

SECRETARIA MUNICIPAL DE **SAÚDE**



Prefeitura de

UNIÃO DA VITÓRIA

Secretaria de **Saúde**

PLANO MUNICIPAL DE **SAÚDE**

2022 2025

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIÃO DA VITÓRIA
2022-2025**

Atualização em 21/09/23

UNIÃO DA VITÓRIA – PR

BACHIR ABBAS
PREFEITO MUNICIPAL DE UNIÃO DA VITÓRIA

CARLOS DIEGO TRAIN
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE 2019/2022 (MESA DIRETORA)

MARLENE SONNENSTRAHL
PRESIDENTE

CAROLINE JUNG
VICE - PRESIDENTE

DENIZE AP. WONSOWSKI
PRIMEIRO SECRETÁRIO

EVELI DA COSTA SILVA
SEGUNDO SECRETÁRIO

MENSAGEM DO SECRETÁRIO DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

A elaboração do Plano Municipal de Saúde de União da Vitória necessita considerar aspectos relevantes como a realidade dos serviços ofertados, as demandas existentes e a sensibilidade social. A Secretaria Municipal de Saúde lança o Plano Municipal de Saúde para os anos de 2022-2025 contemplando o momento pandêmico qual ainda estamos ultrapassando. A proposta é de uma adequação ao serviço prestado, voltada para a necessidade da população, de um serviço público bem-estruturado, de um sistema organizado e que seja, de fato, de universalidade, de integralidade e com equidade, conforme os princípios e as diretrizes do SUS. A partir de contato permanente com a sociedade e com os prestadores envolvidos no sistema queremos criar mecanismos de acesso, com respeito ao cidadão, sempre com vistas a superar as adversidades e os obstáculos, mas visando um cuidado ímpar na busca de um sistema humanizado e respeitoso. Com o apoio de todos os setores que competem a Secretaria de Saúde, o Plano Municipal de Saúde foi criado para nortear as tomadas de decisões para assim alcançar o melhor resultado possível referente ao atendimento ao município de União da Vitória. Buscamos proporcionar ao usuário do sistema o maior conforto com processos simples que alcancem o objetivo almejado além de principalmente ofertar um serviço voltado à atenção primária priorizando os cuidados e prevenção de doenças que acometem um número expressivo de pessoas. O diagnóstico situacional da região foi intrínseco para chegarmos à conclusão de que a população necessita de atendimento rápido e eficaz sendo em qualquer especialidade ofertada assim como acompanhamento e controle para que envelheçam com saúde aumentando a expectativa de vida de cada União Vitorienense.

Carlos Diego Train

Secretário Municipal de Saúde de União da Vitória

MENSAGEM DA PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO 2019- 2022

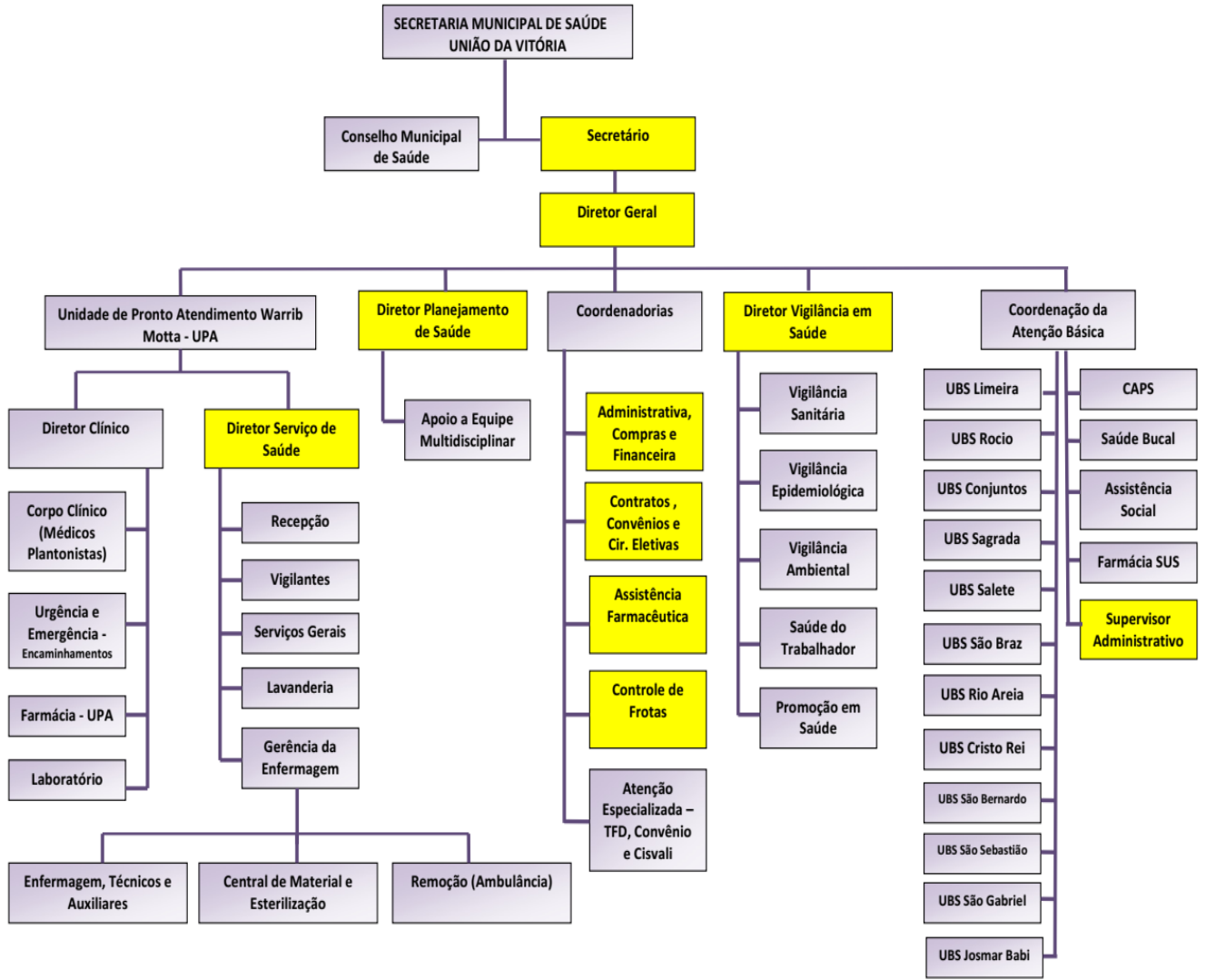
Prezados Conselheiros de Saúde do SUS de União da Vitória, estamos lhe entregando o fruto de um trabalho que teve seu início nas diretrizes emanadas nas Conferências Locais de Saúde, chegando posteriormente à Conferência Municipal de Saúde em 14 e 15 de fevereiro de 2019.

Elaborar um Plano Municipal de Saúde, de forma a atender as necessidades, pôr prioridades, é uma tarefa complexa face à abrangência de sua ação. Nesta perspectiva, tanto a Lei Orgânica do SUS, nº 8080/90, quanto a normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as Normas Operacionais Básicas - NOB 01/93 e 01/96, e a partir de 2007 a adoção do Pacto de Gestão, estabelecem a necessidade do planejamento das ações de Saúde, bem como a aprovação pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde. Neste plano estão contidos todos os dados relativos à área, os quais compõem o diagnóstico da saúde no Município, embasando o plano de saúde, para que suas diretrizes sejam de fato, voltadas à realidade em decorrência, que os acertos sejam sucessivos.

O Plano Municipal de Saúde irá estabelecer as prioridades para o período de quatro anos, sendo de 2022 a 2025. Porém o Conselho Municipal de Saúde terá poderes para avaliar e atualizar as metas e prioridades nele contidas, conforme mudanças ocorridas na realidade que envolve a população de nosso Município, além de que o plano poderá e deverá passar por adaptações anualmente, de forma a corrigir as distorções e rever necessidades não contempladas no documento original.

Marlene Sonnenstrahl
Presidente do Conselho Municipal de Saúde
União da Vitória - PR

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Presidente: Carlos Diego Train

Membros:

Marlene Sonnenstrahl – Conselho Municipal de Saúde

Ester Ruby – Coordenação APS

Viviana Peters Kozakiewicz – Administrativo APS- SMS

Andrea Grando – Coordenação de Saúde Bucal

Ederson Vogel – Vigilância Epidemiológica

Claudia Moema Zaions – CAPS e Saúde Mental

Glaucia Foggiatto – Saúde Mental

Vanessa Bostelmann – Assistência Farmacêutica

Maurem Fernanda Karpovcz – Assistência Social

Larissa Coas – Vigilância e Segurança Alimentar

COLABORADORES

Equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde

Gestores da Secretaria Municipal de Saúde

Prestadores e usuários do SUS – União da Vitória

CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Gestores	
Titular	Suplente
Nome: Fernanda Helena Sales 6ª Regional de Saúde	Nome: Denize Aparecida Teixeira 6ª Regional de Saúde
Nome: Silvia Regina de Andrade Secretaria Municipal de Saúde	Nome: Ester de França Ruby Secretaria Municipal de Saúde
Nome: Mavia Viviane Maciel Sodré Secretaria Municipal de Assistência Social	Nome: Cleonice Martinazzo Moller Secretaria Municipal de Assistência Social
Prestadores	
Titular	Suplente
Nome: Rosane Bilinski Associação de Proteção a Maternidade e Infância (APMI)	Nome: Gislaine Cristina Borini Associação de Proteção a Maternidade e Infância (APMI)
Nome: Caroline Jung Laboratório de Análises Clínicas Willy Jung	Nome: Lourdes J. dos Santos Laboratório de Análises Clínicas Willy Jung
Nome: Cássia Roseliane Minatti Rede Feminina de Combate ao Câncer Regional de União da Vitória	Nome: Mauren Fernanda Karpovicz Rede Feminina de Combate ao Câncer Regional de União da Vitória
Trabalhadores de Saúde	
Titular	Suplente
Nome: Vanessa Mara de Lima Bostelmann Conselho Regional de Farmácia	Nome: Evelyn Karina da Silva Conselho Regional de Farmácia
Nome: Tatiana Scalet Conselho Regional de Fonoaudiologia – CREFONO	Nome: Silvana Luiza Waldraff Conselho Regional de Fonoaudiologia – CREFONO
Nome: Thaymã Cavon Antunes Sznycer Conselho Regional de Psicologia	Nome: Cinthya Ciola da Costa Senkiv Conselho Regional de Psicologia
Nome: Marlene Sonnenstrahl Núcleo Regional de Assistência Social (Nucess)	Nome: Lucimara Dayane Amarantes Núcleo Regional de Assistência Social (Nucess)
Nome: Wagner Ozório de Almeida Conselho Regional de Nutrição	Nome: Patrícia Candido Conselho Regional de Nutrição
Nome: Cleide Adriana Carvalho Gruber Conselho Regional de Odontologia	Nome: Andrea Grando Conselho Regional de Odontologia

Usuários	
Titular	Suplente
Nome: Salete Maria de Lima Venâncio Associação de Apoio Para Dependentes do Álcool e outras Drogas	Nome: Maria Isabel Scistowsk Associação de Apoio Para Dependentes do Álcool e outras Drogas
Nome: Eva Maria de Fatima Bracker Associação de Moradores Jacyra Anibelli	Nome: Marcia Graciliano Associação de Moradores Jacyra Anibelli
Nome: Irmgard Guth Kukla Associação do São Domingos	Nome: Marilene Aparecida Muller Correia Associação do São Domingos
Nome: Izaura Marins de Oliveira Associação dos Moradores Limeira	Nome: Letícia Franklin Ubinski Associação dos Moradores Limeira
Nome: Gislaine Carla Azeredo Associação Profeta Daniel	Nome: Antonio Edison da Silva Associação Profeta Daniel
Nome: Patrick Tavares Zin Fundação Hermon	Nome: Lauro Mano Junior Fundação Hermon
Nome: Ir. Reginalva A. Pereira Associação Santa Clara	Nome: Ir. Raimunda da Silva Associação Santa Clara
Nome: Maria Andréia Carvalho de Godoy Associação de Moradores do São Gabriel	Nome: Ellen Milena C de Godoy Associação de Moradores do São Gabriel
Nome: Eufrazio Xavier de Barros APADAF	Nome: Sandra Mara Paulichen Wimmer APADAF
Nome: Valdomiro Costa Rayzer Associação dos Moradores Muzzolon	Nome: Patrícia Gomes Associação dos Moradores Muzzolon
Nome: Iomar Otto ARES	Nome: Maria Singeski ARES
Nome: Denize Ap.W.Stahniak Associação da Cidade Jardim	Nome: Suziane de Fátima Grobb Associação da Cidade Jardim

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Imagem de União da Vitória	24
Figura 2-Localização de União da Vitória no Paraná – PR	25
Figura 3-Limites entre municípios.	26
Figura 4-População no último censo	30
Figura 5-Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória,2000.....	31
Figura 6-Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória, 2010.....	31
Figura 7-Índice de Desenvolvimento Humano Municipal União da Vitória - IDHM.....	34
Figura 8- Percentual da população com rendimento nominal mensal.....	38
Figura 9-Taxa de escolarização em União da Vitória.....	39
Figura 10- Organograma Visa	125
Figura 11- Unidades de Saúde e área de abrangência, União da Vitória, 2021	140
Figura 12- Saída por Unidade	152
Figura 13- Ciclo de Assistência Farmacêutica.....	163
Figura 14- Relatório de Estoque: Saída de produtos sintéticos.....	175
Figura 15- Saída sintética por ação terapêutica	175
Figura 16- Fluxograma Simplificado do Processo de Agendamento Ambulatorial no SISREG	202
Figura 17 - Fluxograma de Envio e Acompanhamento da Fila de Espera e Regulação Médica	203

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Evolução casos de COVID-19 confirmados período 20/03/2020 a 07/05/2021 – União da Vitória	84
Gráfico 2- Porcentagem por espécie encontrada em 2020.	93
Gráfico 3- Imóveis trabalhados até abril de 2021	94
Gráfico 4- Porcentagem por espécie encontradas de janeiro a abril de 2021.	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distância entre Município e Municípios de Referência.....	28
Tabela 2- População Geral	29
Tabela 3- Densidade Demográfica	29
Tabela 4- População área urbana e rural	30
Tabela 5- Estimativa Populacional.....	32
Tabela 6- Taxa de Crescimento Populacional	33
Tabela 7- Indicadores Demográficos.....	34
Tabela 8- Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)- União da Vitória 2010	35
Tabela 9- População ocupada por atividade econômica	36
Tabela 10- Organização Social população ativa	37
Tabela 11- Número de domicílios particulares permanentes, segundo algumas características	39
Tabela 12- Taxa de analfabetismo segundo faixa etária	39
Tabela 13- Número de domicílios recenseados segundo tipo e uso - 2010.....	40
Tabela 14- Série Histórica de Nascidos Vivos – 2016 a 2020	41
Tabela 15- % de gestantes com 7 ou mais consultas de Pré-Natal no ano de 2020.	42
Tabela 16- Proporção em números absolutos de tipo de parto por ano de nascimento	43
Tabela 17- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	45
Tabela 18- mortalidade por grupo de causas em União da Vitória	47
Tabela 19- Série Histórica de Óbitos por Causas Externas – União da Vitória 2015 - 2019	49
Tabela 20- Série Histórica de Óbitos por Causas Externas Segundo Faixa Etária- União da Vitória 2015 -2019	49
Tabela 21- Óbitos maternos.....	51
Tabela 22- Investigação de óbitos em MIF	53
Tabela 23- Número de óbitos infantis de 2009 a 2020 em União da Vitória	54
Tabela 24- Coeficiente de mortalidade infantil de 2018 a 2020 em União da Vitória.	54
Tabela 25- Óbitos infantis segundo faixa etária, de 2016 a 2020	55
Tabela 26- Óbitos infantis segundo evitabilidade.....	57
Tabela 27- Número de óbitos fetais.....	60

