de novembro de 1964, elegendo o primeiro prefeito de Salgado Filho Dr. Adolfo Rosewics.

O solo e o clima propícios para cultivo da fruticultura, o conhecimento em vinhedos, formados no Rio Grande do Sul, de onde se originaram a maioria das famílias, despertou o interesse pelo cultivo de videiras e produção de vinho. Dando continuidade ao processo produtivo houve a necessidade de implantação de agroindústrias de açúcar mascavo, queijos, vinho e embutidos de suínos, formadas por famílias de produtores rurais as quais fabricavam para o consumo próprio, agora aumentaram a produção, comercializando seus produtos. A pecuária também é destaque no município com apicultura, avicultura (corte e ovos), suinocultura e bovinocultura (corte e leite).



Fonte: Google maps



Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Salgado\\_Filho\\_\(Paraná\)#/media/File:Paraná\\_Municip\\_SalgadoFilho.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Salgado_Filho_(Paraná)#/media/File:Paraná_Municip_SalgadoFilho.svg)



FONTE: IPARDES  
NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

Brasão oficial do Município:



## 2. Análise situacional

### 2.1- Aspectos Demográficos

A população de Salgado Filho vem decrescendo nos últimos anos, observa-se que persiste a forte tendência à urbanização, o crescimento urbano acelerado e o rural continua perdendo população. Segundo o IBGE (2010), Entre 2000 e 2010, a população de Salgado Filho teve uma taxa média de crescimento anual de -3,21% (Atlas do desenvolvimento humano), o que pode ser averiguado nos quadros abaixo (1, 2, 2a, 3 e 4). A taxa de urbanização aumentou de 35,37% em 2000 para 51,19% em 2010.

**Quadro 1** – Dados populacionais.

| INFORMAÇÃO                   | FONTE | DATA | ESTATÍSTICA |            |
|------------------------------|-------|------|-------------|------------|
| População Censitária – Total | IBGE  | 2010 | 4403        | Habitantes |
| População estimada           | IBGE  | 2016 | 4072        | Habitantes |
| Número de Domicílios – Total | IBGE  | 2010 | 1390        | Domicílios |

Fonte: IBGE

**Quadro 2a** – Distribuição da população censitária, por sexo e faixa etária 2010.

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
|--------------|-----------|----------|-------|
| Menor 1 ano  | 22        | 34       | 56    |
| 1 a 4 anos   | 103       | 94       | 197   |
| 5 a 9 anos   | 181       | 168      | 249   |
| 10 a 14 anos | 245       | 236      | 581   |
| 15 a 19 anos | 245       | 172      | 417   |

|                |      |      |      |
|----------------|------|------|------|
| 20 a 29 anos   | 298  | 303  | 601  |
| 30 a 39 anos   | 308  | 302  | 710  |
| 40 a 49 anos   | 308  | 308  | 616  |
| 50 a 59 anos   | 241  | 235  | 476  |
| 60 a 69 anos   | 177  | 137  | 314  |
| 70 a 79 anos   | 101  | 104  | 205  |
| 80 anos e mais | 32   | 49   | 81   |
| Total          | 2261 | 2142 | 4403 |

Fonte: IBGE 2010

**Quadro 2b** – Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária para 2012.

| <b>Faixa Etária</b> | <b>Masculino</b> | <b>Feminino</b> | <b>Total</b> | <b>% Total</b> |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|----------------|
| 0 a 4 anos          | 120              | 123             | 243          | 5,71%          |
| 5 a 9 anos          | 176              | 162             | 338          | 8,02%          |
| 10 a 14 anos        | 236              | 229             | 465          | 10,93%         |
| 15 a 19 anos        | 236              | 167             | 403          | 9,47%          |
| 20 a 29 anos        | 288              | 292             | 580          | 13,63%         |
| 30 a 39 anos        | 298              | 292             | 590          | 13,87%         |
| 40 a 49 anos        | 298              | 297             | 595          | 13,99%         |
| 50 a 59 anos        | 232              | 228             | 460          | 10,81%         |
| 60 a 69 anos        | 158              | 145             | 303          | 7,12%          |
| 70 a 79 anos        | 98               | 100             | 198          | 4,65%          |
| 80 anos e mais      | 31               | 47              | 78           | 1,83%          |
| Total               | 2171             | 2082            | 4253         | 100%           |

**Quadro 3** – População estimada residente por ano

| <b>Ano</b> | <b>População</b> | <b>Método</b> |
|------------|------------------|---------------|
| 2016       | 4072             | Estimativa    |
| 2015       | 4142             | Estimativa    |
| 2014       | 4213             | Estimativa    |
| 2013       | 4287             | Estimativa    |

|      |      |            |
|------|------|------------|
| 2012 | 4253 | Estimativa |
| 2011 | 4327 | Estimativa |
| 2010 | 4403 | Censo      |
| 2009 | 4658 | Estimativa |
| 2008 | 4709 | Estimativa |

Fonte: IBGE

**Quadro 4 – População residente na área rural e área urbana, 2010.**

| Área      | Rural | Urbana |
|-----------|-------|--------|
| População | 2151  | 2252   |

Fonte: IBGE

**3. Aspectos Sócio-Econômicos e de Infra-estrutura**

As atividades econômicas que tem destaque no município são: agricultura, pecuária e produção florestal; indústrias de transformação; comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas; administração pública, defesa e seguridade social; construção; educação; serviços domésticos; outras atividades.

Os estabelecimentos por atividade econômica são: Indústria de produtos minerais não metálicos; Indústria metalúrgica; Indústria mecânica; Indústria da madeira e do mobiliário; Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos; Indústria de produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico; Construção civil; Comércio varejista; Comércio atacadista; Instituições de crédito, seguro e de capitalização; Ensino; Administração pública direta e indireta; Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Salgado Filho é 0,700, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,191), seguida por Renda e por Longevidade. O município ocupa a 1904ª posição, em 2010, do Brasil e em relação aos 399 outros municípios de Paraná, Salgado Filho ocupa a 232ª posição.

A renda per capita média de Salgado Filho cresceu, passando de R\$262,02 em 2000 para R\$557,15 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 112,64% no período. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 27,83% em 2000 para 3,35% em 2010.

O índice de Gini passou de 0,57 em 2000 e para 0,46 em 2010, ele é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

**Quadro 5** – Dados econômicos.

| <b>ECONOMIA</b>                |              |             |                    |         |
|--------------------------------|--------------|-------------|--------------------|---------|
| <b>INFORMAÇÃO</b>              | <b>FONTE</b> | <b>DATA</b> | <b>ESTATÍSTICA</b> |         |
| População Economicamente Ativa | IBGE         | 2010        | 2588               | pessoas |
| População Ocupada              | IBGE         | 2010        | 2510               | pessoas |

**Quadro 6** – Indicadores econômicos e sociais.

| <b>INFORMAÇÃO</b>                           | <b>FONTE</b> | <b>DATA</b> | <b>ESTATÍSTICA</b> |                     |
|---|--------------|-------------|--------------------|---------------------|
| Densidade Demográfica                       | IPARDES      | 2016        | 22,10              | hab/km <sup>2</sup> |
| Grau de Urbanização                         | IBGE         | 2010        | 51,19              | %                   |
| Índice de Desenvolvimento Humano<br>- IDH-M | PNUD         | 2010        | 0,700              |                     |
| Extrema pobreza                             | PNUD         | 2010        | 3,35               | %                   |
| Pobreza                                     | PNUD         | 2010        | 11,41              | %                   |
| Índice de GINI                              | PNUD         | 2010        | 0,46               |                     |
| Taxa de Analfabetismo de 15 anos<br>ou mais | IBGE         | 2010        | 11,5               | %                   |
| Renda domiciliar média per capita           | IBGE         | 2010        | 556,45             | R\$                 |
| Taxa de desemprego                          | IBGE         | 2010        | 2,67               | %                   |

### 3.1 Educação

O município só possui rede de ensino pública (municipal e estadual), conta com um centro de educação infantil, uma escola municipal de ensino fundamental (1ª a 4ª séries) e duas escolas estaduais de ensino fundamental (5ª a 8ª séries) sendo que uma delas oferece também ensino médio.