Tabela 28- Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.....	62
Tabela 29- Cobertura vacinal e homogeneidade – 2016-2020.....	65
Tabela 30- Doenças de notificação compulsória imediata encerradas até 60 dias após investigação	67
Tabela 31- Casos de HIV/Aids de 2016 a 2020	68
Tabela 32- Sífilis congênita de 2016 a 2020	70
Tabela 33- Sífilis em gestante	70
Tabela 34- Sífilis adquirida na população em geral	71
Tabela 35- Série histórica de casos de tuberculose por ano de diagnóstico 2011-2020	73
Tabela 36- Casos de Hanseníase de 2011 a 2020.....	76
Tabela 37- Grau de incapacidade física	78
Tabela 38- Número de casos de hepatites B e C por ano de diagnóstico – 2016-2020	80
Tabela 39- Proporção de óbitos e casos confirmados	83
Tabela 40- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências - 2016 a 2020.....	86
Tabela 41- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo sexo - 2016 a 2020	86
Tabela 42- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo tipo - 2016 a 2020	87
Tabela 43- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, local de ocorrência - 2016 a 2020.....	87
Tabela 44- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por faixa etária - 2016 a 2020.....	87
Tabela 45- Percentual de cumprimento da diretriz nacional do plano de amostragem para os parâmetros de cloro residual livre, turbidez e coliformes totais no município.	97
Tabela 46- Proporção de ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue realizada 2020.....	98
Tabela 47- Série Histórica de Agravos, taxas e índices relacionados a ações de VISA	99
Tabela 48- Cobertura populacional Equipes de Atenção Básica.....	102
Tabela 49- Cobertura populacional de ACS.....	102

Tabela 50- Equipes Secretária de Saúde	102
Tabela 51- Quadro Funcional	103
Tabela 52- Programa ART	104
Tabela 53- Resolutividade Equipe Saúde bucal.....	104
Tabela 54- Resolutividade da Saúde Bucal do município.....	105
Tabela 55- Indicador de exodontia	105
Tabela 56- Cobertura de Saúde Bucal.....	106
Tabela 57- Cobertura populacional saúde bucal.....	106
Tabela 58- Consultas Odontológicas	107
Tabela 59- Ações de combate ao Câncer Bucal	108
Tabela 60- Ações Coletivas Preventivas	108
Tabela 61- Metas alcançadas nos exames citopatológicos	109
Tabela 62- Metas alcançadas nos exames de mamografia	109
Tabela 63- Produção Ambulatorial de Consultas Médicas Segundo CBO, Média Anual de 2015 a 2020	112
Tabela 64- Análise das Especializadas da Atenção Secundária Segundo Demanda e Tempo Médio de Atendimento.....	114
Tabela 65- Série Histórica Hospitalar de Grupo de Procedimentos.....	118
Tabela 66- Recursos Humanos.....	121
Tabela 67- Estrutura da Vigilância	122
Tabela 68- Estrutura Visa.....	125
Tabela 69- Atividades pactuadas Visa	128
Tabela 70- Sistemas de Informação Visa.....	133
Tabela 71- Linhas de cuidado	147
Tabela 72- Estratificação	147
Tabela 73- Quantitativo de Profissionais da Assistência Farmacêutica	149
Tabela 74- Quantitativo de estagiários farmácia	150
Tabela 75- Estabelecimentos	150
Tabela 76- Comissão farmacêutica	156
Tabela 77- Financiamento da Assistência Farmacêutica	158
Tabela 78- Medicamentos referenciados.....	161
Tabela 79- Demais fármacos empregados	161
Tabela 80- População residente por Estado da região sul segundo a existência de algum tipo de deficiência – Paraná, 2010.....	178

Tabela 81- Urgência e emergência cobertura.....	188
Tabela 82- Dimensionamento das demandas de urgência- Classificação de Risco no ano de 2019 - UPAS	189
Tabela 83- Estrutura física UPA	191
Tabela 84- Equipamentos UPA	193
Tabela 85- Veículos transporte TFD.....	208
Tabela 86- Percentual do Orçamento Municipal Gasto em Saúde – União da Vitória, 2015 - 2020.....	212
Tabela 87- Qualificação da gestão em saúde.....	215
Tabela 88- Fortalecimento da Rede de Atenção	216
Tabela 89- Qualificação da Vigilância em Saúde.....	220
Tabela 90- Fortalecimento da gestão do trabalho.....	222
Tabela 91- Fortalecimento do controle social	223

SUMÁRIO

1.	ANÁLISE SITUACIONAL.....	24
1.1.	Características gerais do município de União da Vitória.....	24
1.1.1.	Origem e formação	24
1.1.2.	Estado/Região/Município	25
1.1.3.	Mapa do Município	25
1.1.4.	Limites do Município	25
1.1.5.	Principais rodovias.....	26
1.1.6.	Municípios abrangentes.....	27
1.1.7.	Distância média do centro de referência da região e da capital.	27
2.	PERFIL DEMOGRÁFICO	29
2.1.	Distribuição da população geral estimada	29
2.2.	Densidade demográfica (número de habitantes por km ²).....	29
2.3.	População residente na área rural e área urbana, distribuído anualmente ..	30
2.4.	Pirâmide etária	31
2.5.	População segundo faixa etária	32
2.6.	Taxa de crescimento populacional	32
3.	PERFIL SOCIOECONÔMICO	34
3.1.	Índice de Desenvolvimento Humano	34
3.2.	Principais atividades econômicas e de organização social.	36
3.3.	Trabalho e rendimento.....	38
3.4.	Condições do domicílio: água, esgoto, lixo e rede elétrica	38
3.5.	Escola: taxa de escolarização e taxa de analfabetismo	39
3.6.	Habitação	40
4.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	41
4.1.	Natalidade e fecundidade	41
4.2.	Número de nascidos vivos.....	41
4.3.	Número de consultas de pré-natal.....	42
4.4.	Tipo de parto	43
4.5.	Gravidez na adolescência	44
4.6.	Mortalidade.....	45
4.6.1.	Principais causas de óbito por capítulo CID10 2015-2019	46
4.6.2.	Mortalidade por causas externas.....	48

4.7.	Mortalidade materna.....	50
4.7.1.	Razão de mortalidade materna	50
4.7.2.	Proporção de investigação de óbitos MIF.....	52
4.8.	Mortalidade infantil.....	53
4.9.	Mortalidade fetal	59
4.10.	Morbidade.....	61
4.11.	Doenças transmissíveis e imunopreveníveis.....	64
4.12.	Cobertura Vacinal	64
4.13.	Doenças de notificação compulsória	66
4.14.	Agravos e doenças transmissíveis	67
4.14.1.	HIV/AIDS	67
4.14.2.	Número de casos de sífilis congênita, sífilis em gestantes e sífilis adquirida.....	69
4.15.	Tuberculose	71
4.16.	Hanseníase	75
4.16.1.	Proporção de diagnósticos de hanseníase com grau de incapacidades físicas	76
4.17.	Hepatites	78
4.18.	COVID 19	80
4.19.	Violência interpessoal e autoprovocada	84
5.	Vigilância Sanitária	88
6.	Vigilância Ambiental	90
6.1.	Plano Municipal de Contingenciamento da Dengue	90
6.2.	Febre Chikungunya	91
6.3.	Febre Zika	92
6.4.	Febre Amarela.....	92
6.5.	Situação local da Dengue.....	93
6.6.	Objetivos do Programa Nacional de Controle da Dengue e do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia.....	95
6.6.1.	Objetivo Geral.....	95
6.6.2.	Objetivos Específicos	95
6.7.	Vigilância Ambiental – Biológico.....	97
6.8.	Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	98
6.8.1.	Objetivos:.....	99
7.	PERFIL ASSISTENCIAL	101

7.1.	Atenção Primária à Saúde.....	101
7.1.1.	Cobertura da Atenção Básica, adesões e cobertura de ACS	101
7.2.	Cobertura de Saúde Bucal, potencial de adesão, resolutividade do Programa ART, exodontias.....	102
7.2.1.	Cobertura de Saúde Bucal, potencial de adesão, resolutividade programa ART, exodontias.....	104
7.3.	Razão de exames citopatológicos e de mamografia realizadas	109
8.	Atenção Especializada	110
8.1.	Especialidades atendidas via CISVALI – através do agendamento de União da Vitória:	110
8.2.	Exames realizados via Consórcio CISVALI – através do agendamento de União da Vitória:.....	110
8.3.	Produção de consultas médicas especializadas no SUS 2015-2020	112
9.	REDE DE ATENÇÃO, ESTRUTURA FÍSICA E SERVIÇOS DE SAÚDE ...	115
9.1.	Vigilância em Saúde	115
9.1.1.	Setor de Vigilância Epidemiológica do Município de União da Vitória	115
9.2.	Vigilância Sanitária	121
9.2.1.	Organização da Vigilância Sanitária no Município.....	121
9.2.1.1.	Estrutura física: onde está localizado, área em metragem, etc.	121
9.2.2.	Recursos Humanos em 2021	121
9.2.3.	Listar os equipamentos existentes.....	122
9.2.4.	Organograma da VISA:	125
9.3.	Estabelecimentos da Vigilância Sanitária de média e alta complexidade, número de estabelecimentos, gestor responsável e metas de inspeção.	125
9.3.1.	Atividades de VISA executadas pelo Município:.....	125
9.3.1.1.	Estrutura:	125
9.3.1.2.	Atividades pactuadas:.....	128
9.3.1.3.	Sistemas de Informação	133
9.3.2.	Outras informações	134
9.3.3.	Estrutura legal	134
9.3.4.	Estrutura administrativa e operacional.....	134
9.3.5.	Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário.....	135
9.3.5.1.	Produtos, serviços e ambientes de interesse a saúde:.....	135
9.3.6.	Educação e comunicação em saúde para a sociedade:.....	136

9.3.7. Ações integrais de saúde:	136
9.3.8. Ações intersetoriais	137
9.3.9. Ações laboratoriais	137
9.3.10. Ações para contingenciamento da Pandemia do SARS-COV-2.....	137
9.3.11. Metas Específicas para o COVID-19.....	138
9.4. Atenção Primária à Saúde.....	138
9.4.1. Linha de cuidados Materno Infantil.....	141
9.4.2. Linha de cuidados do hipertenso/diabético.....	143
9.4.3. Atenção à Saúde do Adulto e Linha de Cuidados do Idoso.....	144
9.4.4. Linha de Cuidados em Saúde Mental.....	145
9.4.5. Equipe Multiprofissional da SMS	146
9.4.6. Saúde Bucal	146
9.4.7. Percentual de implantação das Linhas de Cuidado no Município de União da Vitória	147
9.5. Assistência Farmacêutica.....	147
9.5.1. Organização da assistência farmacêutica no município	149
9.5.1.1. Recursos Humanos	149
9.5.1.2. Estrutura Física Farmácia Municipal e CAF	151
9.5.1.3. Estrutura Física Farmácia e Almoxarifado UPA	154
9.5.2. Remume, Comissão de farmácia e terapêutica.....	156
9.5.3. Componentes da Assistência Farmacêutica.....	157
9.5.3.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica- CBAF.....	157
9.5.3.2. Componente estratégico da assistência farmacêutica.....	159
9.5.3.3. Componente especializado da assistência farmacêutica	159
9.5.3.4. Programas especiais da SESA- PR.....	160
9.5.3.5. Suplementação Nutricional.....	160
9.5.3.6. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, do governo Federal	161
9.5.3.7. Medicamentos não constantes na Lista Básica de Medicamentos do Município.....	162
9.5.3.8. Judicialização de medicamentos	162
9.5.3.9. Ciclo da Assistência Farmacêutica	163
9.5.3.10. Padronização/ Seleção.....	164
9.5.3.11. Comissão de Farmácia e Terapêutica	166
9.5.3.12. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.	166

9.5.3.13.	Programação	167
9.5.3.14.	Programação através do gerenciador de recursos: Consórcio Paraná Saúde	168
9.5.3.15.	Programação de medicamentos através de licitações.....	168
9.5.3.16.	Programação do programa de Hipertensão e Diabetes.....	169
9.5.3.17.	Programa Diabetes Mellitus para pacientes insulino dependentes	169
9.5.3.18.	Programa de controle ao tabagismo	170
9.5.3.19.	Programa Saúde da Mulher.....	170
9.5.3.20.	Programa de Saúde Mental.....	171
9.5.3.21.	Programa da Síndrome Gripal e/ou Doença Respiratória Aguda Grave	171
9.5.3.22.	Aquisição/ Solicitação.....	171
9.5.3.23.	Armazenamento de medicamentos	172
9.5.3.24.	Distribuição.....	173
9.5.3.25.	Controle de distribuição de medicamentos.....	173
9.5.3.26.	Dispensação.....	173
9.5.3.27.	Demonstrativo de dispensação.....	174
9.5.3.28.	Necessidades a serem atendidas na Assistência Farmacêutica	175
9.6.	Rede de Atenção Psicossocial	177
9.6.1.	Ações para realização nos próximos anos no CAPS:	177
9.7.	Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.....	178
9.8.	Testes de Triagem Neonatal	179
9.9.	Ações de promoção da alimentação saudável e atenção nutricional	180
9.10.	Vigilância Alimentar e Nutricional	181
9.11.	SISVAN	181
9.12.	HIPERDIA.....	181
9.13.	Gestantes	182
9.14.	Programa Leite das Crianças	182
9.15.	Protocolo Clínico de Fórmulas Infantis e Dietas.....	183
9.15.1.	Proposta	183
9.15.2.	Objetivos:.....	183
9.15.3.	Sistematização para cadastro com fórmula de partida de 0 a 6 meses.....	183
9.15.4.	Sistematização para as fórmulas infantis especiais e dietas industrializadas	184

9.15.5. Critérios de inclusão:	185
9.15.6. Critérios de exclusão:	185
9.16. Programa Saúde na Escola (PSE)	186
9.17. Programa Bolsa Família	187
9.18. Programa de Controle do Tabagismo.....	187
9.19. Programa de Agentes Comunitários de Saúde	188
9.20. Urgência e Emergência	188
9.21. Unidade de Pronto Atendimento (UPA).....	189
9.21.1. Especificações das ações do serviço	191
9.21.2. Estrutura física.....	191
9.21.3. Equipamentos.....	193
9.21.3.1. Necessidades a serem implementadas na Unidade de Pronto Atendimento	194
9.21.4. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE 193) e complexo regulador...	195
9.21.5. Central de Regulação Estadual	196
9.21.6. Atenção Hospitalar	196
9.21.6.1. Pacientes com transtornos mentais.....	196
9.21.6.2. Encaminhamentos de pacientes com comorbidades clínicas e sintomáticos respiratórios como COVID -19.....	197
9.21.7. Serviço Farmacêutico	198
9.22. Regulação, Auditoria e Tratamento Fora de Domicílio	198
9.22.1. Organização	198
9.22.2. Estrutura da Implantação no Município	199
9.22.3. Funcionamento da Regulação e Auditoria.....	200
9.22.4. Financiamento	201
9.22.5. Dificuldades	201
9.22.6. Autorização de Procedimentos.....	202
9.22.7. Necessidades	204
9.23. TFD - Tratamento Fora de Domicilio	205
9.23.1. Demonstrativo das consultas oferecidas por especialidades e por local	205
9.23.2. Exames gerais e tratamentos oferecidos e realizados por tipo e local	206
9.23.3. Cirurgias gerais oferecidas e realizadas por tipo e local.....	207
9.23.4. Órtese e Prótese.....	207

9.23.5. Programa de Reabilitação	207
9.23.6. Serviço de Transporte na Saúde	208
9.23.7. Problemas identificados na atenção especializada	208
10. Gestão em Saúde.....	210
10.1. Planejamento: estrutura geral da saúde	210
10.2. Regionalização: Ansulpar, CIRRegional, Cresems,Cisvali	210
10.3. Financiamento em Saúde.....	211
10.4. Educação em Saúde	214
10.5. Controle Social	214
10.6. Operacionalização do Plano Municipal de Saúde	215
11. DIRETRIZES DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DESAÚDE.....	215
11.1. Diretriz 01 – Qualificação da Gestão em Saúde	215
11.2. Diretriz 02 – Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Paraná	216
11.3. Diretriz 03 – Qualificação da Vigilância em Saúde	220
11.4. Diretriz 04 – Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde.....	222
11.5. Diretriz 05 – Fortalecimento do Controle Social no SUS	223
11.6. Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Saúde	223
REFERÊNCIAS.....	226
LISTA DE SIGLAS	229
ANEXO231	

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde, Gestão 2022-2025, norteia os rumos da política pública de saúde a ser implementada e monitorada pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de União da Vitória nos próximos anos. Além de ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e ser uma exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dele busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela SMS para alcançar sua missão.

Para o processo de planejamento destacam-se importantes documentos pertencentes à legislação do SUS:

A Lei Nº 8080/1990, no Capítulo III, trata especificamente do planejamento, estabelecendo que o processo deva ser “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (Art.36).

A Lei Nº. 8.142/1990, no Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão que permitam o controle da aplicação dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria Nº 2.135/2013 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Decreto Federal 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012 colocam o planejamento da Saúde como questão obrigatória e central na agenda dos gestores, em um movimento ascendente e integrado.

O planejamento efetivo permite qualificar o desempenho das ações em saúde e, conseqüentemente, ampliar o acesso aos serviços e melhorar o perfil de saúde da população. Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde (PMS) configura-se como eixo central de uma gestão voltada para resultados e com participação popular. O monitoramento e a avaliação da execução do plano, com estímulo ao uso da informação, tendo por base os resultados alcançados pelos indicadores pactuados são, também, estratégias utilizadas para o aprimoramento das atividades do planejamento

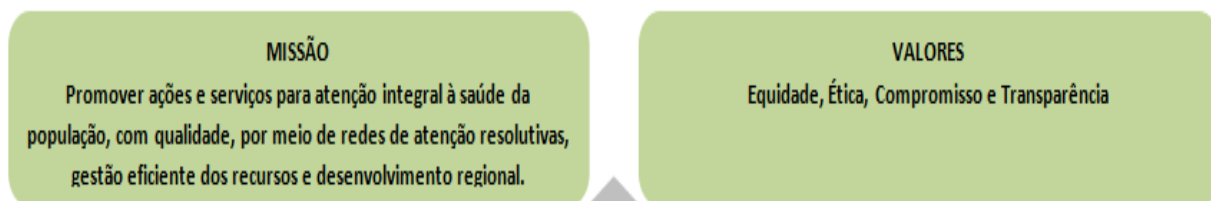
O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foi organizado de forma a permitir uma orientação clara para a gestão, para os trabalhadores da saúde e para os cidadãos de União da Vitória acerca do caminho que o setor saúde percorrerá neste período. Sendo assim, o Plano sintetiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS, num trabalho conjunto de profissionais da saúde sob o olhar atento e comprometido do controle social.

Foi realizado com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário e em instrumentos de gestão, tais como: Plano de Governo Municipal, Plano Plurianual (PPA), Planejamento Estadual de Saúde (2020-2023), PRI – Planejamento Regional Estratégico da SMS, Indicadores de Saúde estabelecidos no SISPACTO e nas propostas aprovadas na 12ª Conferência Municipal de Saúde de União da Vitória realizada nos dias 14 a 15 de fevereiro de 2019.

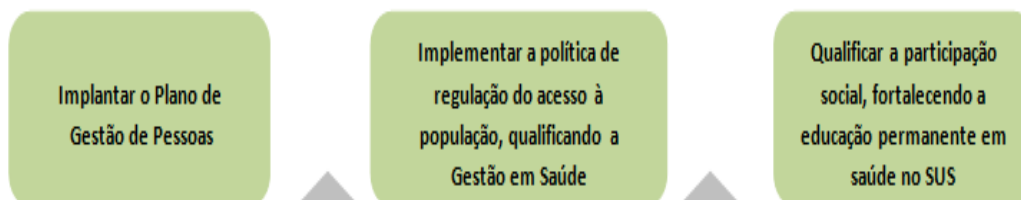
Foi construído de forma ascendente, visando contemplar todos os anseios da comunidade e dos trabalhadores da saúde. Para isso, foram utilizadas as informações e as propostas produzidas nas oficinas de discussão realizadas pela 6ª Regional de Saúde e nas discussões da Comissão de Elaboração do PMS e do Conselho Municipal de Saúde.

A proposta inicial do PMS foi analisada e aprovada em Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde em 31 de agosto de 2021, com a Resolução nº 15/2021 (anexo 1).

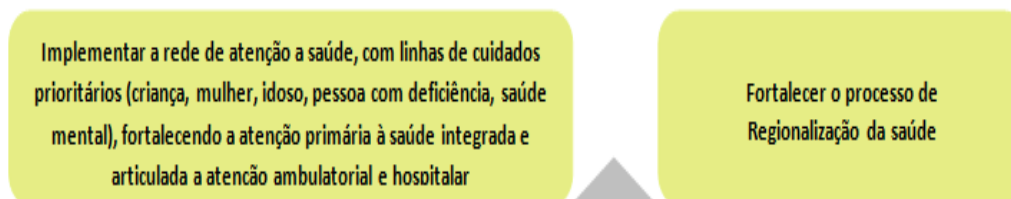
MAPA ESTRATÉGICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



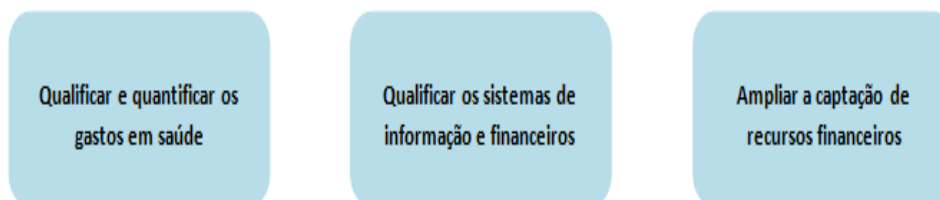
PERSPECTIVA DE RESULTADOS



PERSPECTIVA DE PROCESSOS INTERNOS



PERSPECTIVA DE RECURSOS



1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. Características gerais do município de União da Vitória

1.1.1. Origem e formação

As primeiras expedições na região ocorreram em 1726. Porém, não estabeleceram nenhum núcleo de povoamento. Nessa época os índios botocudos e caingangues habitavam densamente esta área. Com a descoberta dos Campos de Palmas, e a ocupação dos mesmos, surgiu a necessidade de encurtamento do caminho entre Palmas e Palmeira, para onde seriam conduzidas as tropas de gado.

Decorrente desta necessidade, Pedro Siqueira Cortes, em 12 de abril de 1842, descobriu o vaú, o qual permitia a passagem de tropas e igualmente, servia como ponto de embarque e desembarque aos que utilizavam o trânsito fluvial.

Surgiu então o local denominado de Porto União, alterado em 1855 para Porto União da Vitória, e em 1877 para Freguesia de União da Vitória (Figura1).

Figura 1 – Imagem de União da Vitória



Fonte: Site Prefeitura Municipal de União da Vitória.

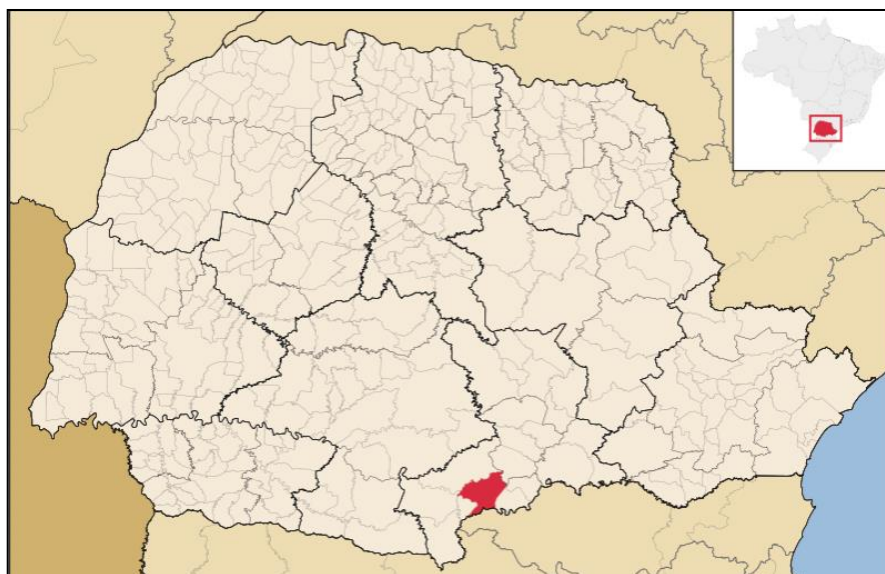
1.1.2. Estado/Região/Município

União da Vitória é um município brasileiro do estado do Paraná. Pertence à microrregião de mesmo nome e também a Mesorregião do Sudeste Paranaense, apesar de que formalmente está localizada no extremo Sul do estado (Figura 2). Fica 243 km a oeste da capital do estado e a 1.472 km da capital do país. Ocupa área de 786 km², com população censitária de 52.735 habitantes, sendo a população estimada para 2020 de 57.913 habitantes.

Apresenta clima subtropical úmido mesotérmico, de verões frescos e com ocorrência de geadas serenas e freqüentes, não apresentando estação seca. A média das temperaturas dos meses mais quentes é inferior a 22°C e a dos meses mais frios é inferior a 18°C.

1.1.3. Mapa do Município

Figura 2-Localização de União da Vitória no Paraná – PR



Fonte: [wikimedia.org/wiki/File: Paraná](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paraná)

1.1.4. Limites do Município

A cidade faz divisa com Porto União, no estado de Santa Catarina, através de uma linha férrea e também pelo Rio Iguaçu, que corta o município. Essa divisão entre

as duas cidades, forma um único núcleo urbano de aproximadamente 89.000 mil habitantes, sendo conhecida como as "Gêmeas do Iguaçu".

Limita-se a Norte com o município de Cruz Machado – PR, ao Sul com Porto União – SC, a Leste com Paulo Frontin, Paula Freitas e Mallet – PR, a Oeste com Porto Vitória e Bituruna – PR (Figura 3).

O principal rio que banha o Município é o Rio Iguaçu, fazendo divisa, parte com Porto União – SC parte com Porto Vitória, e separa o Centro Urbano do Distrito de São Cristóvão. Outros são: o Rio Louro e Palmital, que fazem divisa com Cruz Machado – PR, o Rio do Meio, Rio da Prata e o Rio Vermelho, tendo ainda diversos córregos e riachos.

União da Vitória é constituída de três distritos administrativos: o distrito Sede, São Domingos e São Cristóvão, sendo este último pertencente a área urbana da cidade.

Figura 3-Limites entre municípios.



Fonte: Ipardes (2021)

1.1.5. Principais rodovias

A malha viária da cidade é composta por duas importantes rodovias federais, a BR-153 que liga União da Vitória a nordeste com Paulo Frontin, Irati, Jacarezinho, Ourinhos, São José do Rio Preto, Goiânia, Anápolis, Gurupi e Araguaína, liga União da Vitória a sudoeste com General Carneiro, Concordia, Erechim, Passo Fundo até a

fronteira com o Uruguai e a BR-476 que liga União da Vitória a nordeste com Paula Freitas, São Mateus do Sul, Lapa, Contenda, Curitiba e o Vale do Ribeira. O município também tem acesso pelas rodovias estaduais PR-447, que liga a noroeste até Cruz Machado e a PR-446 que liga a oeste com Porto Vitória e Bituruna.

1.1.6. Municípios abrangentes

O município de União da Vitória pertence a 6ª Regional De Saúde, que é composta pelos seguintes municípios: Paula Freitas, Paulo Frontin, São Mateus do Sul, Antonio Olinto, Porto Vitória, Cruz Machado, Bituruna e General Carneiro, onde também está localizado o Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Iguaçu – CISVALI.

1.1.7. Distância média do centro de referência da região e da capital.

O Município de União da Vitória é referência para os demais municípios da 6ª Regional de Saúde para o atendimento de Urgência e Emergência, para a Linha de Cuidado Materno e Infantil de Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco, com distância de 226,8 Km, e tempo médio até a Capital de 3h19min (Tabela 1). onde devido a inexistência ou insuficiência na região de diversas especialidades de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, os pacientes do município são encaminhados para atendimento segundo Plano Diretor de Regionalização para estabelecimentos de saúde localizados no município de Curitiba e região metropolitana.

Tabela 1- Distância entre Município e Municípios de Referência

Distância entre Município e Municípios de Referência de Porta de Entrada para Urgência e Emergência								
Município	População 2015	Município Referência					Referências Curitiba e Região Metropolitana	
União da Vitória	55.265	Urgência e Emergência	Linha Cuidado Materno Infantil Risco Habitual	Linha Cuidado Materno Infantil risco intermediário e alto risco	Distância (km)	Tempo	Distância (km)	Tempo
		União da Vitória	União da Vitória	União da Vitória	-	-	226,8	3h19min

FONTE: DVGAS/6ªRS/2021

2. PERFIL DEMOGRÁFICO

2.1. Distribuição da população geral estimada

A população geral estimada para o ano de 2020 em União da Vitória foi de 57.913 habitantes (Tabela 2).

Tabela 2-População Geral

POPULAÇÃO GERAL ESTIMADA 2020 SEGUNDO MUNICÍPIO - IBGE	
Município	Nº estimado
União da Vitória	57.913

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

2.2. Densidade demográfica (número de habitantes por km²)

A densidade demográfica em União da Vitória é de 73,24 hab/ Km² (Tabela 3)

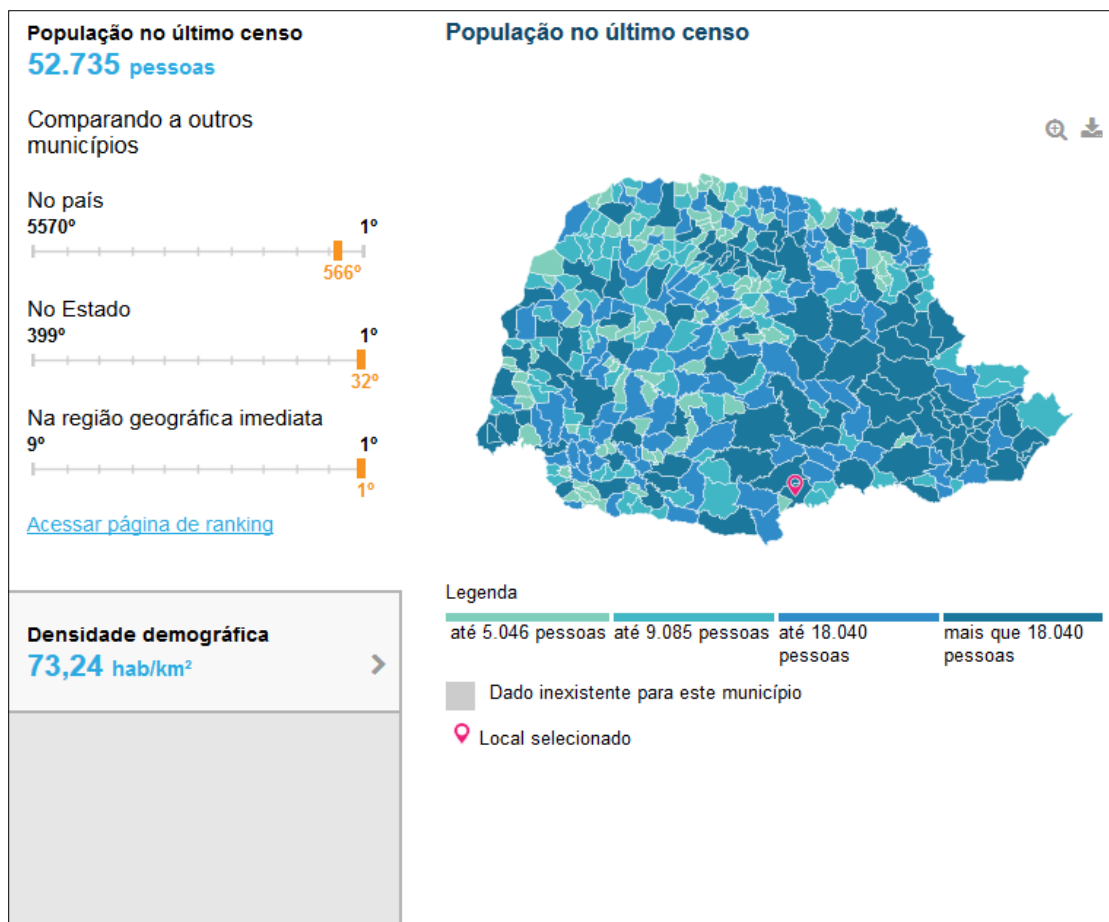
Tabela 3- Densidade Demográfica

DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2020	
Município	Hab/Km ²
União da Vitória	73,24

Fonte: Caderno Estatístico IPARDES, abril 2021

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010) União da Vitória possui 52.735 habitantes, sendo o 32º município mais populoso do Paraná (Figura 4).