Nos dados levantados pelo MEC/INEP em 2016, a taxa de distorção entre série e idade foi de 7,2% no ensino fundamental e 14,8% no ensino médio.

**Quadro 7** – Proporção da população residente alfabetizada e não alfabetizada segundo a faixa etária no Município

| Faixa Etária | % não alfabetizada | Faixa Etária | Nº absoluto alfabetizados |
|--------------|--------------------|--------------|---------------------------|
| 15 a 19      | 2,16%              | 15 a 24      | 701                       |
| 20 a 24      | 1,71               | 25 a 59      | 1832                      |
| 25 a 29      | 2,27               | 60 a 69      | 247                       |
| 30 a 39      | 2,56               | 70 a 79      | 130                       |
| 40 a 49      | 8,77               | 80 e +       | 32                        |
| 50 e +       | 22,68              | Total        | 2942                      |

Fonte –DATASUS/IBGE 2010.

**Quadro 8** – Dados educacionais, segundo o número de matrículas.

| INFORMAÇÃO                                       | FONTE | DATA | ESTATÍSTICA |        |
|--|-------|------|-------------|--------|
| Matrículas na Creche                             | SME   | 2017 | 91          | Alunos |
| Matrículas na Pré-escola                         | SME   | 2017 | 102         | Alunos |
| Matrículas no Ensino Fundamental<br>1º ao 5º ano | SME   | 2017 | 271         | Alunos |
| Matrículas no Ensino Fundamental<br>6º ao 9º ano | SEED  | 2017 | 238         | Alunos |
| Matrículas no Ensino Médio                       | SEED  | 2017 | 221         | Alunos |

### 3.2 Aspectos gerais com abrangência rural e urbana:

Com relação ao esgoto, vem aumentando o número de fossas e diminuindo o lançamento a céu aberto, também quanto a coleta de lixo percebemos o aumento da coleta

de lixo e diminuição do lixo jogado a céu aberto, há coleta de lixo três vezes por semana na área urbana realizada por empresa terceirizada. A coleta do lixo reciclável ocorre por empresa terceirizada. Na área rural uma vez a cada três meses coleta de recicláveis e também são coletas embalagens de agrotóxicos uma vez ao ano por empresa terceirizada.

A secretaria de agricultura e meio ambiente em parceria com a FUNASA, vem investindo na perfuração de poços artesianos e encanamento de água para as comunidades do interior e também na proteção de fontes e nascentes. 98,7% da população tem energia elétrica em pelo menos um cômodo da casa, há 1378 famílias cadastradas, sendo que por tipo de habitação 28,1% são de tijolo, 70,46% são de madeira, 1,44% outros materiais, há um assentamento que atualmente tem 11 famílias, porém o mesmo não é cadastrado no INCRA.

#### **4. - Diagnóstico Epidemiológico**

##### **4.1. Vigilância em saúde:**

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades, facilita sua compreensão. É de fundamental importância dentro da Saúde Pública, o conhecimento que os profissionais de saúde e os gestores municipais devem ter em relação aos dados e indicadores epidemiológicos, saber do que a população mais adocece e quais as causas de morbimortalidade. A análise da situação e das tendências das doenças transmissíveis, não-transmissíveis e agravos mais importantes, relatos de investigação de surtos, divulgação de normas técnicas sobre procedimentos de vigilância epidemiológica e ações de prevenção e controle de doenças.

A mensuração do estado de saúde da população teve início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços nas informações epidemiológicas e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

É de posse desses dados que desenvolvem as estratégias de ações no combate aos problemas de saúde, pois os indicadores epidemiológicos fornecem subsídios convincentes

para que possa promover mudanças no sistema em que se encontra hoje a saúde pública brasileira.

A Secretaria Municipal de Saúde de Salgado Filho, seguindo o que preconiza o Ministério da Saúde e também a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, executa as suas ações de Vigilância de modo integrado, através do Departamento de Vigilância em Saúde (DVS). Este departamento tem suas ações voltadas às áreas de:

- a. Vigilância Epidemiológica;
- b. Vigilância Nutricional;
- c. Vigilância Sanitária;
- d. Vigilância Ambiental;
- e. Saúde do Trabalhador.

O resultado obtido com a integração das Vigilâncias é mostrado na maior rapidez de resposta frente a situações que necessitem a intervenção do DVS. As instalações do Departamento de Vigilância em Saúde estão situadas na Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal. Incentivos financeiro do Governo federal e especialmente do governo Estadual, através do incentivo financeiro VIGIASUS vem dando condições ao município de organizar, equipar e ampliar a Vigilância em Saúde.

#### **a. Vigilância Epidemiológica**

Conforme a Lei nº8.080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu a vigilância epidemiológica 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”. As ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços. Além do que, observam-se profundas mudanças no perfil epidemiológico das populações, há declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescente aumento das mortes por causas externas e por doenças crônicas degenerativas, que têm implicado na incorporação de doenças e agravos não transmissíveis (DANTS) ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica.

Entre os fatores que contribuíram para essa transição epidemiológica estão a queda nas taxas de natalidade e um aumento progressivo da população idosa, que favoreceu a aumento das doenças crônicas degenerativas, a transição nutricional com aumento de sobrepeso e obesidade e o aumento de traumas causados por acidentes, violência e envenenamento. As DANT prevalentes em Salgado Filho são as doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, neoplasias, doenças respiratórias e gastrintestinais.

O Programa Nacional de Imunizações também está inserido na vigilância epidemiológica e visa contribuir para o controle ou erradicação das doenças infecto-contagiosa e imunopreveníveis, mediante imunização sistemática da população. O município de Salgado Filho realiza manutenção e implementação do programa, realizando atividades do calendário básico de vacina para criança, adolescente e adulto, além das campanhas anuais preconizadas pelo MS.

É evidente a importância da imunização na prevenção das doenças imunopreveníveis, ela é considerada um dos principais avanços na saúde pública mundial e tem salvado mais vidas do que qualquer outro tipo de medicamento. Tem por objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação dessas doenças, por meio da vacinação de rotina e campanhas anuais.

#### **b. Vigilância Nutricional**

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do Consumo Alimentar das pessoas que frequentam as Unidades Básicas do SUS. São contempladas pelo SISVAN e E-SUS todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

O município de Salgado Filho possui uma profissional nutricionista que desempenha a sua função através de ações junto às escolas municipais e estaduais, merenda escolar, cardápios, orientações sobre alimentação adequada de todas as faixas etárias dos munícipes através de campanhas e reuniões com grupo de idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes. Também através da secretaria de saúde é realizado acompanhamento do programa Bolsa Família em conjunto com as equipes de ESF.

#### **c. Vigilância Sanitária**

Vigilância Sanitária é um conjunto de medidas que têm como objetivo elaborar, controlar e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário. Estas

medidas se aplicam aos medicamentos e correspondentes, cosméticos, alimentos, saneantes e equipamentos e serviços de assistência à saúde. As normas da Vigilância Sanitária também se referem às outras substâncias, materiais, serviços ou situações que possam, mesmo potencialmente, representar risco à saúde coletiva da população. A Vigilância Sanitária é uma atividade multidisciplinar que regulamenta e controla a fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de interesse da Saúde Pública. Instrumentos legais como notificações e multas, são usados para punir e reprimir práticas que coloquem em risco a saúde dos cidadãos.

A vigilância sanitária do município de Salgado Filho possui uma profissional Médica Veterinária, que atua de forma a orientar na organização dos estabelecimentos comerciais, agroindústrias e demais repartições para a adequação dos mesmos às normas e leis necessárias para garantir o bem-estar dos cidadãos.

As ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária são de caráter educativo (preventivo), normativo (regulamentador) e punitivo. Tais como:

- Cadastramento anual e inspeções dos estabelecimentos comerciais de alimentos e merenda escolar, visando verificar as condições de higiene, validade dos produtos, condições físicas dos estabelecimentos e equipamentos, bem como os manipuladores dos alimentos;
- Realiza investigação de surtos e doenças transmitidas por alimentos;
- Liberação e renovação de alvará sanitário;
- Emite licença sanitária, padronizado e identificado;
- Cadastramento e Inspeções dos Estabelecimentos de Saúde e da Área de interesse a Saúde;
- Atendimento às denúncias e reclamações.
- Realização de campanhas educativas, pois as ações da vigilância sanitária também visam à educação contínua.
- Profilaxia da raiva agressões por cães ou animais silvestres (observação do animal).