Figura 4-População no último censo



Fonte: IBGE, censo2010

2.3. População residente na área rural e área urbana, distribuído anualmente

Segundo o censo de 2010, 49.983 habitantes vivem na zona urbana e 2.752 na zona rural (Tabela 4).

Tabela 4- População área urbana e rural

POPULAÇÃO RESIDENTE SEGUNDO ÁREA URBANA E RURAL – 2010		
Município	ÁREA RURAL	ÁREA URBANA
União da Vitória	2.752	49.983

Fonte: Caderno Estatístico IPARDES, abril 2021

2.4. Pirâmide etária

Comparando a estrutura etária da população através do gráfico de 2000 a 2010, verifica-se uma redução na taxa de natalidade, expansão da população adulto e idosa, seguindo a tendência estadual e nacional de inversão da pirâmide etária que vem se desenhando ao longo dos anos. Demonstrando a necessidade de políticas públicas de voltadas à saúde da população idosa e às condições crônicas à saúde.

Figura 5-Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória,2000

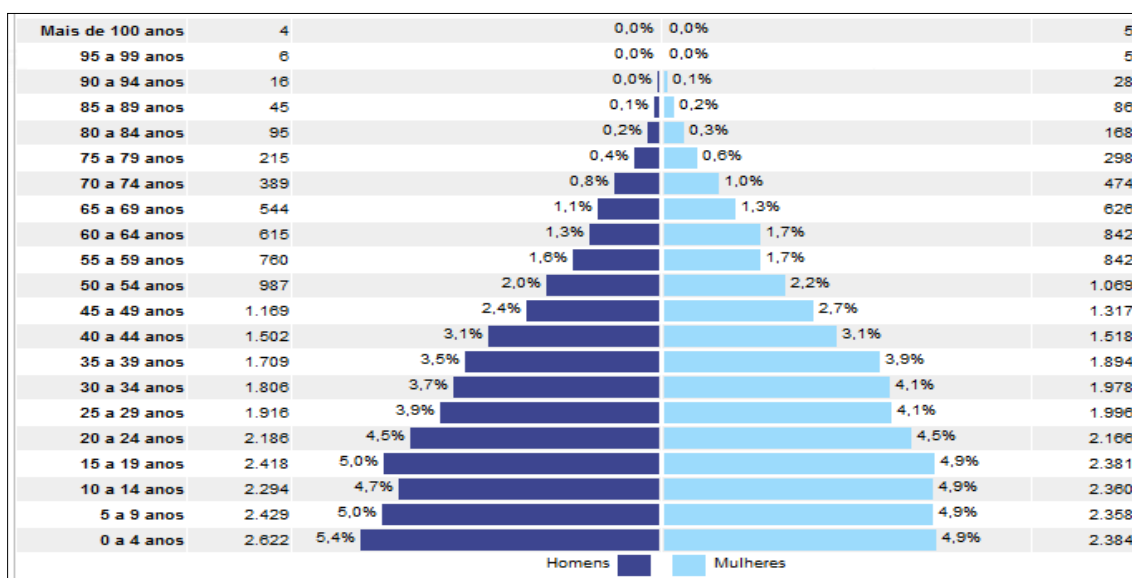
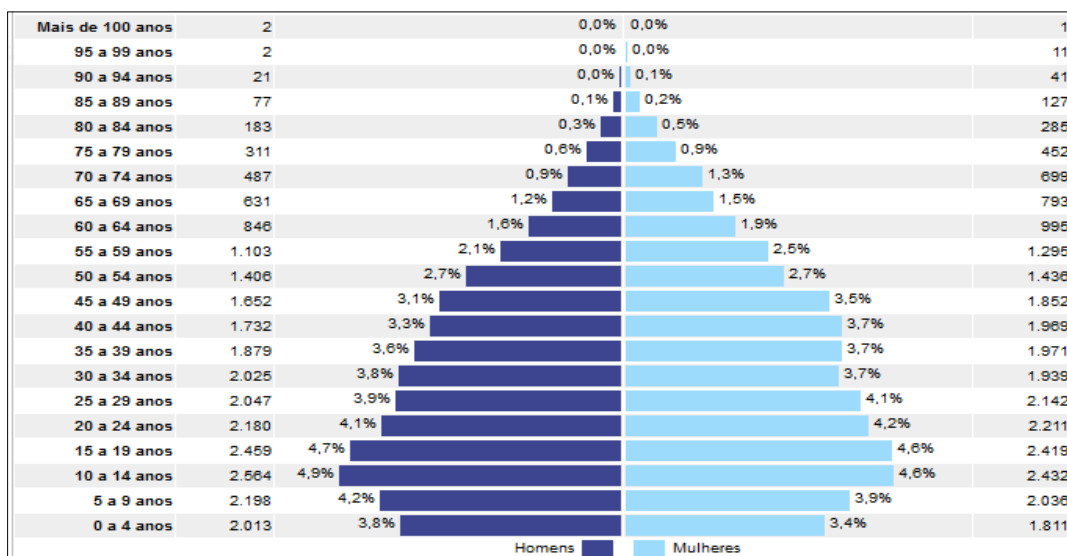


Figura 6-Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória, 2010



2.5. População segundo faixa etária

Com relação à faixa etária, destaca-se a população de 20 a 49 anos, que juntas somam um total de 44,23% (25.619) dos habitantes, reafirmando a representação de pirâmide adulta analisada acima.

Tabela 5- Estimativa Populacional

ESTIMATIVA POPULACIONAL SEGUNDO MUNICÍPIO POR IDADE E SEXO - 2020												
Município	Faixa etária 0 a 4 anos	Faixa etária 5 a 9 anos	Faixa etária 10 a 14 anos	Faixa etária 15 a 19 anos	Faixa etária 20 a 29 anos	Faixa etária 30 a 39 anos	Faixa etária 40 a 49 anos	Faixa etária 50 a 59 anos	Faixa etária 60 a 69 anos	Faixa etária 70 a 79 anos	Faixa etária 80 ou +	População Total
União da Vitória	4.203	4.107	3.999	4.344	9.417	8.435	7.767	6.987	4.824	2.527	1.303	57.913

Fonte: Tabnet, 16/04/2021

2.6. Taxa de crescimento populacional

Tabela 6- Taxa de Crescimento Populacional

POPULAÇÃO SEGUNDO SEXO, FAIXA ETÁRIA E CRESCIMENTO ANUAL – UNIÃO DA VITÓRIA					
Faixa Etária	Ano			Taxa de Crescimento	
	2019	2020	2030	2010/2020	2020/2030
0 a 14 anos	12.197	12.147	11.739	0,58	0,34
15 a 59 anos	36.411	36.474	35.690		
60 anos e +	8.120	8.396	11.540		
Homens	27.851	27.998	28.963		
Mulheres	28.877	29.019	30.006		

Fonte: IPARDES: População Projetada (2018)

A população do município é de 56.263 habitantes, sendo 27.836 (49,47%) do sexo masculino e 28.427 (50,53%) do sexo feminino. E a estimativa da população total no município para o ano de 2020 foi de 57.913 habitantes.

A taxa de fecundidade da população segundo indicadores demográficos (Tabela 7), que demonstra o número médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva, atingiu o valor de 2,0 no ano de 2018, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil – PNUD, valor este superior ao de 2008, quando o Estado do Paraná atingiu o valor de 1,67, de acordo com a RIPSAs.

Considerando que a taxa de fecundidade permanece no nível de reposição populacional (dois filhos por mulher), podemos determinar, juntamente com outros fatores condicionantes, que a tendência é de estabilização da população de União da Vitória, diferente da tendência de retração observada no Estado como um todo, dado este fundamental para o processo de planejamento das políticas públicas do município.

Com a queda da fecundidade e o estreitamento da pirâmide etária observado anteriormente, o índice de envelhecimento vem aumentando progressivamente, estando hoje na proporção de 69,12 idosos para cada 100 jovens, sendo considerado ainda uma população jovem, mas em evidente transição para população idosa. Automaticamente, a razão de dependência segue o mesmo parâmetro, com aumento paulatino.

A previsão é de que o ritmo de crescimento populacional no Paraná deverá desacelerar, com taxas de crescimento cada vez menores, ao mesmo tempo que a estrutura etária da população será alterada em razão do decréscimo populacional em alguns de seus segmentos, particularmente o de crianças e jovens, e em virtude da crescente participação de idosos no contingente populacional estadual.

Na próxima década, a população do Paraná terá um acréscimo de 676,9 mil pessoas, alcançando a marca de 12,2 milhões de pessoas em 2030.

No período 2020-2030, a taxa de crescimento será de apenas 0,58% ao ano, representando desaceleração em relação à década anterior (0,78% ao ano).

Tabela 7- Indicadores Demográficos

POPULAÇÃO SEGUNDO INDICADORES DEMOGRÁFICOS					
MUNICÍPIO	Taxa de fecundidade total	Índice de envelhecimento da população	Expectativa de vida da população	Proporção de idosos	Razão de dependência
UNIÃO DA VITÓRIA	2	69,12	75,2	14,7	56,3

Fonte: IPARDES: População Projetada (2018), PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano

3. PERFIL SOCIOECONÔMICO

3.1. Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de União da Vitória (Figura 7) é de 0,74 o que a situa em 780º em relação a todos os municípios brasileiros e 54º no ranking dos municípios do estado do Paraná.

Mesmo verificando que houve melhoras significativas na qualidade de vida, educação e saúde, ainda há muito que se fazer para alcançar uma boa colocação do Índice de Desenvolvimento Humano do PNUD. Segundo os dados do IDHM (Tabela 8), somos o 54º município do Estado do Paraná em qualidade de vida, mas ficamos atrás de Porto União – SC, cidade vizinha que possui um IDHM de 0.786.

Figura 7-Índice de Desenvolvimento Humano Municipal União da Vitória - IDHM

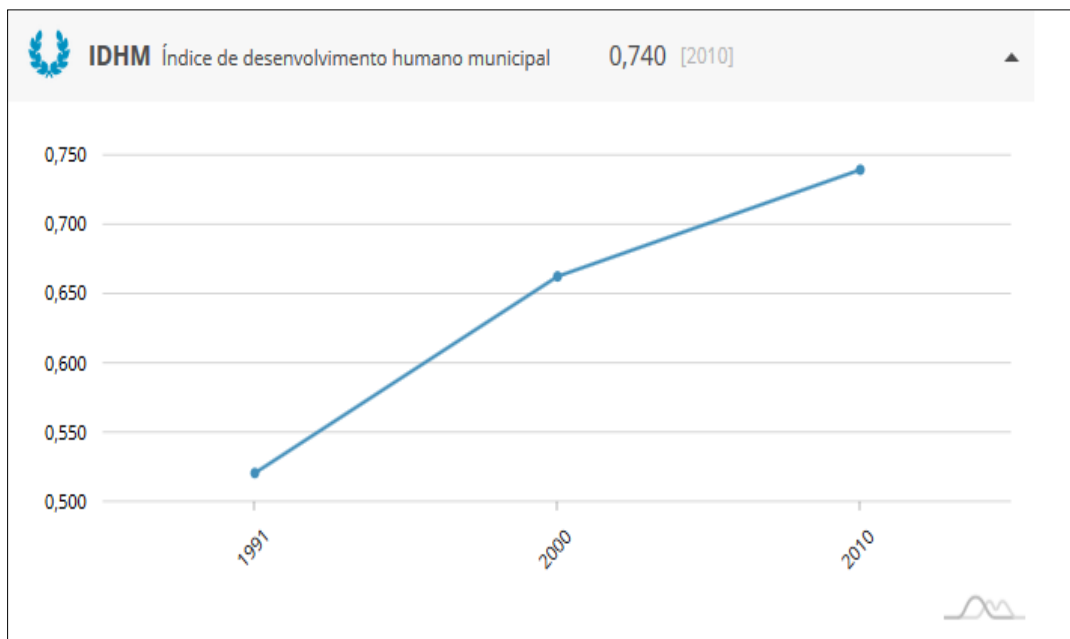


Tabela 8- Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)- União da Vitória 2010

INFORMAÇÃO	ÍNDICE (1)	UNIDADE
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	0,74	
IDHM - Longevidade	0,837	
Esperança de vida ao nascer	75,2	anos
IDHM - Educação	0,68	
Escolaridade da população adulta	0,56	
Fluxo escolar da população jovem (Frequência escolar)	0,74	
IDHM - Renda	0,713	
Renda per capita	674,29	R\$ 1,00
Classificação na unidade da federação	54	
Classificação nacional	764	

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – PNUD

3.2. Principais atividades econômicas e de organização social.

Tabela 9- População ocupada por atividade econômica

POPULAÇÃO OCUPADA SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS - UNIÃO DA VITÓRIA 2010	
ATIVIDADES ECONÔMICAS (1)	Nº DE PESSOAS
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	2.490
Indústrias extrativas	182
Indústrias de transformação	3.533
Eletricidade e gás	60
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	156
Construção	2.178
Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	5.135
Transporte, armazenagem e correio	1.186
Alojamento e alimentação	574
Informação e comunicação	141
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	141
Atividades imobiliárias	50
Atividades profissionais, científicas e técnicas	601
Atividades administrativas e serviços complementares	317
Administração pública, defesa e seguridade social	1.147
Educação	1.632
Saúde humana e serviços sociais	1.090
Artes, cultura, esporte e recreação	181

Outras atividades de serviços	465
Serviços domésticos	2.121
Atividades mal especificadas	692
TOTAL	24.070

Observando a tabela 10, verifica-se que 41,56% da população é economicamente ativa. Em relação à população em idade ativa, 45,12% destas pessoas teoricamente estão aptas a exercer algum tipo de uma atividade econômica, sendo estas em sua maioria são do sexo masculino e residem na área urbana do município.

Tabela 10- Organização Social população ativa

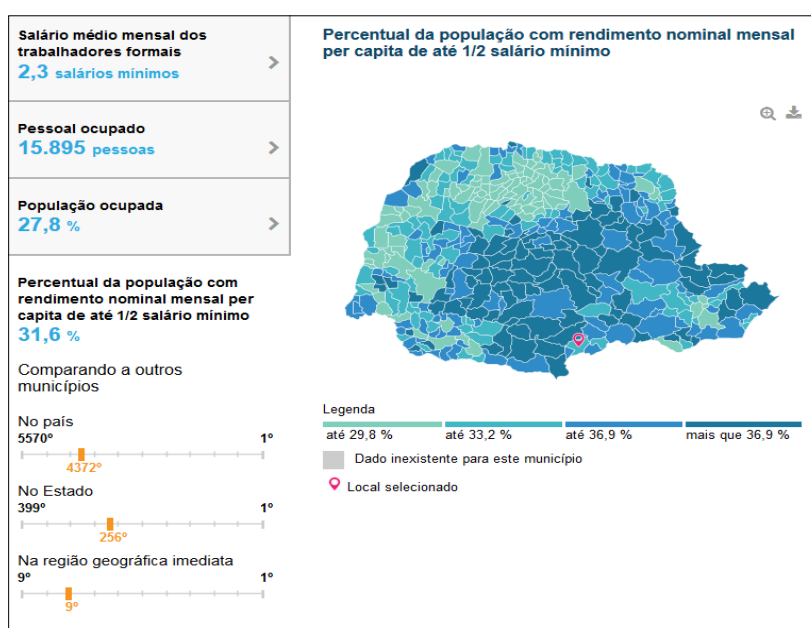
**POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA (PIA),
ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) E OCUPADA POR
TIPO DE DOMICÍLIO, SEXO E FAIXA ETÁRIA - UNIÃO
DA VITÓRIA 2010**

INFORMAÇÕES	PIA (10 anos e mais)	PEA (10 anos e mais)	POPULAÇÃO OCUPADA
TIPO DE DOMICÍLIO			
Urbano	42.277	24.531	22.495
Rural	2.374	1.605	1.576
SEXO			
Masculino	21.597	14.738	13.894
Feminino	23.055	11.398	10.177
FAIXA ETÁRIA (anos)			
De 10 a 14	4.996	223	188
De 15 a 17	2.871	894	533
De 18 a 24	6.398	4.813	4.113
De 25 a 29	4.189	3.399	3.232

De 30 a 39	7.814	6.393	6.049
De 40 a 49	7.205	5.592	5.287
De 50 a 59	5.240	3.400	3.333
De 60 ou mais	5.240	1.421	1.335
TOTAL	44.651	26.136	24.070

3.3. Trabalho e rendimento

Figura 8- Percentual da população com rendimento nominal mensal



De acordo com a tabela acima o município de União da Vitória, conta com uma população ocupada de 27,8%, ou seja, 15.895 pessoas, sendo que a média salarial dos trabalhadores formais é de 2,3 salários mínimos.

3.4. Condições do domicílio: água, esgoto, lixo e rede elétrica

A água tratada é fornecida pela SANEPAR, sendo que 98% da população recebe abastecimento de água tratada, 99% da área urbana é atendida por rede pública de coleta de esgoto, 25% da área urbana é atendida com rede de esgoto tratado e 93% é atendida por coleta de lixo (Tabela 11).

Tabela 11- Número de domicílios particulares permanentes, segundo algumas características

CARACTERÍSTICAS	Nº DE DOMICÍLIOS	%
Número de domicílios particulares permanentes	16.388	
Abastecimento de água (Água canalizada)	16.212	98,926
Esgotamento sanitário (Banheiro ou sanitário)	16.273	99,2983
Destino do lixo (Coletado)	15.373	93,8064
Energia elétrica	16.256	99,1945

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra

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

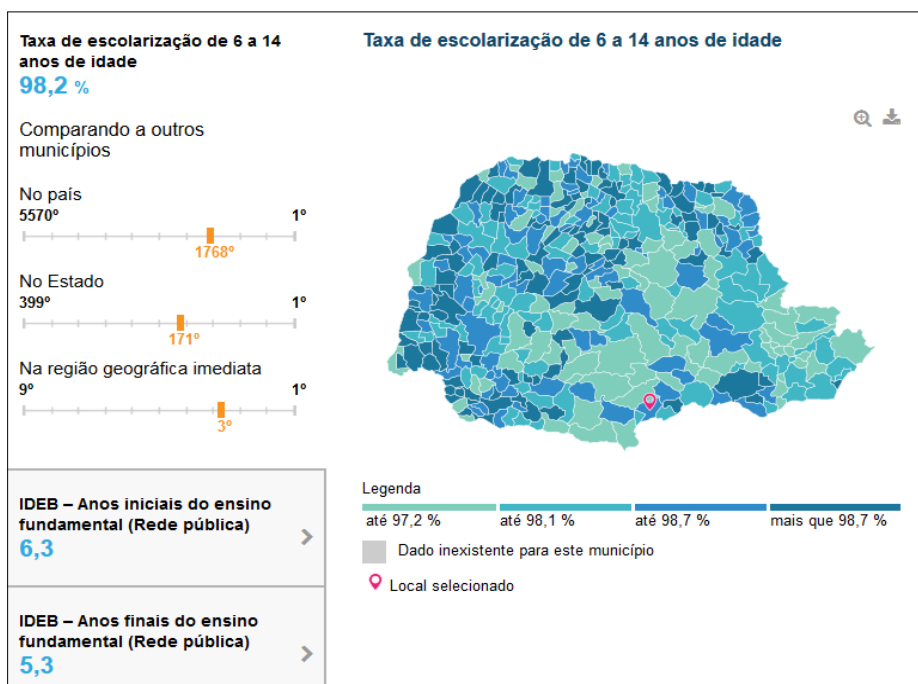
3.5. Escola: taxa de escolarização e taxa de analfabetismo

Em relação à Rede de Ensino, o Município de União da Vitória conta com 2.768 alunos matriculados na Educação Infantil, 6.831 alunos no Ensino Fundamental, 2.542 alunos no Ensino Médio e 1.057 alunos na Educação Profissional (IPARDES, 2021).

Tabela 12- Taxa de analfabetismo segundo faixa etária

FAIXA ETÁRIA (anos)	TAXA (%)
De 15 ou mais	4,04
De 15 a 19	0,64
De 20 a 24	0,64
De 25 a 29	1,12
De 30 a 39	2,03
De 40 a 49	3,47
FAIXA ETÁRIA (anos)	TAXA (%)
De 50 e mais	9,72

Figura 9-Taxa de escolarização em União da Vitória



3.6. Habitação

União da Vitória possui um total de 18.510 domicílios, sendo 18.475 particulares, 16.401 ocupados, 2.074 não ocupados e 35 coletivos (Tabela 13).

As comunidades municipais estão organizadas em 43 Associações de Moradores, sendo 35 urbanas e 08 rurais, e os trabalhadores estão, igualmente, organizados em Associações e Sindicatos de Classe.

Segundo o IPARDES o número de famílias sem rendimentos e com perfil de extrema pobreza no ano de 2010 era de 178, correspondendo na época a 1,0% das famílias, inferior à média do Estado, na época de 1,6%.

A taxa de pobreza domiciliar, neste caso entendida como a proporção de domicílios com rendimento per capita de até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo em relação ao total de unidades, atingiu 7,2% no Paraná em 2010, ficando um pouco acima dos 6,4% relativos à Região Sul, mas muito abaixo da média nacional (14,7%).

Tabela 13- Número de domicílios recenseados segundo tipo e uso - 2010

TIPO DE DOMICÍLIO RECENSEADO	URBANA	RURAL	TOTAL
Particular	17.369	1.106	18.475
Ocupado	15.583	818	16.401
Não ocupado	1.786	288	2.074
Coletivo	31	4	35
TOTAL	17.400	1.110	18.510

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da sinopse

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

4.1. Natalidade e fecundidade

O coeficiente de natalidade representa o número de crianças que nascem por ano, para cada mil habitantes. A taxa de fecundidade, por sua vez, é o número médio de filhos das mulheres durante o seu período reprodutivo ou, em outras palavras, o número médio de filhos por mulher com idade de 10 a 49 anos. A taxa de fecundidade é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetada pela estrutura etária da população. Percebe-se que, em União da Vitória, ambas as taxas mostram tendência de declínio, observado também em todas as regiões do país. O decréscimo da taxa de fecundidade pode estar associado a vários fatores, como: urbanização crescente; redução da mortalidade infantil; melhoria do nível educacional; ampliação do uso de métodos contraceptivos, entre os quais, a esterilização feminina; maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego. O valor de 2,1 filhos por mulher é a taxa considerada de reposição populacional.

4.2. Número de nascidos vivos

2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
758	842	816	848	765	4029

Fonte: SINASC 04/2021

O SINASC, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, reúne dados sobre os nascidos vivos e suas características mais importantes, relativas ao parto, ao recém-nascido e à mãe. No ano de 1998, o SINASC foi implantado em União da Vitória, com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascidos vivos no município.

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é o documento padrão do Ministério da Saúde, fonte de dados para o SINASC e é preenchido nas maternidades para todas as crianças que nascem vivas. As informações contidas na DNV oferecem importantes subsídios para a vigilância dos recém nascidos na prevenção da morbimortalidade infantil e o município de União da Vitória identifica as crianças de risco ao nascer e estabelece vigilância prioritária para esses grupos. Em União da Vitória, observando a séria histórica, nota-se redução no número de nascimentos, com discretas oscilações ano a ano. Em números absolutos, em União da Vitória, em 2020, houve 83 nascidos vivos a menos que no ano anterior.

4.3. Número de consultas de pré-natal

A Qualidade no atendimento a gestante e ao recém-nato pode ser verificada também, no número de consultas realizadas no pré-natal. É preconizado que a mulher inicie o pré-natal antes de 12 semanas de gravidez e que realize um mínimo de sete consultas antes do parto. Em União da Vitória, verificou-se que em 2020, 97,95% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, sendo um dado positivo (Tabela 15). Mas apesar da expansão do atendimento, ele não chegou a toda a população do município, o que indica uma necessidade de manter e/ou implementar a atenção ao pré-natal no município pois qualquer desatenção nesse setor desencadeia uma piora e na qualidade do atendimento à gestante e ao recém nato.

Tabela 15- % de gestantes com 7 ou mais consultas de Pré-Natal no ano de 2020

1 a 3 vezes	7 a mais
-------------	----------

14	669
2,05%	97,95%

Fonte: SINASC, 05/03/2021 - Dados preliminares

4.4. Tipo de parto

Ao analisarmos o modo de nascimento dos cidadãos de União da Vitória, verificamos uma taxa crescente de partos cesáreos, segundo dados do SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Estas taxas eram de 41,50% em 2003, subiram para 43,79% em 2007 e chegaram a 52,11 em 2014 e mantem-se num patamar médio de 50%. Somando-se os anos de 2016 a 2020, presentes na tabela 03, temos um percentual 48,62 % de partos vaginais e 51,39% de partos cesáreos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice razoável de cesáreas é de 15% dos nascimentos. No Brasil, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados anualmente são cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa distorção é ainda maior: 84,6% dos partos foram cesáreos em 2012 (Tabela 16).

Tabela 16- Proporção em números absolutos de tipo de parto por ano de nascimento

ANOS	VAGINAL	CESAREO
2016	379	368
2017	408	434
2018	407	409
2019	420	427
2020	336	423
TOTAL	1.950	2.061

Fonte: SINASC, 2021

Para mudar essa realidade e favorecer a saúde de mães e bebês, é preciso transformar o modelo de atenção ao parto e nascimento no país, tarefa que requer uma intervenção complexa, que deve ser testada antes de ser transformada em política pública.

No Brasil a ANS, o Hospital Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, estão desenvolvendo o Projeto Parto Adequado. O objetivo é promover o parto normal, qualificar os serviços

da saúde suplementar e induzir à redução de cesáreas desnecessárias. Em experiência já realizada no Brasil, a aplicação da metodologia do IHI obteve resultados positivos: o percentual de partos normais mais do que dobrou; as admissões em UTI neonatal caíram e houve melhoria da remuneração dos profissionais que contribuíram para aumentar a eficiência dos serviços (ANS, 2021).

Os resultados deste tipo de intervenção serão observados em médio e longo prazo e as mudanças devem ser introduzidas gradativamente, de modo a permitir aperfeiçoamento antes de serem adotadas em larga escala.

A ANS realiza, há mais de uma década, um trabalho contínuo para a promoção do parto normal e a redução do número de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar, que, atualmente, atinge o alarmante índice de 84,6% dos partos.

Ainda no Brasil, desde 2004, diversas iniciativas foram lançadas, entre as quais a inclusão de cobertura obrigatória para parto acompanhado por enfermeira obstétrica e acompanhante, sem custos adicionais, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato; a implantação do Projeto Parto Adequado em hospitais privados e públicos; e a criação da Resolução Normativa nº 368, que garante o acesso da gestante a informações essenciais para que possa decidir sobre o seu parto.

A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe.

A decisão sobre qual o tipo de parto mais adequado precisa ser compartilhado entre o médico, a gestante e sua família. O profissional deve fornecer informações sobre a situação clínica da mulher e os riscos e benefícios envolvidos em cada escolha para ajudá-la na tomada de decisão. Deve, também, orientar a futura mãe sem influenciá-la, compartilhando com ela a responsabilidade sobre o assunto. União da Vitória necessita rever a situação relacionada a esse índice e melhorar a porcentagem de partos naturais, através de políticas públicas que incentivem e promovam essa prática.

4.5. Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência interrompe projetos de vida e pode causar prejuízos econômicos e sociais aos adolescentes que se tornam mães e pais de forma precoce, além de trazer riscos à saúde do bebê e da mulher. Por isso, na atenção primária à

saúde, os profissionais são orientados a realizar o atendimento de adolescentes, informando sobre os cuidados em saúde nessa fase de vida, além de disponibilizar, de forma gratuita, métodos contraceptivos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação nesta fase é uma condição que eleva a prevalência de complicações para a mãe, para o feto e para o recém-nascido, além de agravar problemas socioeconômicos já existentes.

Em União da Vitória, os índices de gravidez na adolescência nos últimos 5 anos foram de 16,5%, ficando acima da média, comparado com o Estado do Paraná. Em 2018 o percentual no número de adolescentes grávidas no Estado ficou em 13,2%. Uma das prioridades do Plano Estadual de Saúde (PES 2020/2023) é alcançar a meta de 12,9%, número que já foi superado em 2020, obtendo 11,3% no consolidado do ano (Tabela 17). Os dados mostram que o município de União da Vitória precisa implementar ações que possam evitar a gestação em adolescentes. Um dos fatores mais importantes de prevenção é a educação, peça chave para a saúde integral, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Munir os adolescentes de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores irão capacitá-los para cuidar de sua saúde, bem-estar e dignidade, bem como para avaliar suas escolhas e como estas afetam as suas vidas

Tabela 17- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos

2016	2017	2018	2019	2020
16,04	17,95	16,91	14,99	16,99

Fonte: SINASC, março 2021

4.6. Mortalidade

As informações sobre mortalidade são obtidas por meio de coleta sistemática de dados lançados nas declarações de óbito (DO) e inscritos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. O SIM foi criado em 1975 e padronizado no território nacional em 1979 com o objetivo de permitir a elaboração de indicadores de melhor qualidade, capazes de subsidiar os gerentes e gestores de

saúde nos seus planejamentos e decisões. Em 1992, com a descentralização desse sistema para os municípios, as informações relativas à mortalidade tornaram-se mais ágeis e qualitativamente melhores, fornecendo dados mais fidedignos para aprimorar o monitoramento do quadro de saúde da população.

A análise dos dados do SIM permite a construção de importantes indicadores para o delineamento do perfil de saúde de uma região. A partir dele pode-se obter a mortalidade proporcional por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência, letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO.

Em termos gerais, taxa de mortalidade inclui as taxas que medem a frequência de óbitos. Quando a expressão é utilizada sem qualificação específica, representa a taxa bruta de mortalidade que relaciona o número de óbitos ocorridos em um ano com o número de expostos ao risco de morrer no mesmo período (população). Definida como o número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico e ano considerado, é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.

4.6.1. Principais causas de óbito por capítulo CID10 2015-2019

Ao analisar a mortalidade por grupo de causas em União da Vitória, o que se observa é a ascensão das doenças não transmissíveis e de causas externas, com a redução das doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período Peri natal (Tabela 18). O aumento da ocorrência das doenças crônicas observado nas últimas décadas está relacionado às mudanças no comportamento e estilo de vida; ao aumento da industrialização e da urbanização; à melhoria da qualidade da assistência em relação às doenças infecto-parasitárias, da imunização, do saneamento básico e da escolaridade. Tudo isso contribuiu para o aumento da população idosa na pirâmide etária (BRASIL; OPAS, 2019). Em União da Vitória, observa-se esta mesma tendência, já que dos 440 óbitos registrados em 2019, 134 (30,46%) foram em decorrência de doenças do aparelho circulatório, 91 (20,69%) por neoplasias. A

terceira maior causa de óbito foram as Doenças do aparelho respiratório com 63 (14,32%) e em quarto lugar as causas externas com 40 óbitos (9,0%).

Observamos na série histórica dos últimos 5 anos que as três principais causas de óbito são Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias e um aumento no número de óbitos de Doenças Respiratórias e a manutenção de número de casos por Causas Externas.

Ainda analisando a mortalidade proporcional por idade, de acordo com dados da 6ª Regional de Saúde (2021) observa-se que em 2019, as idades que tiveram mais óbitos foram de pessoas de 70 a 79 anos com 27% dos casos, e de 80 anos ou mais com 33%, totalizando 60% do total de casos de óbito.