#### **d. Vigilância Ambiental**

A Vigilância Ambiental é definida como ações capazes de prevenir diminuir e eliminar riscos à saúde e intervir nos problemas decorrentes do meio ambiente. As ações desenvolvidas pela Vigilância Ambiental são:

- Elaboração do plano de contingência de combate a dengue, programa de prevenção à dengue juntamente com a secretaria de saúde.
- Coletas mensais de água para análise.
- Campanhas educativas juntamente com entidades e distribuição periódica de formulários que orientam a nossa população;
- Monitorar os casos suspeitos de doenças transmitidas por vetores.
- Coleta de lixo no interior, especialmente os recicláveis.
- Fiscalização de terrenos baldios e atendimento às denúncias referentes a acúmulo de lixo que favoreça o aparecimento de vetores, especialmente da dengue.

#### **e. Saúde do Trabalhador**

Desde a Constituição de 1988 a Saúde do Trabalhador é competência do SUS, e a portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, publicada na seção I, pgs. 46-51, do D.O.U de 24 de agosto de 2012 consolidou e instituiu a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, que promove e protege a saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde. Todas estas ações integradas com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde;

- A vigilância em saúde do trabalhador investiga, alimenta e analisa os agravos relacionados à saúde do trabalhador.
- Investiga os acidentes de trabalho graves e fatais.
- Organiza e realiza eventos relacionados à área de saúde do trabalhador.
- Incentivar a notificação, investigação e inspeção conjuntas com a vigilância epidemiológica e ambiental.
- Atividades educativas e imunização nas empresas.

#### **4.2 Atenção Básica**

Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de

saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Em relação à **Saúde da Criança** temos como objetivo acolher todas as crianças de 0 a 9 anos residentes no município, priorizando a faixa etária de 0 a 24 meses, oferecendo atenção integral com acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento, assegurando um atendimento de excelência. O Programa inicia-se com a atenção pré-natal adequada. O trabalho é desenvolvido precocemente com a orientação dos pais por ocasião do retorno da maternidade e/ou da aplicação da vacina BCG, realizando agendamento para consulta de puericultura e que realizem as consultas mensalmente ou conforme orientação. Também há parceria com a Pastoral da Criança, dando prioridade para as crianças inscritas no Programa Estadual Leite das Crianças e Bolsa Família.

Com relação à **Saúde da Mulher** são realizadas atividades de educação em saúde, fornecimento de métodos contraceptivos, consulta ginecológica, realização de coleta de material para exame citopatológico, encaminhamentos para realização de mamografias e ultrassonografias, consultas de pré-natal e puerperal, transporte até a maternidade de referência, reuniões com grupo de gestantes promovidas pelo NASF e parcerias intersetoriais.

Sobre a **Saúde do Homem** conclui-se que a homem cuida muito menos de sua saúde do que as mulheres. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos. A saúde do homem deve ser vista de maneira global, com todos os aspectos cruciais para uma boa qualidade vida, deve instruir o homem a conhecer o próprio corpo, buscar informações e cuidar melhor da sua saúde e a importância da adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Várias são as particularidades envolvendo o sexo masculino que merecem maior esclarecimento e orientação, em prol da saúde e da qualidade de vida. O município desenvolve desde 2009 campanhas para dar ênfase à saúde desta parcela da população, com realização de exames de PSA para a população masculina acima de 40 anos, aferição de pressão arterial, HGT, exames odontológicos, especialmente prevenção de câncer bucal,

realização de palestras educativas que são realizadas em diversas localidades do município e também nas escolas e fábricas, atendimento odontológico noturno para facilitar o acesso da população de trabalhadores e manutenção do plantão para urgências e emergências.

O Programa de Atenção à **Saúde do Idoso** atua com o objetivo de programar ações de promoção da saúde visando estimular a participação ativa do idoso na comunidade, conscientizar a população idosa quanto ao autocuidado, e quanto à necessidade de mudança de estilos de vida. Temos parceria com o grupo de idosos e frequentemente são realizadas atividades em conjunto, também procuramos imunizar o maior número possível de pessoas acima de 60 anos não só contra influenza, mas também com outras vacinas do calendário básico, uma profissional da enfermagem sempre acompanha o grupos quando se deslocam para outras cidades para realizarem atividades recreativas. Contamos também com um médico geriatra que atende em média 90 consultas por mês. Também as pessoas idosas tem prioridade no atendimento nas unidades de saúde.

A Estratégia **Saúde da Família** – ESF vem aliar-se a todos os programas da atenção básica, como base estruturante para sua organização. Tem prioridade no ESF: a eliminação ou redução da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus, eliminação da desnutrição infantil, assistência integral a saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do idoso, a saúde bucal, saúde mental, promoção da saúde e a educação permanente. O município possui 02 equipes do Programa Saúde da Família, O PSF 1 é composto por 1 enfermeira, 1 médico, 1 técnica de enfermagem 1 odontóloga, 1 auxiliar em saúde bucal, 1 técnica em saúde bucal e 6 Agentes Comunitários de Saúde – ACS, sendo sua área de abrangência em sua maior parte de população da área urbana. O PSF 2 é composto por 1 enfermeira, 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem, 1 odontóloga, 1 auxiliar em saúde bucal e 6 ACS, sua área de abrangência é em sua maior parte de população da área rural do município, com cobertura populacional de 100%. Tendo como aliado o Programa de **Saúde Bucal** que oferece atividades nas áreas de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. São realizadas escovações supervisionadas, bochechos de flúor além de palestras com alunos abordando temas que ajudem a desenvolver o autocuidado nas escolas municipais e estaduais, da educação infantil até o 1º ano do ensino médio. São realizados atendimentos por agendamento e também livre demanda para a população. Também são atendidos no período noturno os funcionários das fabricas e comércio que trabalham durante o dia e que necessitam de acompanhamento odontológico, possibilitando que todos tenham acesso ao tratamento.

O Programa **Controle de Tabagismo** foi implantado no município em 2013, e tem por objetivo auxiliar a pessoa tabagista abandonar o hábito, sendo conduzido com encontros mensais. Os encontros são baseados em psicoterapia e tem como apoio a medicação fornecida pelo MS. Há trabalho em conjunto com diversas áreas, como odontologia, enfermagem, farmácia, assistente social e medicina.

#### 4.3 Condições de nascimento, morbidade e mortalidade no município:

A esperança de vida ao nascer no ano de 2000 era de 75,67 anos e em 2010 de 74,83 anos. A taxa bruta de natalidade em 2010 era de 14,54%, a taxa de fecundidade vem diminuindo, sendo que em 2000 era de 2,9 e em 2010 de 1,9 filhos por mulher em idade fértil (15 a 49 anos). Pode-se observar a flutuação no número de nascidos vivos, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes é alta, porém através do trabalho realizado vem se reduzindo, estando em 34% em 2011 e 20% em 2016. O município consegue um bom acompanhamento de pré-natal, sendo que mantemos mais de 80% das gestantes realizando sete ou mais consultas durante a gestação e houve redução da porcentagem de baixo peso ao nascer de 2016 (1,66%) em relação aos anos anteriores como exemplo 2010 (16,4%). A quantidade de partos normais vem diminuindo, 35% em 2016 e 41,51% em 2011. Não houve óbito materno nos últimos dez anos e nem óbitos infantis após o ano de 2013.

#### Quadros demonstrativos:

**Quadro 9** – Informações sobre nascimentos no período de 2008 a 2017.

| <u>Condições</u>                                       | 2008 | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|
| Número de nascidos vivos (SINASC)<br>Nº absoluto       | 59   | 58    | 61    | 53    | 45    | 65    | 56   | 48   | 60   |
| Taxa Bruta de Natalidade (IPARDES)                     |      |       | 14,54 |       |       |       |      |      |      |
| %de nascidos vivos com mães<br>adolescentes (DATASUS)  | 25   | 21    | 61    | 34    | 38    | 29,2  | 21,4 | 25   | 20   |
| % com baixo peso ao nascer (SINASC)                    | 3,4  | 3,4   | 16,4  | 7,5   | 4,4   | 9,2   | 12,5 | 4,1  | 1,6  |
| % NV com mais de 7 consultas de PN<br>(DATASUS/SINASC) | 80   | 68,97 | 84,38 | 90,57 | 82,6  | 73    | 82   | 83   | 80   |
| % de partos normais (DATASUS)                          | 60   | 55,17 | 62,5  | 41,51 | 43,47 | 41,53 | 50   | 52   | 35   |

**Quadro 10 - Crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natal**

| Consultas de pré natal      | 2008      | 2009      | 2010      | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016      |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1-3 consultas               | 2         | 6         | 2         | 1         | 2         | 2         | 2         | 2         | 2         |
| 4-6 consultas               | 10        | 12        | 6         | 4         | 6         | 15        | 8         | 6         | 10        |
| >7 consultas                | 47        | 40        | 53        | 48        | 37        | 48        | 46        | 40        | 48        |
| <b>Total de nascimentos</b> | <b>59</b> | <b>58</b> | <b>61</b> | <b>53</b> | <b>45</b> | <b>64</b> | <b>56</b> | <b>48</b> | <b>60</b> |

Fonte: SINASC, DATASUS

**Quadro 11- Número total de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade**

|  | 2008           | 2009     | 2010           | 2011     | 2012     | 2013         | 2014     | 2015     | 2016     |
|--|----------------|----------|----------------|----------|----------|--------------|----------|----------|----------|
| <b>Óbitos infantil (numero absoluto)</b> | <b>1</b>       | <b>0</b> | <b>3</b>       | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>2</b>     | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
| <b>Taxa de mortalidade infantil</b>      | <b>16,67 %</b> | <b>0</b> | <b>46,88 %</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>31,25</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
| <b>Óbito perinatal</b>                   | <b>0</b>       | <b>0</b> | <b>2</b>       | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b>     | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

Fonte: SINASC, DATASUS

**Quadro 12 - Taxa de mortalidade materna**

|   | 2008     | 2009     | 2010     | 2011     | 2012     | 2013     | 2014     | 2015     | 2016     |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Óbitos Materno (numero absoluto)</b> | <b>0</b> |
| <b>Taxa de mortalidade materna</b>      | <b>0</b> |

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS

**Quadro 13 – Cobertura vacinal- 2008 a 2016**

|                         | 2008  | 2009   | 2010   | 2011   | 2012  | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   |
|-------------------------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Menores de 1 ano</b> |       |        |        |        |       |        |        |        |        |
| BCG                     | 91,67 | 93,33  | 108,62 | 87,93  | 79,31 | 113,21 | 126,09 | 80,00  | 105,36 |
| Rotavírus               | 75    | 76,67  | 100    | 100    | 65,52 | 109,43 | 136,96 | 67,69  | 125,00 |
| Poliomielite oral       | 75    | 86,67  | 87,93  | 112,07 | 62,07 | 52,83  | 141,30 | 63,08  | 119,64 |
| Tetra/Pentavalente      | 78,33 | 86,67  | 89,66  | 112,07 | 51,72 | 111,32 | 141,30 | 70,77  | 123,21 |
| Pneumocócica            | 81,13 | 147,83 | 83,08  | 101,79 | 81,13 | 147,83 | 83,08  | 101,79 | 81,13  |
| Meningocócica           | x     | x      | x      | x      | x     | 66,04  | 128,26 | 100,00 | 108,93 |
| <b>Mais de 60 anos</b>  |       |        |        |        |       |        |        |        |        |
| Contra a gripe          | 75,32 | 80,84  | 84,53  | 89     | 90    | 88,95  | 94,82  | 89,09  | 97,08  |

Fonte: SI-PNI, DATASUS

**Quadro 14 – Algumas Doenças de Notificação- 2008-2016.**

| Doença de Notificação | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Hepatites Virais      | 0    | 0    | 0    | 2    | 2    | 1    | 0    | 0    | 2    |
| Intoxicação exógena   | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 4    | 7    |
| Dengue                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Meningite             | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    |
| Sífilis gestantes     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Sífilis Congênita     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Toxoplasmose          | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Tétano Acidental      | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Tuberculose           | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Varicela              | 0    | 3    | 2    | 7    | 19   | 2    | 7    | 2    | 0    |
| Hanseníase            | 1    | 2    | 3    | 2    | 3    | 0    | 1    | 4    | 2    |
| HIV/AIDS              | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |

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

**Quadro 15:** Distribuição das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10

| <b>Capítulo CID</b>  | <b>&lt; 1</b> | <b>1</b> | <b>5</b> | <b>10</b> | <b>15</b> | <b>20</b> | <b>30</b> | <b>40</b> | <b>50</b> | <b>60</b> | <b>≥</b>  | <b>Total</b> |
|--|---------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
|  |               | <b>a</b> | <b>a</b> | <b>a</b>  | <b>a</b>  | <b>a</b>  | <b>a</b>  | <b>a</b>  | <b>a</b>  | <b>a</b>  | <b>70</b> |              |
|  |               | <b>4</b> | <b>9</b> | <b>14</b> | <b>19</b> | <b>29</b> | <b>39</b> | <b>49</b> | <b>59</b> | <b>69</b> |           |              |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias                    |               |          |          | 1         |           |           |           |           | 2         | 1         | 4         | 8            |
| II. Neoplasias (tumores)   |               |          |          |           | 1         |           | 1         | 2         | 9         | 4         | 19        | 36           |
| III. Doenças do sangue e órgãos hemat. e transtornos imunitários |               |          |          |           |           |           |           |           |           | 2         |           | 2            |
| IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metab.                    |               |          |          |           |           |           |           | 1         |           |           | 1         | 2            |
| VI. Doenças do sistema nervoso                                   | 1             |          |          |           | 1         |           | 2         |           | 1         |           |           | 5            |
| VII. Doenças do olho e anexos                                    |               |          |          |           |           |           |           | 1         |           |           |           | 1            |
| IX. Doenças do aparelho circulatório                             |               |          |          |           | 1         |           | 1         | 5         | 11        | 5         | 15        | 38           |
| X. Doenças do aparelho respiratório                              | 3             | 1        |          |           |           |           |           |           | 2         | 1         | 12        | 19           |
| XI. Doenças do aparelho digestivo                                |               |          | 1        |           | 3         | 5         | 4         | 1         | 6         | 7         | 4         | 31           |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo                      |               |          |          |           | 1         | 1         | 1         |           | 1         |           |           | 4            |
| XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo       |               |          |          |           | 1         | 1         | 3         | 1         | 2         | 1         |           | 9            |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário                           |               |          | 2        |           |           | 2         | 1         | 3         | 4         | 2         |           | 14           |
| XV. Gravidez parto e puerpério                                   |               |          |          |           | 14        | 18        | 16        | 2         |           |           |           | 50           |
| XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal            | 2             |          |          |           |           |           |           |           |           |           |           | 2            |
| XVII. Malformação congênita, deformidade e anomalias cromos.     |               |          | 2        |           | 1         |           |           |           |           |           |           | 3            |
| XVIII. Sinais e achados anormais em exame clínico e laboratorial | 1             |          |          |           |           |           |           |           |           |           | 2         | 3            |
| XIX. Lesões, envenenamento e outras causas externas              | 2             | 3        | 2        | 2         | 2         | 7         | 8         | 10        | 5         | 4         | 5         | 50           |

Fonte: DATASUS -2015

**Quadro 16 - Causas de internações sensíveis à atenção básica – 2008 - 2016**

| <b>ANO</b>   | 2008  | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica | 12,23 | 7,66 | 4,57 | 8,57 | 6,67 | 10,4 | 11,1 | 20,7 | 21,6 |