Tabela 18- mortalidade por grupo de causas em União da Vitória

SÉRIE HISTÓRICA MORTALIDADE GERAL SEGUNDO CAPÍTULO CID-10 – UNIÃO DA VITÓRIA						
Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	10	9	13	7	46
II. Neoplasias (tumores)	87	83	92	83	91	436
III. Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	1	3	4	1	1	10
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12	18	25	35	29	119
V. Transtornos mentais e comportamentais	3	2	6	9	2	22
VI. Doenças do sistema nervoso	8	11	14	19	19	71
IX. Doenças do aparelho circulatório	143	147	106	107	134	637
X. Doenças do aparelho respiratório	46	53	32	66	63	260
XI. Doenças do aparelho digestivo	17	24	17	25	24	107

XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	2	1	2	7
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	4	1	-	1	5	11
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	10	8	14	4	9	45
XV. Gravidez parto e puerpério	1	-	-	-	-	1
XVI. Algumas afecções. originadas no período perinatal	7	4	4	5	2	22
XVII. Malformação congênita. deformidade e anomalias cromossômicas	3	4	2	2	6	17
XVIII. Sint. sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	2	2	1	12	6	23
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	83	52	40	42	40	257
Total	435	423	368	425	440	2091

Fonte: TABNET, consulta 28/04/2021

4.6.2. Mortalidade por causas externas

As mortes por causas externas correspondem a uma grande parcela de óbitos em grande parte dos países em todo o mundo. O que varia, contudo, é a distribuição quanto ao tipo de causa dentre as que compõem o grupo e também a faixa etária mais acometida.

Em União da Vitória, a taxa de mortalidade por causas externas vinha apresentando aumento progressivo até 2016, quando começou a declinar, embora ainda apareça como a quarta causa geral de mortes na cidade (Tabela 19).

É importante esclarecer que a taxa de mortalidade por causas externas é subdividida entre os principais tipos de acidentes e violências. Inclui, portanto, além da taxa por acidentes de trânsito, as agressões e intervenções legais (homicídios), as lesões auto infligidas (suicídios), e todas as demais causas externas e, finalmente, as lesões em que se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas, definidas como os casos em que, apesar das investigações, não foi possível determinar a razão da morte. Vale dizer que a morte é conseqüência de uma lesão, mas desconhecem-se as circunstâncias do evento que a causou.

Tabela 19- Série Histórica de Óbitos por Causas Externas – União da Vitória 2015 - 2019

Série Histórica de Óbitos por Causas Externas –União da Vitória 2015 -2019						
Grande Grupo CID10	2015	2016	2017	2018	2019	Total
V01-V99 Acidentes de transporte	47	9	14	12	12	94
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	15	17	9	17	16	74
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	4	9	7	3	6	29
X85-Y09 Agressões	13	13	10	9	5	50
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	3	1	-	-	1	5
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	1	3	-	1	-	5
Total	83	52	40	42	40	257

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, TABNET, consulta em 06/05/2021

No Brasil, essa distribuição mostra predominância das causas intencionais (homicídios), seguidos dos acidentes de transporte. O peso das causas externas em que se ignora se foram acidentais ou intencionais é pequeno, devido aos esforços despendidos no sentido da melhoria da qualidade da informação.

Em União da Vitória, no que se referem às categorias que compõem as causas externas de mortalidade, os dados de 2015 a 2019 demonstram que os acidentes de trânsito e as lesões acidentais concentram a maior parte dos óbitos nesse grupo de causas, seguido das agressões (Tabela 20).

Tabela 20- Série Histórica de Óbitos por Causas Externas Segundo Faixa Etária- União da Vitória 2015 -2019

Série Histórica de Óbitos por Causas Externas Segundo Faixa Etária- União da Vitória 2015 -2019													
Grande Grupo CID10	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
V01-V99 Acidentes de transporte	2	3	-	1	7	17	13	22	13	9	6	1	94

W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentes	1	2	1	1	4	6	6	5	7	10	10	21	74
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	-	-	-	-	2	8	7	3	7	1	1	-	29
X85-Y09 Agressões	-	-	-	1	8	13	13	6	5	3	1	-	50
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	-	1	5
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	2	5
Total	3	5	1	3	22	45	39	38	35	23	18	25	257

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, TABNET, consulta em 06/05/2021

Sabe-se que o grupo de mortalidade por causas externas está composto por diversas situações que apontam determinantes e necessidades de abordagens preventivas diferentes. Observando-se a soma dos grupos de 2015 a 2019, a faixa etária de maior incidência foi a de 20 a 29 anos, com 45 óbitos (17,51%). Adolescentes e adultos de 15 a 39 anos concentraram 106 (41,25%) do total de óbitos por essas razões. Isso evidencia a gravidade da situação devido à influência significativa que este fato tem na diminuição da esperança de vida do município. Na faixa etária acima de 70 anos, o número de ocorrências de óbitos por causas externas é relativamente menor, sendo de 43 óbitos (16,74%). Isto é decorrente do fato do quantitativo de pessoas nestas faixas etárias serem expressivamente inferior às demais. Tais informações podem ser observadas na Tabela 20, que demonstra o número por este conjunto de agravos, por faixa etária.

4.7. Mortalidade materna

4.7.1. Razão de mortalidade materna

Óbitos maternos são definidos na CID-10 como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada por este estado fisiológico ou por medidas a ele relacionadas. Estão excluídas deste marcador as causas externas.

União da Vitória não teve nenhum caso de óbito materno nos últimos 5 anos, sendo considerado um ótimo índice (Tabela 21). O Pacto Nacional de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal é um acordo Inter federativo que tem por objetivo articular os atores sociais historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade tanto materna quanto neonatal no país.

Tabela 21- Óbitos maternos

SÉRIE HISTÓRICA DE ÓBITOS MATERNOS 6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA - 2016 A 2020					
MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	0	0	0	0	0

Fonte: SIM Estadual, consulta 01/04/2021

Foi lançado em oito de março de 2004, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, conta com a adesão das 27 unidades federadas. A meta estabelecida é a redução anual de 5% desses indicadores para atingir índices considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a médio e longo prazo.

Os princípios que o embasam são, entre outros, o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais. Sabe-se que a RMM reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher e que taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério.

Apesar da tendência de estabilidade da RMM municipal, ainda é preciso aprofundar a análise desses eventos a fim de obter elementos de orientação para aprimoramento das estratégias de intervenção dirigidas aos seus determinantes e condicionantes, que incluem fatores não apenas relacionadas à atenção à saúde, como também à situação socioeconômica e de infraestrutura a que está submetida à população. Deve-se ressaltar que a redução da mortalidade materna e infantil é um processo lento e gradativo em razão do grande número de variáveis que nele interferem.

Por tudo isso, informações trabalhadas demandam análise criteriosa, mediante o cruzamento com outras variáveis que têm influência sobre o indicador, com a finalidade de identificar as causas dos óbitos maternos, obtendo fundamentos para a escolha ou adequação de estratégias de manutenção de indicadores baixos e de enfrentamento da mortalidade materna no município.

Todos os óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos são de investigação obrigatória, conforme Portaria GM nº 1.119 de 05 de junho de 28/08/2008, pelo Comitê de Investigação de Mortalidade Materna. Em União da Vitória desde a implantação do Comitê de Mortalidade, foram investigados 100% dos óbitos.

4.7.2. Proporção de investigação de óbitos MIF

Segundo a definição internacional, mulher em idade fértil é aquela que se encontra na faixa etária de 15 a 49 anos, porém no Brasil, considera-se mulher em idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos.

Em 2005, no Brasil, o número de mulheres em idade fértil representou 65% do total da população feminina, representando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde onde estabelecem que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, visando levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes. Além de estabelecer o prazo de 48 horas para a notificação e o prazo máximo de 120 dias para a conclusão de todo o processo investigatório.

Em 2000, o Brasil participou da reunião da cúpula do Milênio, onde líderes de 191 países, incluindo o Brasil, firmaram o compromisso de diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo até 2015, por meio das oito Metas do Milênio. Dentre as metas, consta a redução de 75% da mortalidade materna entre 1990 e 2015, que poderá ser alcançada através da promoção da saúde de mulheres em idade reprodutiva. E em 2008, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil através do preenchimento da ficha de investigação de óbito de mulheres em idade fértil e identificação de possível óbito materno.

De acordo com a tabela 22, podemos observar que o município de União da Vitória investigou 100% dos casos de óbitos de mulheres em idade fértil, ou seja de 10 a 49 anos.

Tabela 22- Investigação de óbitos em MIF

PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS					
MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	100	100	100	100	100

Fonte: SIM Federal, consulta 02/03/2021

4.8. Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil é calculada a partir do número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É um indicador fundamental que, além de estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, reflete, de uma maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

Outros aspectos também influenciam a sua redução, como o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas em saúde, saneamento, educação da população feminina, entre outros. Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade e fornece importantes

subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

As menores taxas de mortalidade infantil são encontradas em países desenvolvidos e giram em torno de 3 mortes para cada mil nascidos vivos. Em países pobres, ao contrário, as taxas são muito elevadas. A Organização Mundial da Saúde aponta como indicador aceitável coeficiente inferior a 10/1.000 nascidos vivos.

O município de União da Vitória vem apresentando este coeficiente com estabilidade de número de casos desde 2009 (entre 6 a 8 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos). Em 2018 atingiu 7,35/1.000 nascidos vivos, e em 2019, 9,4/1.000 nascidos vivos, tendo uma queda em 2020 para 6,39/1.000 nascidos vivos (Tabela 23).

União da Vitória, tal como o Brasil, apresenta tendência declinante dos coeficientes de mortalidade infantil (Tabela 24).

No Brasil, de 1998 a 2010, a taxa passou de 33,5 crianças mortas por mil nascidas vivas para 22, o que equivale a uma redução de 34,3%.

Tais resultados refletem, além de melhores indicadores sociais no município, as ações na atenção materno-infantil desencadeadas no âmbito dos serviços, como a captação precoce para início do pré-natal, número médio de consultas no pré-natal.

Tabela 23- Número de óbitos infantis de 2009 a 2020 em União da Vitória

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS - 2009 -2020									
MUNICÍPIO	2009	2010	2011	2012	2016	2017	2018	2019	2020
UNIÃO DA VITORIA	8	8	6	8	8	8	6	8	5

FONTE: SIM Federal, consulta 01/04/2021

Tabela 24- Coeficiente de mortalidade infantil de 2018 a 2020 em União da Vitória

Série Histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil - 2016 a 2020			
Município	2018	2019	2020
União da Vitória	7,35	9,43	6,39

Fonte SIM/SINASC DBF 06/05/2021

De acordo com a tabela 25, em União da Vitória, entre os coeficientes perinatal, neonatal e pós-neonatal, o que mais influência historicamente a taxa de mortalidade infantil é o componente neonatal, que diz respeito aos óbitos infantis ocorridos até 28 dias de vida.

Este componente pode ser desagregado, ainda, em precoce e tardio. O primeiro refere-se aos óbitos de crianças com até sete dias e estima o risco de um recém-nascido vivo morrer durante sua primeira semana de vida. O segundo diz respeito aos óbitos de crianças entre 7 até 28 dias de vida, ambos refletem as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Já o coeficiente de mortalidade infantil pós-neonatal, que informa o risco de um nascido vivo morrer entre 28 e 364 dias de vida, reflete o desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil.

Em realidades em que a mortalidade infantil é muito alta, seu componente pós-neonatal é freqüentemente o mais elevado. O coeficiente de mortalidade infantil perinatal, por sua vez, estima o risco de um feto nascer sem sinais de vitalidade ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. Ele detém um grande potencial de reduzir a mortalidade fetal, neonatal e infantil.

O período perinatal inicia em 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento. Inclui, portanto, os óbitos fetais e os ocorridos no período neonatal precoce.

Os fatores que o influenciam estão também relacionados à gestação e ao parto, bem como ao acesso a serviços de saúde e qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Em União da Vitória, há concentração de óbitos de menores de 1 ano no período que vai do nascimento até 28 dias de vida (coeficiente de mortalidade infantil neonatal), revelando a estreita relação destes eventos com a qualidade da atenção dispensada às gestantes, ao parto e ao recém-nascido. O componente pós-neonatal foi o que apresentou maior redução no período de 2016 a 2020 (Tabela 25).

Tabela 25- Óbitos infantis segundo faixa etária, de 2016 a 2020

Série Histórica de Número de Óbitos Infantis Segundo Estrato Etário - 2016 a 2020															
Estrato Etário	2016			2017			2018			2019			2020*		
	neo precoce	neo tardio	pós neo	neo precoce	neo tardio	pós neo	neo precoce	neo tardio	pós neo	neo precoce	neo tardio	pós neo	neo precoce	neo tardio	pós neo
União da Vitória	3	2	3	3	1	4	3	3	0	5	1	2	3	1	1

Fonte SIM/SINASC,2021

As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Essas causas devem ser revisadas à luz da evolução do conhecimento e tecnologia para prática da atenção à saúde.

O conceito de 'mortes evitáveis' o seu uso como ferramenta útil para o monitoramento do impacto das ações de saúde sobre o risco de morte das populações. Mortes evitáveis são aquelas causas de óbitos cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica, sugerindo que determinados óbitos não deveriam ocorrer, por ser possível sua prevenção e/ou o tratamento do agravo ou condição que o determina.

Assim, a morte evitável pode derivar, em algum grau, indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, que, por sua vez, podem acarretar a tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção. Sob esse ponto de vista, o óbito evitável pode ser compreendido, circunstancialmente, como um "evento sentinela", constituindo-se em um dos métodos para vigilância à saúde.

Os eventos sentinela apresentam-se como definidores de situações evitáveis, indicando que a qualidade da atenção deva ser melhorada, assim como determina que a investigação do ocorrido deva ser seguida de intervenções sobre possíveis setores socioeconômicos, ambientais, culturais ou genéticos que possam ser determinantes da situação encontrada. Além da pertinência do conceito de 'mortes evitáveis' ou 'evitabilidade', em si, seu uso pelas metodologias de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde parece igualmente apropriado.

Essas metodologias beneficiam-se da objetividade, oportunidade, facilidade e disponibilidade dos indicadores de mortes evitáveis, permitindo, por exemplo, análises

de suas tendências temporais e comparações de suas probabilidades estimadas entre regiões e Municípios.

No município de União da Vitória, de acordo com a tabela 26, observando-se os critérios de evitabilidade de óbitos infantis de 2016 a 2020, mostra que a causa que lidera em evitabilidade são as relacionadas às demais causas não claramente evitáveis, como exemplo, as malformações congênitas e problemas do aparelho circulatório como causa básica de morte, sendo que mortes decorrentes de malformações congênitas são consideradas de difícil redução, pois, em sua maioria, são de etiologia desconhecida. Entretanto, ações desenvolvidas no planejamento familiar e no pré-natal, como a suplementação vitamínica e com ácido fólico e o controle do diabetes materno podem colaborar na sua prevenção.