Fonte: DATASUS

Diagnóstico CID 10 Códigos Seleccionados para o quadro 16

|   |   |
|---|---|
| 1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis<br>A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16;<br>G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2,<br>A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a<br>A53; B50 a B54 | 12. Doenças cerebrovasculares I63 a I67; I69, G45 a G46   |
| 2. Gastroenterites infecciosas e complicações E86; A00 a A09  | 13. Diabetes melitus<br>E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0,<br>E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8;<br>E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9,<br>E11.9; E12.9, E13.9; E14.9 |
| 3. Anemia D50   | 14. Epilepsias G40, G41   |
| 4. Deficiências nutricionais E40 a E46; E50 a E64   | 15. Infecção no rim e trato urinário N10; N11; N12; N30; N34;<br>N39.0  |
| 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31  | 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo A46; L01; L02; L03; L04;<br>L08  |
| 6. Pneumonias bacterianas J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1   | 17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos N70; N71; N72;<br>N73; N75; N76   |
| 7. Asma J45, J46  | 18. Úlcera gastrointestinal K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2  |
| 8. Doenças pulmonares J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;   | 19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto O23; A50; P35.  |
| 9. Hipertensão I10; I11   |   |
| 10. Angina I20  |   |
| 11. Insuficiência cardíaca I50; J81   |   |

**Quadro 17 – Mortalidade Geral por Local de Residência – 2015**

| <b>Capítulo CID</b>  | <<br>1 | 1<br>a<br>4 | 5<br>a<br>9 | 10<br>a<br>14 | 15<br>a<br>19 | 20<br>a<br>29 | 30<br>a<br>39 | 40<br>a<br>49 | 50<br>a<br>59 | 60<br>a<br>69 | ≥<br>70 | <b>Total</b> |
|--|--------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------|--------------|
| II. Neoplasias (tumores)   |        |             |             | 1             |               |               |               |               | 1             | 2             | 3       | 7            |
| IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metab.                    |        |             |             |               |               |               |               | 1             |               |               |         | 1            |
| IX. Doenças do aparelho circulatório                             |        |             |             |               |               |               |               |               | 1             | 1             | 7       | 9            |
| X. Doenças do aparelho respiratório                              |        |             |             |               |               |               |               |               | 1             |               | 3       | 4            |
| XI. Doenças do aparelho digestivo                                |        |             |             |               |               |               |               | 1             |               |               |         | 1            |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário                           |        |             |             |               |               |               |               |               |               |               | 2       | 2            |
| XVIII. Sinais e achados anormais em exame clínico e laboratorial |        |             |             |               |               |               |               |               |               | 1             |         | 1            |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade                   |        |             |             |               |               | 1             |               | 1             | 1             |               | 1       | 4            |

Fonte: Datasus

**Quadro 18** – Outros indicadores de mortalidade proporcional ao período de 2008-2016

| <b>Indicadores de Mortalidade</b>   | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total de óbitos   | 20          | 22          | 30          | 24          | 34          | 32          | 21          | 29          | 36          |
| <b>Mortalidade prematura (&lt;70anos)</b> pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas (nº absoluto) (doenças do aparelho circulatório I 00 a I 99, câncer C00 a C97, diabetes E10 a E 14, doenças respiratórias crônicas J40 a j47) | 4           | 10          | 8           | 6           | 7           | 9           | 4           | 6           | 5           |

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

**Quadro 19** – Indicadores relacionados a Atenção Básica

| <b>Indicadores</b>  | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nº de ação coletiva de escovação dental supervisionada  |             | 3.203       | 7.093       | 9.130       | 8.144       | 8.866       | 9.600       | 7.536       | 9.117       |
| % de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família   | 39,3        | 64,94       | 82,18       | 79,18       | 92,43       |             | 94,4        | 97          | 86,6        |
| Número de Internações por diabetes mellitus e suas complicações   | 2           | 1           | 1           | 2           | 1           | 1           | 0           | 0           | 1           |
| % Internações por Doenças cerebrovasculares (cap. IX Cid 10)  | 12,12       | 10,44       | 10,43       | 12,68       | 12,82       | 13,38       | 10,16       | 8,07        | 13,96       |
| % de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária | 0,21        | 0,31        | 0,26        | 0,22        | 1,2         |             | 1,14        | 1,07        | 0,89        |
| % de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária                             | 0,08        | 0,45        | 0,24        | 0,16        | 0,56        |             | 0,48        | 1,0         | 0,35        |

Fonte: Datasus

## 5. - Rede Física de Atendimento em Saúde

A **rede ambulatorial especializada** do município está interligada ao consórcio com a Associação Regional de Saúde do Sudoeste, tendo acesso as seguintes especialidades: ortopedia, psiquiatria, psicologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, obstetrícia de risco intermediário, gastroenterologia, fonoaudiologia, cirurgia, neurologia, angiologia, dermatologia, cardiologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, odontologia, nefrologia, pneumologia, fisioterapia. Os usuários são encaminhados através da guia de

referência/contra referência, são atendidos através do serviço de agendamento da SMS, sendo que após o agendamento, que é realizado de acordo com as cotas pré-estabelecidas, oferece o transporte dos usuários até o Centro Regional de Especialidades -CRE. Os casos não atendidos pelo CRE, e que necessitam de tratamento fora do domicílio (TFD), são encaminhados de acordo com fluxo preconizado (Pato Branco, Cascavel, Curitiba e região metropolitana, Pranchita, etc).

O Município de Salgado Filho possui como referência para o **atendimento hospitalar** aos usuários do Sistema Único de Saúde, os hospitais que se localizam em Francisco Beltrão, são eles Hospital Regional do Sudoeste (HRS) e Hospital São Francisco, que atendem através da liberação de central de leitos. A Fundação Hospitalar da Fronteira, em Pranchita, atende casos cirúrgicos eletivos. Em Pato Branco são realizados atendimentos mais complexos na área de cardiologia e cirurgia bariátrica. Os casos de neoplasia são encaminhados ao CEONC de Francisco Beltrão e Cascavel.

A assistência em caráter de **urgência/emergência** é realizada pela unidade de saúde NIS I que funciona 24 horas, com plantão médico e de enfermagem para esses casos, o município dispõe de ambulância equipada, para realizar transporte de pacientes em situações que não se consegue resolutividade local, os pacientes são transferidos via central de leitos a uma instituição hospitalar de referência. Também contamos com o SAMU, com sede em Francisco Beltrão, porém tem pouca utilização, devido à demora nos atendimentos prestados ao município e por atender somente a casos muito complexos.

O Programa de **Assistência Farmacêutica** da Secretaria Municipal de Saúde é controlada e supervisionada pela farmacêutica responsável, são disponibilizados medicamentos preconizados pelo RENAME e também outros medicamentos adquiridos com vista a atender melhor a demanda dos programas desenvolvidos pela secretaria de saúde, sendo os mesmos reavaliados semestralmente pela equipe técnica da unidade. A aquisição ocorre através do Consórcio Paraná Medicamentos e através da compra por licitação. Em novembro de 2013 foi firmado convênio junto a uma farmácia comercial com o programa Farmácia Popular que disponibiliza grande parte dos medicamentos para controle de hipertensão e diabetes, entre outros medicamentos para uso contínuo.

**Quadro 20** - Estabelecimentos e tipo de prestador

| <b>Tipo de Estabelecimento</b>                           | <b>Público</b> | <b>Privado</b> | <b>Total</b> |
|--|----------------|----------------|--------------|
| Unidade Básica de Saúde                                  | 4              | 0              | 4            |
| Consultório Isolado Médico                               | 0              | 1              | 1            |
| Consultório Isolado Odontológico                         | 0              | 2              | 2            |
| Hospital Geral (em Francisco Beltrão)                    | 3              | 1              | 4            |
| Centro Regional de Especialidades (em Francisco Beltrão) | 1              | 0              | 1            |
| Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia        | 0              | 1              | 1            |
| Unidade de Vigilância em Saúde                           | 1              | 0              | 1            |

**Quadro 21** – AIHs pactuadas para o ano de 2016.

| <b>Número de AIHS</b> | <b>Local</b>  |
|-----------------------|---|
| 18                    | Divididas entre Francisco Beltrão (14), Pranchita, Pato Branco, Campo Largo, Curitiba (4) |

**Quadro 22** - Recursos Humanos segundo categorias selecionadas (2017).

| <b>Categoria</b>      | <b>Total</b> | <b>Atende ao SUS</b> |
|-----------------------|--------------|----------------------|
| Médicos               | 5            | 5                    |
| Clínico Geral         | 4            | 4                    |
| Cirurgião dentista    | 5            | 2                    |
| Enfermeiro            | 5            | 5                    |
| Fisioterapeuta        | 2            | 1                    |
| Nutricionista         | 1            | 0                    |
| Farmacêutico          | 4            | 1                    |
| Assistente social     | 2            | 1                    |
| Psicólogo             | 2            | 1                    |
| Técnico de Enfermagem | 4            | 4                    |

**Quadro 23 - Série histórica de cobertura da APS , ESF e ESB**

| <b>Cobertura populacional</b>  | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Cobertura populacional estimada pelas equipes da APS                 | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        |
| Cobertura da ESF   | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        |
| Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        |

## **5. – Gestão em Saúde**

### **5.1 Planejamento, Descentralização e Regionalização:**

O planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Os gestores do setor saúde vem se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS desde sua criação. É importante reconhecer que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.

Há necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, com esse propósito, foram criados instrumentos básicos de gestão que dão expressão a este sistema são eles: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, aliado às reuniões de equipe para planejamento de ações.

A nova forma de gestão pública tem sido caracterizada pelo termo flexibilidade, envolvendo a idéia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. A descentralização, uma das diretrizes que orienta o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), gera a necessidade de pactuação entre as três esferas de governo e faz da área de saúde a política setorial que maior impacto vivencia entre as políticas públicas brasileiras.

A expressão concreta dada por essa dimensão política envolve questões complexas, principalmente quando se considera que, no setor saúde atuam e interagem distintos atores: população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais. Essas questões configuram um campo de atuação em que as instâncias organizativas do SUS podem e devem assumir papéis diferenciados de acordo com a natureza dos problemas em foco, adotando estratégias que variam segundo o cenário político e institucional.

A descentralização é um dos princípios do SUS que guarda maior transversalidade com os demais, podendo ser compreendido como estruturante das políticas de saúde nacionais.

O processo de Regionalização possibilita a construção coletiva dos municípios integrados nas regionais de saúde e, sobretudo a organização das ações e dos serviços de saúde, em busca do acesso, da equidade e a integralidade da atenção à saúde. Um bom exemplo disso é a Associação Regional de Saúde, que oferece atendimento em especialidades que os municípios, pequenos em sua maioria, não conseguem oferecer por conta própria à sua população.

## **5.2 Financiamento**

As ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências "fundo a fundo", realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências "fundo a fundo" e os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários

cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde.

#### **Quadro 24 - Série histórica de percentual aplicado em saúde pelo município**

| <b>ANO</b> | <b>2010</b>   | <b>2011</b>   | <b>2012</b>   | <b>2013</b>   | <b>2014</b>   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   |
|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>%</b>   | <b>18,90%</b> | <b>16,98%</b> | <b>19,43%</b> | <b>18,24%</b> | <b>17,84%</b> | <b>18,31%</b> | <b>17,85%</b> |

### **5.3 Participação Social:**

O controle social se resume na participação da população nas decisões de políticas de saúde, ocorrem especialmente através do Conselho Municipal de Saúde que reúne-se minimamente uma vez ao mês. No município o Conselho Municipal de Saúde é eleito por seus pares nas Conferências Municipais de Saúde, sendo com composição paritária, onde 50% são representantes de usuários, 25% representantes de trabalhadores em saúde, 12,5% representantes de gestores e 12,5% representantes dos prestadores de serviço. O Conselho Municipal de Saúde tem participado ativamente das decisões políticas de saúde, o que tem contribuído para a melhoria e aperfeiçoamento da saúde municipal, além das novas propostas para o trabalho em saúde.

São realizadas trimestralmente audiências públicas, para prestação de contas das ações e gastos realizadas no período.

Foi implantado no município a Ouvidoria Municipal, com o objetivo proporcionar ao cidadão um instrumento de defesa de seus direitos e um canal de comunicação com a administração pública e a secretaria municipal de saúde.

### **5.4 Gestão do Trabalho em Saúde**

Reconhecem-se o trabalhador como sujeito e agente transformador do ambiente, resgatando a efetividade e eficiência no Sistema Único de saúde. Os profissionais de saúde que atuam junto ao SUS no município são os seguintes: 01 secretário de saúde, 03 auxiliares administrativos, 05 médicos (04 clínicos, 01 geriatra), 05 enfermeiras, 04 técnicas de enfermagem, 01 farmacêutico, 02 dentistas, 02 auxiliar em saúde bucal, 01 técnica em higiene bucal, 04 motoristas, 01 fisioterapeuta, 12 agentes comunitários de saúde, 01 agentes de endemias, 04 auxiliares de serviços gerais, 01 psicóloga, 01 médica veterinária (VISA).

## **5.5 Educação em Saúde**

Educação em Saúde é um processo de trocas de saberes e experiências entre profissionais, usuários e gestores de saúde. Cada pessoa é valorizada como dono de um saber, um aprendiz e um educador. Esta prática visa a prevenção de doenças, a promoção da saúde e promove a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida, da sociedade ou até mesmo do ambiente profissional. Neste último caso, tornando a profissionalização mais dinâmica e eficiente, com difusão de tecnologias que asseguram à atualização e prestação de serviços de qualidade a população bem como para a implementação do processo de educação permanente que possibilitam a revisão do processo de trabalho vigentes. A Secretaria Municipal de Saúde apóia e incentiva a formação e a qualificação dos trabalhadores, segundo as necessidades das ações a serem desenvolvidas, visando resolutividade dos serviços prestados a população. São realizadas capacitações aos servidores da saúde através reuniões periódicas com as equipes, os temas e envolvem a qualidade e humanização no atendimento prestado aos usuários do SUS e população em geral, também vários profissionais participam de aperfeiçoamentos a nível regional e estadual. Salientando que os conhecimentos obtidos em reuniões e treinamentos são repassados à equipe ou aos profissionais interessados em atividades de educação continuada e/ou permanente e nas reuniões de equipe.

## **5.6 Informações em Saúde**

A secretaria municipal de saúde está informatizada e integrada através de um software de gestão municipal terceirizado para a integração dos diversos setores e também para facilitar o registro, monitoramento e avaliação de dados, está voltado para o cuidado do paciente, conta com cadastro de clientes, prontuário eletrônico, registro de preventivos e mamografias, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, controle odontológico, controle da farmácia, registro de reuniões, entre outros.

## **5.7 Infraestrutura**

A secretaria municipal de saúde conta com uma boa infraestrutura, distribuída da seguinte forma:

- Uma unidade básica de saúde NIS I, com 5 consultórios médicos, 1 consultório de psicologia, salas de acolhimento e classificação de risco, 2 consultórios

odontológicos, 3 sala de espera, recepção, agendamento, sala de vacinas, farmácia, sala de enfermagem, 2 salas do setor administrativo, 2 almoxarifados, 1 plantão de enfermagem, sala de emergência, sala de procedimentos, sala de inalação, 3 quartos para observação com total de 7 leitos, quarto para descanso da enfermagem, sala ginecológica, sala de reuniões, cozinha, lavanderia, sala de expurgo e de esterilização, lavanderia, 5 banheiros públicos, sendo 4 adaptados e 3 banheiros para funcionários, sendo 2 vestiários. O horário de funcionamento é das 7:30 às 17:00, sendo que existe um plantão com médico e equipe de enfermagem que funciona 24 horas.

- Um mini posto de saúde na linha Tiradentes com 01 consultório médico, 01 consultório odontológico, 01 sala de enfermagem, sala de espera e recepção, copa, 01 banheiro público e 01 banheiro para funcionários. Funcionamento somente quando há atendimento da equipe.
- Um mini posto de saúde na linha São Brás com 01 consultório médico, 01 consultório odontológico, 01 sala de enfermagem, sala de espera e recepção, copa, 01 banheiro público e 01 banheiro para funcionários, sala de reuniões. Funcionamento somente quando há atendimento da equipe.
- Um mini posto na linha Bandeirantes com 01 consultório médico, 01 sala de procedimentos de enfermagem, lavanderia, copa, recepção e 03 banheiros adaptados. Funcionamento somente quando há atendimento da equipe.