Tabela 26- Óbitos infantis segundo evitabilidade

SÉRIE HISTÓRICA DE ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO CRITÉRIOS DE EVITABILIDADE UNIÃO DA VITÓRIA - 2016 A 2020								
Causas Evit 0-4 AG	2016							
	1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1.2.1 Reduzíveis atenções à mulher na gestação	1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	1.2.3 Reduzíveis adequadas atenções ao recém-nascido	1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	2. Causas mal definidas	3. Demais causas (não claramente evitáveis)
	0	2	1	0	0	1	0	4
	2017							
	1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1.2.1 Reduzíveis atenções à mulher na gestação	1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	1.2.3 Reduzíveis adequadas atenções ao recém-nascido	1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	2. Causas mal definidas	3. Demais causas (não claramente evitáveis)

0	4	0	0	0	2	0	2
2018							
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1.2.1 Reduzíveis atenções à mulher na gestação	1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	1.2.3 Reduzíveis adequadas atenções ao recém-nascido	1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	2. Causas mal definidas	3. Demais causas (não claramente evitáveis)
0	3	0	0	0	1	0	2
2019							
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1.2.1 Reduzíveis atenções à mulher na gestação	1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	1.2.3 Reduzíveis adequadas atenções ao recém-nascido	1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	2. Causas mal definidas	3. Demais causas (não claramente evitáveis)
0	1	1	0	1	0	1	4
2020*							
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1.2.1 Reduzíveis atenções à mulher na gestação	1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	1.2.3 Reduzíveis adequadas atenções ao recém-nascido	1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	1.4. Reduz. ações promoção à saúde vinc. Aç. At	2. Causas mal definidas	3. Demais causas (não claramente evitáveis)
0	2	0	0	1	0	0	2

Fonte: SIM Federal DBF 06/05/2021

Além disso, em caso de detecção de malformação congênita durante o pré-natal, o encaminhamento da gestante para acompanhamento em serviços especializados e a programação do parto e do atendimento ao recém-nascido podem reduzir mortes infantis por essa causa. Estudos têm apontado a necessidade de aprofundar discussões sobre a melhor maneira de incorporar o peso ao nascer à classificação da evitabilidade de óbitos infantis contribuem para a mortalidade perinatal incluem em segundo lugar aparece as mortes evitáveis por adequada atenção à mulher durante a gestação e o parto e ao feto e ao recém-nascido, sendo que os fatores que mal passado obstétrico, curto intervalo interpartal, gravidez múltipla, história de natimorto, hipertensão, diabetes, ausência de cuidados pré-natais e baixo nível socioeconômico.

Com relação às características biológicas dos neonatos e fetos, destacaram-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Estudos têm demonstrado que quanto menor a idade gestacional, maior é o risco de morte, sendo considerados os principais preditores para a mortalidade perinatal.

A prematuridade extrema é fator de risco dominante, pois há 32 vezes mais chance de morte em recém-nascidos com 25 semanas do que recém-nascidos com 31 semanas.

As afecções e complicações maternas, a hipóxia intrauterina, asfixia ao nascer e trabalho de parto prematuro se evidenciam como maiores causadoras dos óbitos perinatais. Dos desfechos perinatais com causas maternas, as hemorragias (principalmente descolamento da placenta) e as doenças hipertensivas (especialmente pré-eclâmpsia) são as mais propensas a contribuir para as mortes, em específico, os fetais de terceiro trimestre. A redução do óbito por asfixia ao nascer associa-se à qualidade da assistência obstétrica e neonatal, indicando esforços adicionais para melhorar o atendimento obstétrico e neonatal no primeiro minuto de vida.

À medida que a TMI diminui percebe-se que as causas se tornam mais difíceis de reduzir-se, em vista da complexidade do cenário epidemiológico, seja pelos determinantes ou pela necessidade de tecnologia mais avançada.

4.9. Mortalidade fetal

O óbito fetal constitui-se como um significativo problema de saúde pública no Brasil. É definido, de acordo com o Ministério da Saúde, como a morte do produto da gestação antes da expulsão ou completa extração do organismo da mãe, independentemente do tempo da gravidez. Determina o óbito o fato de o feto não respirar nem dar qualquer outro sinal de vida depois de ocorrer à separação (BRASIL, 2009). A taxa de mortalidade fetal (TMF) é considerada um dos melhores indicadores de qualidade de assistência prestada à gestante e ao parto.

A TMF é calculada usando o número total de óbitos fetais no numerador, e o número de nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) no denominador, variando, porém, o critério de idade gestacional e peso para definir o óbito fetal.

Em União da Vitória os óbitos fetais são investigados e fazem parte da análise pelo comitê de mortalidade infantil e fetal desde 2017, tendo com isso dados mais fideis a serem estudados. Os números de óbitos fetais variam 6 a 8 por ano, desde 2017, se mantendo em um patamar de estabilidade, mas precisa diminuir consideravelmente (Tabela 27).

A maioria dos óbitos fetais ocorreu antes do parto, sugerindo deficiência da atenção pré-natal. Os fatores associados com óbito fetal foram: idade materna maior que 35 anos, baixa renda e escolaridade, pré-natal inadequado e natimorto prévio.

Tabela 27- Número de óbitos fetais

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMERO DE ÓBITOS FETAIS - 2009 -2020												
MUNICÍPIO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
UNIÃO DA VITÓRIA	5	10	6	5	0	5	8	1	7	6	8	7

Fonte: SIM Federal, consulta 01/04/2021

Conforme Barros OS, et al. (2019), em 2016, foram registrados 1,7 milhões de óbitos fetais no mundo, representando uma diminuição de 65,3% desde 1970. No Brasil, de 2000 a 2015 também se observou uma redução de quase 30% nesses óbitos, o que pode ser explicado devido ao aumento da cobertura de atenção ao pré-natal. No entanto, o número ainda é alto quando se leva em consideração outros países em desenvolvimento, como Chile e Argentina (SCHRADER G, 2017). Na literatura brasileira, os estudos que abordam o óbito fetal, suas causas básicas e fatores relacionados ainda são escassos quando comparados àqueles que tratam da mortalidade infantil como um todo (GIRALDI LM, et al., 2019). Somado a isso, segundo Schrader G (2017), apesar de o monitoramento das taxas de mortalidade fetal e infantil ser de forma conjunta um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, os programas e políticas de saúde ainda focalizam em sua maioria o óbito infantil.

Mesmo tendo sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, a despeito de sua grande importância, estudos apontam algumas condições que favorecem a ocorrência do óbito fetal, dentre elas: deficiente qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde tanto durante o pré-natal quanto no momento do parto; características maternas, como idade, escolaridade, doenças prévias e perdas fetais anteriores; características da gravidez, como a gemelaridade, e do feto, como idade gestacional e peso (HOLANDA AAS, 2013; SCHRADER G, 2017).

Tendo em vista que a mortalidade fetal reflete a qualidade e as condições de acesso a cuidados de saúde disponibilizados desde a Atenção Primária às gestantes,

bem como a qualidade da assistência intraparto, é fundamental conhecer e entender a epidemiologia da morte fetal a fim de promover ações voltadas à melhoria da saúde materno-infantil, subsidiando a adoção de medidas preventivas em relação aos óbitos fetais, os quais são considerados, em sua maioria, como eventos potencialmente evitáveis por ações básicas realizadas nos serviços de saúde (MENEZZI AMED, et al., 2016).

4.10. Morbidade

Morbidade é uma variável característica das comunidades de seres vivos e refere-se ao **conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças** (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo.

A morbidade serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população. As estatísticas de morbidade têm hoje uma importância cada vez maior pois elas são mais reveladoras que as de mortalidade, uma vez que estas mostram um quadro de saúde como ela foi, enquanto que para se perceber a saúde como ela é, é necessário utilizar as estatísticas de morbidade. Elas representam as condições de saúde de uma população com muito mais sensibilidade que as taxas de óbitos.

Em vista da alta perda econômica e da perturbação social causada pela doença e pelo custo do cuidado médico, é necessário que se tenha informações exatas para planejar medidas de prevenção sobre uma base adequada. Assim, a quantidade e a duração da doença, e não somente a mortalidade que produz, são importantes.

A utilidade das estatísticas de morbidade está em geral ligada a essa informação, detalhada nos seguintes pontos:

- a) quantas pessoas sofrem de determinadas doenças, com que frequência e por quanto tempo;
- b) que demanda exercem essas doenças sobre os recursos médicos de saúde pública e que perda financeira causam;
- c) qual a letalidade das diferentes doenças;
- d) em que extensão as pessoas estão prevenidas contra essas doenças ao efetuar suas atividades normais;

e) em que extensão as doenças estão concentradas em grupos específicos da população, por exemplo, de acordo com a idade, sexo, grupo étnico, ocupação ou lugar de residência;

f) qual a variação desses fatores no tempo;

g) qual o efeito da atenção médica e dos serviços de saúde pública sobre o controle da incidência da doença.

Frente a isso, ao analisar as informações sobre os dados de morbidade relacionados às internações hospitalares efetuadas pelo SUS (Tabela 28), no município de União da Vitória, aparece em primeiro lugar a Gravidez parto e puerpério com 16,74% das internações, em segundo lugar se destaca as doenças do aparelho circulatório, com 16,72% das internações, em terceiro lugar aparece as internações por causas externas, com 13%, seguidas das doenças do aparelho digestório com 8,8% das internações, e do aparelho respiratório com 8,5%, seguido das demais. O que se percebeu foi o aumento do número de internações por transtornos mentais e comportamentais nos últimos 6 anos, com 2.118 (7,6%) dos casos.

Tabela 28- Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.

Morbidade Hospitalar de Residentes, segundo capítulo da CID-10 - 6ª Regional de Saúde 2015 a 2020	
Capítulo da CID-10	Municípios de Residência
	União da Vitória
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1017
II. Neoplasias (tumores)	533
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	274
IV. Doenças endócrinas	530

nutricionais e metabólicas	
V. Transtornos mentais e comportamentais	2118
VI. Doenças do sistema nervoso	668
VII. Doenças do olho e anexos	169
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	38
IX. Doenças do aparelho circulatório	4621
X. Doenças do aparelho respiratório	2352
XI. Doenças do aparelho digestivo	2429
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	423
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	747
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1849
XV. Gravidez parto e puerpério	4627
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	468
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	170
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	530
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3609
XX. Causas externas de	1

morbidade e mortalidade	
XXI. Contatos com serviços de saúde	459
Total	27632

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Data da consulta: 01/05/2021.

4.11. Doenças transmissíveis e imunopreveníveis

A prevenção e o controle das doenças transmissíveis e imunopreveníveis no Paraná, decorrem da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI), da estruturação do sistema de vigilância epidemiológica e da interlocução entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária.

Tais fatores vêm contribuindo para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis e transmissíveis se apresentem em processo de controle, eliminação e/ou erradicação.

Além da vacinação de rotina, o programa estadual desenvolve vacinação de bloqueio de casos suspeitos de doenças imunopreveníveis, campanhas anuais de vacinação contra a poliomielite, influenza, campanhas de seguimento contra o sarampo e realização de monitoramento rápido de cobertura vacinal em todos os municípios do estado, análise e monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação e a manutenção da rede de frio, para conservação dos imunobiológicos em todos os níveis, assegurando a qualidade dos produtos disponibilizados.

Nas três últimas décadas, a situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que se resume nas seguintes tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante, doenças transmissíveis com quadro persistente e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes. Para manutenção deste quadro, é fundamental manter coberturas vacinais adequadas e de forma homogênea, evitando assim formação de populações suscetíveis e vigiar a presença de casos de doenças na população, tentando fazer com que os mesmos não aumentem e/ou saiam de controle.

4.12. Cobertura Vacinal

A avaliação da cobertura vacinal inclui um conjunto de indicadores que informam a potencial proteção de crianças menores de um ano para algumas doenças imunopreveníveis, como a pneumocócica, pentavalente, poliomielite e tríplice viral, e outras doenças invasivas. Os resultados da cobertura vacinal de menores de 1 ano de 2016 a 2020 estão detalhados tabela 18, e apontam o alcance das metas em torno de 90% de cobertura para as vacinas acima citadas (Tabela 29). Foi observado que a homogeneidade das metas atingidas foram melhorando com o passar dos anos, mas precisam aumentar. Indicando a necessidade de um repensar nas estratégias de vacinação da população em questão.

Tabela 29- Cobertura vacinal e homogeneidade – 2016-2020

SÉRIE HISTÓRICA COBERTURA VACINAL –UNIÃO DA VITÓRIA, 2016 A 2020											
Ano	População	Pneumocócica (<1 ano) - Doses	Pneumocócica (<1 ano) - Cobertura	Pentavalente (< 1 ano) - Doses	Pentavalente (< 1 ano) - Cobertura	Poliomielite (< 1 ano) - Doses	Poliomielite (< 1 ano) - Cobertura	Tríplice Viral - D2 – Doses	Tríplice Viral - D2 – Cobertura	Nº DE VACINAS COM COBERTURA ADEQUADA	HOMOGENEIDADE DE COBERTURA VACINAL
2016	821	589	71,74	535	65,16	527	64,19	515	62,73	0	0
2017	821	659	80,27	601	73,2	595	72,47	495	60,29	0	0
2018	758	786	103,69	763	100,66	762	100,53	682	89,97	3	75
2019	842	786	93,35	792	94,06	770	91,45	734	87,17	0	0

2020	842	810	96,2	860	102,14	810	96,2	767	91,09	3	75
------	-----	-----	------	-----	--------	-----	------	-----	--------------	---	----

Fonte: SI-PNI, consulta 15/03/2021

4.13. Doenças de notificação compulsória

Notificação Compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal.

A lista de Doenças de notificação compulsória é um recurso comumente utilizado pelos órgãos de saúde para que seja possível identificar e analisar agravos à saúde, bem como doenças relacionadas. A lista que inclui todas as doenças de notificação compulsória foi desenvolvida por meio da Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016.

Além das doenças, os médicos (ou profissionais da área da saúde) são obrigados a notificar às autoridades de saúde quando houver agravos e eventos de saúde em todo o território nacional, em ambiente público e privado. O SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação é um site que tem autorização para receber as notificações compulsórias, sendo uma ferramenta de suma importância para o planejamento da saúde dos brasileiros, pois gera diagnósticos mais precisos sobre os casos e contribui para a construção das melhores soluções para a Saúde.

Considerando que a notificação compulsória tem por finalidade levar ao conhecimento das autoridades sanitárias o surgimento de enfermidades que podem prejudicar ou ameaçar a saúde da população, essa importante ferramenta dá à administração pública elementos para empregar medidas protetivas à coletividade e assim reduzir, prevenir, conter a propagação pelo contágio e, até, erradicar doenças.

Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata nacional, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas.

Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan. A tabela 30 demonstra que o município de União da Vitória não alcançou 100% nesse indicador, precisando observar esse indicador e agilizar o encerramento.

Tabela 30- Doenças de notificação compulsória imediata encerradas até 60 dias após investigação

PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO					
MUNICÍPIOS	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	100	80	80	86,67	90,91

Fonte: SINAN-NET, consulta 01/04/2021

4.14. Agravos e doenças transmissíveis

4.14.1. HIV/AIDS

O Brasil tem registrado queda no número de casos de infecção por Aids nos últimos anos. Desde 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção da doença no país, que passou de 21,9/100 mil habitantes em 2012 para 17,8/100 mil habitantes em 2019, representando um decréscimo de 18,7%. A taxa de mortalidade por Aids apresentou queda de 17,1% nos últimos cinco anos.

Em 2015, foram registrados 12.667 óbitos pela doença e em 2019 foram 10.565. Ações como a testagem para a doença e o início imediato do tratamento, em caso de diagnóstico positivo, são fundamentais para a redução do número de casos

e óbitos. Atualmente, cerca de 920 mil pessoas vivem com HIV no Brasil. Dessas, 89% foram diagnosticadas, 77% fazem tratamento com antirretroviral e 94% das pessoas em tratamento não transmitem o HIV por via sexual por terem atingido carga viral indetectável. Em 2020, até outubro, cerca de 642 mil pessoas estavam em tratamento antirretroviral. Em 2018 eram 593.594 pessoas em tratamento.

A taxa de detecção dos casos de Aids por 100 mil habitantes apresentou redução de 36,7%. No Paraná entre os anos de 2015 e 2019 (de 15,3 para 9,7), e a de mortalidade, também por 100 mil habitantes, teve queda de 22,6% no mesmo período, de 5,4 para 4,2 (BRASIL, 2020). No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 41.919 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids.

O Ministério da Saúde estima que cerca de 10 mil casos de Aids foram evitados no país, no período de 2015 a 2019. A maior concentração de casos de Aids está entre os jovens, de 25 a 39 anos, de ambos os sexos, com 492,8 mil registros. Os casos nessa faixa etária correspondem a 52,4% dos casos do sexo masculino e, entre as mulheres, a 48,4% do total de casos registrados (BRASIL, 2021).