#### 6. – Diretrizes, Objetivos e Metas 2018-2021.

| <b>DIRETRIZ 1 : FORTALECIMENTO DA REDE MÃE PARANAENSE</b>   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| <b>OBJETIVO : Organizar e Qualificar a atenção materno Infantil</b>                                       |                      |   |
| <b>Meta 2018 - 2021</b>   | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>                                 |
| Ampliar para 85% das gestantes SUS com 7 ou mais consultas no pré-natal.                                  | 80% (2016)           | Proporção de gestantes SUS com 7 ou mais consultas de pré-natal.            |
| Vincular 100% das gestantes SUS ao hospital para a realização do parto, conforme estratificação de risco. | 100% (2016)          | Proporção de gestantes SUS vinculadas ao hospital para realização do parto. |
| Realizar no mínimo 3 testes de sífilis por gestante   | 1,3 (2016)           | Nº de testes de sífilis por gestante  |
| Reduzir o número de gestações na adolescência em 2%, entre 10   | 20% (2016)           | Proporção de gravidez na adolescência, entre 10 e 19 anos                   |

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| e 19 anos, em relação ao ano anterior.                                |                |   |
| Manter em zero o número de óbitos maternos.                           | 0<br>(2016)    | Número de óbitos maternos no ano.                               |
| Manter em zero o número de óbitos infantis.                           | 0<br>(2016)    | Número de óbitos infantis no ano.                               |
| Aumentar em 2% o número de partos normais em relação ao ano anterior. | 35%<br>(2016)  | Proporção de partos normais.                                    |
| Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.               | 100%<br>(2016) | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.   |
| Manter em zero o número de casos de sífilis congênita.                | 0<br>(2016)    | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano. |
| Realizar 100% a estratificação de risco das crianças até 2 anos.      | Zero<br>(2016) | Proporção de crianças estratificadas segundo o risco.           |
| Realizar investigação dos óbitos fetais e infantis.                   | 100%<br>(2016) | Proporção de óbitos infantis investigados.                      |

## **DIRETRIZ 2: FORTALECIMENTO DA REDE PARANÁ URGÊNCIA**

**OBJETIVO: Garantir acesso qualificado e resolutivo dos pacientes em situação de urgência e emergência aos serviços de referência da Rede de Atenção.**

| <b>Meta 2018 - 2021</b>  | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>                                    |
|--|----------------------|--|
| Reduzir em 5 % mortalidade por causas externas (cap.XX Cid 10) - n° absoluto   | 4<br>(2015)          | Número de óbitos por causas externas.  |
| Reduzir a mortalidade por doenças cerebrovasculares em 2,5%, (cap IX Cid 10) na faixa etária de 0 a 69 anos - n° absoluto                    | 2<br>(2015)          | Número de óbitos por doenças cerebrovasculares, na faixa etária de 0 a 69 anos |
| Manter cobertura do SAMU – 192 para 100% da população  | 100%<br>(2016)       | - percentual da população com cobertura do SAMU - 192                          |
| Ofertar atendimento qualificado a 100 % da população nas situações de Violência Sexual e outras Violências, com notificação no sistema SINAN | 1<br>(2016)          | Número de unidades que notificam violência sexual e outras violências.         |
| Implantar acolhimento com classificação de risco na atenção às condições agudas no NIS I.  |                      | Percentual de unidades com classificação de risco implantada.                  |

**DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL****OBJETIVO: Ampliar e qualificar o cuidado psicossocial no território**

| <b>Meta 2018 - 2021</b>   | <b>Linha de base</b>  | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>  |
|---|-----------------------|--|
| Aumentar em 20% ano o número de pacientes com estratificação de risco para saúde mental realizada   | 35<br>(2016)          | - número de pacientes com estratificação de risco em saúde mental.                             |
| Realizar registro de 100% das ações de matriciamento realizadas pelos profissionais de saúde mental | 99<br>(2016)          | Número de registros das ações de matriciamento realizadas pelos profissionais de saúde mental. |
| Manutenção do Comitê Municipal Intersetorial de saúde Mental  | 1<br>Comitê<br>(2016) | Número de Comitê implantado  |
| Ampliar as ações de educação permanente em saúde mental para os profissionais e comunidade          | 1<br>(2016)           | Número de ações de educação permanente   |
| Ampliar o número de grupos terapêuticos.  | 5<br>(2016)           | Número de grupos terapêuticos em funcionamento.  |

**DIRETRIZ 4: FORTALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE BUCAL****OBJETIVO: Organizar, de maneira articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal por meio de ações de promoção de saúde, prevenção e controle de doenças bucais.**

| <b>Meta 2018 - 2021</b>   | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>  |
|---|----------------------|--|
| Manter em 100% o percentual cobertura de saúde bucal.   | 100%<br>(2016)       | Percentual de cobertura de saúde Bucal na atenção básica.  |
| Reduzir em 5% o percentual de exodontia em relação aos procedimentos restauradores.                         | 9,09<br>(2016)       | Percentual de exodontia em relação aos procedimentos restauradores;  |
| Atingir 100% da estratificação dos cidadãos residentes no território de responsabilidade das equipes da ESB | 33%<br>(2016)        | Percentual de estratificação de cidadãos residentes no território.   |
| Realizar levantamento de cárie nas crianças de até 5 anos;  | Sem parâmetro        | Levantamento epidemiológico de crianças até 5 anos.<br>Número de atividades educativo-preventivas para escolares, docentes e familiares. |
| Fazer adesão ao laboratório de Prótese Dentária (LPD)   |                      | Número de próteses realizadas.   |

| <b>DIRETRIZ 05: IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO</b>                              |                      |  |
|--|----------------------|--|
| <b>OBJETIVO: Estruturar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.</b>              |                      |  |
| <b>Meta 2018 - 2021</b>  | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>  |
| Reduzir em 10% a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) nº absoluto                             | 6<br>(2015)          | Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (do aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas). |
| Manter em até 32% as internações por condições sensíveis a APS, na faixa etária acima de 60 anos | 34<br>(2015)         | Proporção de internações por causas evitáveis, na faixa etária acima de 60 anos.   |
| Ampliar para 95% a estratificação de risco para Fragilidade de idosos.                           | 90%<br>2016          | Percentual de idosos vinculados a atenção primária com Estratificação de Risco para Fragilidade do Idoso   |

| <b>DIRETRIZ 06: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>   |                      |  |
|--|----------------------|--|
| <b>OBJETIVO: Qualificar as ações e serviços, promovendo a integralidade e a equidade nas Redes de Atenção à Saúde.</b> |                      |  |
| <b>Meta 2018 - 2021</b>  | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>  |
| Realizar reforma/ampliação da unidade básica de saúde NIS I  |                      | Reforma realizada.   |
| Aquisição de veículo para transporte sanitário.  |                      | Aquisição de 1 ambulância.   |
| Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária   | 100%<br>(2016)       | Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Primária.   |
| Reduzir em 1% as internações para causas sensíveis a Atenção Primária  | 21,6%<br>(2016)      | Proporção de internações por causas sensíveis a Atenção Primária   |
| Atingir a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 0,9 na população-alvo                                    | 0,89%<br>(2016)      | Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária |
| Atingir 0,4 na razão de mamografias realizadas na população-alvo.  | 0,35%<br>(2016)      | Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária                        |
| Realizar adesão das equipes no processo de TUTORIA   | 0<br>(2016)          | Percentual de Adesão das UBS na Tutoria  |

| <b>DIRETRIZ 07: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
| <b>OBJETIVO: Promover a intersectorialidade no desenvolvimento das ações e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.</b> |                           |   |
| <b>Meta 2018 - 2021</b>   | <b>Linha de base</b>      | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>   |
| Manter acima de 80% o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.   | 86,6 (2016)               | Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na Saúde. |
| Instituir Programa de Educação Permanente de Promoção da Saúde para usuários e profissionais de Saúde.  | 1 grupo 7 reuniões (2016) | Cronograma de Ações encaminhado a Regional de Saúde e número de ações realizadas                    |
| Identificar e testar 100% dos Sintomáticos Respiratórios  | 18% (8) (2016)            | Nº de indivíduos: 44  |
| Manter o Programa de Controle do Tabagismo  | 7 capacitados             | Número de profissionais capacitados<br>Número de grupos realizados.                                 |
| Manter adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE)   |                           | Adesão ao PSE   |

| <b>DIRETRIZ 08 : FORTALECIMENTO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA ATENÇÃO EM SAÚDE</b>   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| <b>OBJETIVO : Organizar e Qualificar a atenção ambulatorial secundária em parceria com o Centro Regional de Especialidades - CRE, a partir da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC</b> |                      |   |
| <b>Meta 2018 – 2021</b>   | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>                                   |
| Atingir 100% o número de estratificações de crianças menores de 01 ano  | Não realizado (2016) | Percentual de crianças menores de 01 ano com estratificação de risco pela APS |
| Atingir 90% o número de estratificações de hipertensos.   | Não realizado (2016) | Percentual de hipertensos com estratificação de risco pela APS                |
| Atingir 90% o número de estratificações de diabéticos   | Não realizado (2016) | Percentual de diabéticos com estratificação de risco pela APS                 |
| Manutenção de contrato com CRE- ARSS  | Ativo                | Contrato com CRE – ARSS ativo   |
| Participar 100% das reuniões convocadas regionalmente   | Sem parâmetro        | Número de reuniões com participação da equipe municipal.                      |

| <b>DIRETRIZ 9: FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA REGIONAL</b>                         |                      |   |
|--|----------------------|---|
| <b>OBJETIVO 1: Fortalecer a CIBR – Comissão Intergestores Bipartite Regional</b> |                      |   |
| <b>Meta 2018 – 2021</b>  | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b> |
|  |                      |   |

|  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| Manter a participação nas reuniões da CIB Regional e Grupos Técnicos |  | Número de reuniões realizadas |
|--|--|-------------------------------|

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| <b>DIRETRIZ 10: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>  |                      |   |
| <b>OBJETIVO: Promover o acesso da população aos medicamentos contemplados nas políticas públicas e ao cuidado farmacêutico qualificado.</b> |                      |   |
| <b>Meta 2018 – 2021</b>   | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>                                   |
| Implantar REMUME – Relação Municipal de Medicamentos.   |                      | Implantar REMUME – Relação Municipal de Medicamentos.                         |
| Utilizar 100% do incentivo da organização da assistência farmacêutica (IOAF).   |                      | Utilizar 100% do incentivo Da organização da assistência farmacêutica (IOAF). |

|   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| <b>DIRETRIZ 11 : FORTALECIMENTO DA POLITICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>  |                           |  |
| <b>OBJETIVO: Analisar a situação da saúde, identificar e controlar determinantes e condicionantes, riscos e danos à prevenção e promoção da saúde, por meio das ações de vigilância epidemiológica.</b> |                           |  |
| <b>Meta 2018 – 2021</b>   | <b>Linha de base</b>      | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>  |
| Investigar 100% dos óbitos infantis e 100% fetais   | AC (2016)                 | Proporção de óbitos infantis e fetais investigados em até 120 dias   |
| Investigar 100% dos óbitos maternos   | AC (2016)                 | Proporção de óbitos maternos declarados e investigados em até 120 dias   |
| Monitorar 100% casos novos no sinan de sífilis congênita em menores de 1 (um ano de idade)  | AC (2016)                 | Proporção de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade notificados e avaliados com tratamento adequado ao nascer |
| Alcançar coberturas vacinais do calendário básico de vacinação no município 95%   | FA e VTV Não atingiu 2016 | Proporção de vacinas do calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal adequada.                                    |
| Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial para 100%  | AC (2016)                 | Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial  |
| Realizar testagem para HIV de todos os casos novos de tuberculose (100%)  | AC (2016)                 | Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose   |
| Manter em 98% no mínimo a proporção de registro de óbitos com causa básica definida   | 96,55 (2016)              | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida  |
| Encerrar a investigação de pelo menos 80% dos casos de  | AC (2016)                 | Proporção de casos de notificação compulsória imediata DNCI encerradas em até 60 dias após   |

|  |              |   |
|--|--------------|---|
| Doenças de Notificação Compulsória Imediata(DNCI) registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação |              | notificação   |
| Manter em zero os caso de AIDS em menores de 5 anos.   | AC (2016)    | Nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade na população da mesma faixa etária. |
| Realizar notificação de violência interpessoal e autoprovocada   | 1 UBS (2016) | Número de unidades notificadoras.<br>Número de notificações.                                |
| Elaboração de planos de contingência para enfrentamento de situações de epidemia ou pandemia.                          | 0            | Numero de plano de Contingência elaborados.   |

**DIRETRIZ 12: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

**OBJETIVO : estimular o gerenciamento participativo, a comunicação interna e a relação interpessoal entre os quadros institucionais; fortalecer as atividades de gestão estratégica e de planejamento das metas e ações; estimular o fator motivacional como canalizador dos processos de eficiência e qualidade; estabelecer melhor controle dos equipamentos tecnológicos e materiais; valorizar os recursos humanos; desenvolver e modernizar a estrutura administrativa e financeira da secretaria.**

| <b>Meta 2018 - 2021</b>  | <b>Linha de base</b> | <b>Indicador para monitoramento da meta</b>                   |
|--|----------------------|---|
| Aplicar anualmente no mínimo 15% de recurso próprio  | 17,85 (2016)         | Percentual de recursos próprios utilizados na saúde municipal |
| Manter atualizado 100% dos dados disponibilizados no SIOPS                                       | 100% (2016)          | Percentual de dados disponibilizados no SIOPS                 |
| Realizar a cada quatro meses audiência pública de prestação de contas nas Câmaras Municipais     | 3 (2016)             | Nº de audiências públicas para prestação de contas            |
| Ampliar e manter sistema de informação em saúde com prontuário eletrônico                        |                      | Sistema de informações implantado com prontuário eletrônico.  |
| Buscar a participação de 100% nas reuniões regionais estaduais e federais convocadas             |                      | Percentual de participação em reuniões de gestores            |
| Manter 100% das pactuações municipais, estaduais e federais junto ao Conselho Municipal de Saúde | 100% (2016)          | Percentual de pactuações aprovadas pelo CMS                   |
| Manter 100% das parcerias de convênios aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde                | 100% (2016)          | Percentual de parcerias e convênios aprovados pelo CMS        |
| Manter 100% de percentual de   | 100%                 | Percentual de projetos encaminhados ao MS                     |

|  |        |  |
|--|--------|--|
| projetos aprovados.  | (2016) | aprovados pelo CMS   |
| Promover no mínimo três oficinas de capacitação planejamento e programação |        | Nº de oficinas de capacitação em planejamento e programação realizadas ao ano. |

**DIRETRIZ 13 : OUVIDORIA COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO E CIDADANIA**

**OBJETIVO:** intensificar ações junto aos gestores de saúde, visando ampliar o número de ouvidorias e desenvolver estratégias para que a ouvidoria se efetive como um instrumento de gestão e cidadania.

| Meta 2018 - 2021                      | Linha de base | Indicador para monitoramento da meta   |
|---------------------------------------|---------------|--|
| Manter Ouvidoria municipal implantada | 1<br>(2016)   | Número de ouvidorias implantadas com as adequações conforme normas estabelecidas |
| Realizar uma capacitação ao ano       | 0<br>(2016)   | Número de capacitações realizadas  |

**DIRETRIZ 14: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NOS SUS**

**OBJETIVO 1:** Auxiliar na construção, deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS

| Meta 2018 - 2021   | Linha de base  | Indicador para monitoramento da meta   |
|--|----------------|--|
| Fiscalizar, analisar e deliberar 100% dos instrumentos de gestão | 100%<br>(2016) | Percentual de cumprimento (fiscalização e análise) de cada instrumento de gestão |
| Realizar 01 Conferência Municipal de Saúde a cada 04 anos        |                | Nº de Conferências realizadas  |
| Executar a resolução SESA/programa/plano de ação dos recursos    |                | Recursos alocados utilizados para os Conselhos Municipais de Saúde               |
| Cadastrar e atualizar 100% dos conselheiros                      |                | Cadastro no SIACS  |

**OBJETIVO 2:** Fortalecer e melhorar a qualificação dos Conselheiros Municipais de Saúde

|  |             |  |
|--|-------------|--|
| Realizar 01 capacitações ao ano para os conselheiros municipais de saúde | 1<br>(2016) | Número de capacitações realizadas ao ano |
|--|-------------|--|