Em União da Vitória, em relação a AIDS, os últimos dados epidemiológicos (Tabela 31), apontam para a diminuição do número de casos a partir de 2018 (25 casos novos), 2017 (12 casos) e em 2020 (7 casos), em 2020 essa diminuição pode estar relacionada com a pandemia do COVID 19, onde os esforços se concentraram nesse problema, diminuindo as testagens em todo o município.

Tabela 31- Casos de HIV/Aids de 2016 a 2020

Série Histórica de Casos de AIDS População Geral Segundo Município - 6ªRS					
Municípios	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	11	15	25	12	7

Fonte: SINAN-NET/MAIO 2021

Em relação a taxa de transmissão vertical o município não teve nenhum caso nos anos de 2016 a 2020, apesar de ter 12 casos de gestantes soropositivas acompanhadas no município no período. Sabe-se que a transmissão vertical depende de vários fatores, cabendo citar a necessidade de: vinculação precoce de gestantes na atenção primária à saúde e outros serviços; implantação e rastreamento do HIV

em gestante; notificação, monitoramento, gestão da clínica e de caso, bem como de uma linha de cuidados da gestante e da criança.

As ações de prevenção e diagnóstico de HIV/AIDS no município, são desenvolvidas em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu – CISVALI.

Porém, o tratamento, em comum acordo, é realizado pelo CISVALI, com acompanhamento da equipe de Vigilância Epidemiológica do município.

4.14.2. Número de casos de sífilis congênita, sífilis em gestantes e sífilis adquirida

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905. A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente o sistema nervoso e cardiovascular. Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também ser possível ocorrer na passagem do feto no canal do parto.

A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode implicar consequências severas, como abortamento, parto prematuro, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde para o Controle da Sífilis Congênita, somente é considerado tratamento adequado da gestante quando a mesma e o parceiro realizam o tratamento completo e adequado ao estágio da doença concomitantemente, com término do tratamento pelo menos 30 dias antes do parto.

Dentre os principais fatores que contribuem para o tratamento inadequado de parcela significativa de gestantes com diagnóstico de sífilis durante a gravidez é a não realização do tratamento do parceiro, que ocorre na maior parte das vezes devido a não adesão do mesmo ao tratamento proposto.

No município de União da Vitória, em relação aos casos de sífilis congênita, o número aumentou nos anos 2017 (13 casos) e 2018 (18 casos) diminuindo consideravelmente em 2019 (1 caso) e 2020 (2 casos). Vale ressaltar que todo caso de recém-nascido de gestante com sífilis que não realizou tratamento adequado durante a gestação deve ser notificado como sífilis congênita. Na Tabela 32, apresentamos os dados de sífilis congênita do município, de 2016 a 2020.

Tabela 32- Sífilis congênita de 2016 a 2020

SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA - 6ªRS						
Municípios	2016	2017	2018	2019	2020	Total
União da Vitória	4	13	18	1	2	38

Fonte: SINAN-NET/maio, 2021

A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente ao desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento.

É um dado preocupante quando se observa que em uma série histórica de 5 anos (2016 a 2020), de 63 gestantes com diagnóstico de sífilis durante a gestação (Tabela 33), 38 crianças nasceram com sífilis congênita. Na população em geral (sífilis adquirida) durante os cinco anos (Tabela 34), foram diagnosticados 157 casos, sendo que diminuiu em 2019 e 2020, também pode estar relacionado com a diminuição de exames diagnósticos de testes rápidos, por causa da COVID 19.

Tabela 33- Sífilis em gestante

SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE SÍFILIS GESTANTE - 6ªRS						
Municípios	2016	2017	2018	2019	2020	Total
União da Vitória	7	21	15	9	11	63

Fonte: SINAN/NET/maio, 2021

Tabela 34- Sífilis adquirida na população em geral

SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA DIAGNOSTICADA POPULAÇÃO GERAL - 6ªRS						
Municípios	2016	2017	2018	2019	2020	Total
União da Vitória	13	52	52	27	13	157

Fonte: SINAN-NET/maio, 2021

4.15. Tuberculose

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde pública mundial. Estima-se que 2019, no mundo, cerca de dez milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,2 milhão morreram devido à doença. Quanto aos desfechos de tratamento, em 2018, o percentual de sucesso de tratamento foi de 85% entre os casos novos. Em relação ao Brasil, o país continua entre os 30 países de alta carga para a TB e para coinfeção TB-HIV, sendo, portanto, considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2020, o Brasil registrou 66.819 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. Em 2019, foram notificados cerca de 4,5 mil óbitos pela doença, com um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes.

No Paraná observa-se que em 2020 houve uma redução de 5,8% no diagnóstico de casos novos de tuberculose, em comparação com 2019 que foi 2.220 casos novos ou incidência de 19,4/100 mil habitantes. O número de casos em tratamento manteve-se estável em comparação com os anos anteriores, em torno de 260.

Conhecer os indicadores epidemiológicos da TB é essencial para o planejamento de ações que visem controle da doença nos diversos âmbitos. Permite, ainda, a identificação de necessidades e situações que impõem desafios ao manejo da doença, principalmente diante do cenário atual de enfrentamento do novo coronavírus, o qual agravou a situação epidemiológica de TB no país e no mundo.

Nessa situação de pandemia, algumas alterações importantes nos indicadores epidemiológicos operacionais foram observadas, tais como: redução no total de notificações de TB nos três níveis de atenção, com queda mais pronunciada na

atenção terciária, redução no consumo de cartuchos da rede de teste rápido molecular para tuberculose, em comparação com o ano de 2019.

A tuberculose exige o desenvolvimento de estratégias e ações sistemáticas para o seu controle, com maior incidência entre populações vulneráveis, como indígenas, população vivendo com HIV/AIDS, população privada de liberdade e pessoas em situação de rua, que têm maior probabilidade de adoecer e, muitas vezes, dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial da Saúde, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035.

O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo e, desde 2003, a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde.

Embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita, pelo Sistema Único de Saúde, ainda temos barreiras no acesso e acontecem aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano, como causa básica a tuberculose.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT), decidiu elaborar o plano nacional com o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, atingindo a meta de menos de 10 casos por 100 mil habitantes, até o ano de 2035.

O progresso global para o enfrentamento da doença depende de avanços na prevenção e cuidado ao paciente em todos os países de alta carga de tuberculose, dentre eles o Brasil. No mundo, o percentual de redução no coeficiente de incidência de tuberculose foi de 1,5% entre 2014 e 2015.

No entanto, para o alcance dos primeiros objetivos da estratégia, faz-se necessário uma redução média anual de 4,0 a 5,0% até 2020, o que não aconteceu. Observando-se os dados de incidência do período de 2016 e 2020 no município de União da Vitória nota-se uma oscilação no número de casos, onde em 2016 e 2017 teve 15 casos respectivamente, aumentando para 19 casos em 2018, e voltando a diminuir em 2019 (17 casos), diminuindo consideravelmente em 2020 (11 casos) (Tabela 35), o que pode ter relação com a pandemia do COVID 19, tanto por falta de diagnóstico de novos casos, pela diminuição da procura e/ou pelo uso de máscara e álcool gel. Em relação ao coeficiente, em 2020 foi de 20,3, ficando abaixo da média nacional, mas acima da média do Estado do Paraná.

Tabela 35- Série histórica de casos de tuberculose por ano de diagnóstico 2011-2020

SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS SEGUNDO MUNICÍPIO											
Municípios	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
União da vitória	15	13	11	13	9	15	15	19	17	11	352

Fonte: SINAN, consulta 01/04/2021

Ainda que configure uma situação melhor que a nacional, o número absoluto de casos de tuberculose ainda é muito elevado no município, demandando intensificação das ações de vigilância para efetivo controle da doença. Entre as ações de vigilância em saúde desenvolvidas, destaca-se a busca dos sintomáticos respiratórios (SR) para exame e a detecção precoce da doença. Estima-se que 1% da população, no período de um ano, seja considerado SR, ou seja, apresenta tosse por mais de três semanas consecutivas.

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT) tem buscado cumprir as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Além disso, privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Primária, ampliando o acesso da população em geral e populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a tuberculose.

A tuberculose resistente tem sido alvo de grande preocupação no Estado. Nos dois últimos anos, o PECT tem investido no controle das solicitações de cultura, identificação do bacilo e teste de sensibilidade nos casos indicados pelo protocolo em todas as oportunidades de capacitação e monitoramento, já que casos não identificados de resistência ao tratamento padrão possibilitam a transmissão primária de casos resistentes.

Para interromper a cadeia de transmissão da TB e, conseqüentemente reduzir a incidência, é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para descoberta de casos. É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de tuberculose são de forma pulmonar, e destes, 60% são bacilíferos.

Conforme o “Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose Como Problema de Saúde Pública “BRASIL LIVRE DE TUBERCULOSE 2017” é de competência da esfera municipal:

- Monitorar os indicadores epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento das metas propostas nos instrumentos de gestão do SUS;
- Coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, supervisionar e participar da investigação e do controle dos contatos de pessoas com tuberculose;
- Notificar no Sinan os casos de tuberculose, bem como acompanhá-lo, por meio do sistema de informação, durante todo o tratamento, com a geração de boletins de acompanhamento mensal;
- Realizar visitas de monitoramento das ações de controle da tuberculose aos serviços de saúde;
- Assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizados nas normas;
- Providenciar junto ao órgão regional, os medicamentos para tratamento da tuberculose.
- Operacionalizar o tratamento diretamente observado e as medidas preventivas e profiláticas;
- Estimular a organização e a participação da sociedade civil no controle da tuberculose;
- Elaborar e distribuir materiais educativo/ informativo. Desta forma incluem-se os indicadores de saúde a fim de nortear as ações para o enfrentamento deste agravo.
- Identificar e examinar os Sintomáticos Respiratórios (SR) objetivando a detecção precoce de casos novos de tuberculose. A meta é examinar 1% da população estimada anualmente.
- Realizar a investigação de todos os contatos dos casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.
- Garantir a realização de exames anti-HIV para todos os casos de tuberculose.
- Curar 90% dos casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.
- Diminuir para 5% a taxa de abandono de tratamento de Tuberculose.

- Solicitar cultura para BAAR em todos os exames de investigação de casos suspeitos de tuberculose, conforme normas vigentes.
- Realizar o TDO (tratamento diretamente observado) em 90% dos casos de tuberculose. O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) é um teste automatizado, simples, rápido e de fácil execução nos laboratórios. O teste detecta o *Mycobacterium tuberculosis* e indica se há resistência à rifampicina, em aproximadamente duas horas.

O TRM-TB será realizado em situações especiais (população vulnerável, casos de reincidentes e casos de resistência a rifampicina) e de acordo com as orientações da 6ª Regional de Saúde.

4.16. Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium Leprae*, que pode afetar qualquer pessoa. Caracteriza-se por alteração, diminuição ou perda da sensibilidade térmica, dolorosa, tátil e força muscular, principalmente em mãos, braços, pés, pernas e olhos e pode gerar incapacidades permanentes.

Diagnosticar cedo é o elemento mais importante para evitar transmissão, complicações e deficiências. Quanto mais cedo for o diagnóstico da hanseníase melhor, porque o tratamento cura a doença, interrompe a transmissão e previne as seqüelas. É muito importante procurar um serviço de saúde quando há sintomas e espalhar essas informações para que todos saibam se cuidar.

Em 2019 o Brasil registrou 27.864 novos casos de hanseníase. É o primeiro no mundo em incidência (quantidade de doentes em relação ao número de pessoas) e segundo em número de casos, depois da Índia.

No Paraná o maior problema é o desconhecimento da doença, que faz com que os casos, sejam detectados tardiamente, muitas vezes apenas pelas seqüelas que já apresentam.

No município de União da Vitória, nos últimos 5 anos, o número de casos sofreu redução, em 2016, 2017 e 2018 se manteve em 6 casos, reduzindo drasticamente em 2019 com um caso e em 2020 com nenhum caso. Essa queda pode estar relacionada

com a pandemia da Covid 19, onde menos diagnósticos foram e são realizados (Tabela 36)

Tabela 36- Casos de Hanseníase de 2011 a 2020

SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS SEGUNDO MUNICÍPIO											
Municípios	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
União da Vitória	8	7	6	2	5	6	6	6	1	0	115

Fonte: SINAN, consulta 01/04/2021

4.16.1. Proporção de diagnósticos de hanseníase com grau de incapacidades físicas

A Hanseníase é uma doença infecciosa que pode ser responsável pelo desenvolvimento de inúmeras seqüelas. Embora seja considerada uma doença de níveis de incidência descendentes, o tratamento e acompanhamento dos pacientes persistem mesmo com a cura da doença, em virtude das incapacidades deixadas por seqüelas.

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, de grande importância para a saúde pública, pois apresenta, entre outros fatores, alto poder incapacitante, sendo sua notificação de caráter compulsório em todo o Brasil e de investigação obrigatória.

A suspeita de hanseníase se baseia na presença de um ou mais sinais ou sintomas, que podem estar localizados, sobretudo, nos membros inferiores e superiores com destaque para as regiões das mãos e pés, bem como na face, nas orelhas, nas costas, nas nádegas e nas pernas.

A infecção granulomatosa crônica é causada pela bactéria *Mycobacterium Lepra*, em forma de bastonete, que resulta na perda da capacidade motora e sensorial provocando deformidades. Contribuindo com as demandas epidemiológicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) padronizou um instrumento de avaliação de incapacidades que determina o envolvimento de mãos, pés e olhos. Destacam essas áreas por apresentarem maior frequência de lesão, diagnóstico mais simples e maiores repercussões nas atividades cotidianas do indivíduo.

Dessa forma uma boa avaliação com destaque a esses pontos, podem contribuir para um diagnóstico precoce e o tratamento adequado, sobretudo em quadros de reações e neurites, quando são primordiais para evitar ou reduzir as complicações (deformidades e incapacidades), amenizando os custos da reabilitação e impactando positivamente na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos.

O tratamento recomendado baseia-se na quimioterapia, supressão de surtos reacionais, bem como a prevenção de incapacidades físicas junto à reabilitação física e psicossocial. Deve ser realizado monitoramento por meio do exame neurológico (mesmo que simplificado), que possibilite diagnóstico e intervenção precoce no momento em que se inicia o acometimento neural periférico, reduzindo-se, assim, as chances de desenvolvimento de incapacidades físicas. Estas, por sua vez, podem acarretar problemas como a diminuição da capacidade do trabalho e o absenteísmo, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo também responsáveis pelo estigma e preconceito histórico de aversão aos pacientes portadores da doença.

Surgiram grandes avanços no controle da hanseníase, sendo a introdução da Poliquimioterapia (PQT) uma das mais expressivas. APQT mata o bacilo e evita a evolução da doença, dessa forma, reduz a possibilidade de transmissão e previne as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura. Ao lado dos avanços quimioterápicos ressalta-se a importância das Técnicas de Prevenção de Incapacidades, com a finalidade de prevenir e reduzir essas manifestações clínicas e, conseqüentemente, as incapacidades físicas.

Recomenda-se a realização de avaliações padronizadas pelas normas do Ministério da Saúde, realizadas por meio do formulário para o Registro de Incapacidades Físicas. Pela avaliação, é determinado o grau de incapacidade sugerido pela OMS, como:

- Grau 0 - Sem sinais e/ou sintomas decorrente de hanseníase;
- Grau I – Anestesia;
- Grau II - Úlceras, garra móvel, reabsorção discreta, pé caído, lagofalmo e/ou ectrópio, triquiase, opacidade da córnea; e
- Grau III – Mão caída, articulações anquilosadas, contratatura, reabsorção intensa e acuidade visual menor de 0,1 na escala opto métrica. No entanto, ainda se faz necessária uma maior divulgação desses métodos, bem como há uma grande necessidade de divulgação científica desses dados.

Em União da Vitória de 2016 a 2020 observou-se que 5 pacientes apresentaram grau de incapacidade I, e 5 pacientes grau de incapacidade II (Tabela 37), que pode estar relacionado com a demora em procurar os serviços de saúde para realizar o tratamento e acompanhamento da doença, ainda a resistência de alguns pacientes em realizar o tratamento, mesmo apresentando diagnóstico Positivo para a doença.

O município possui na vigilância epidemiológica, profissionais capacitados para realizar a prevenção, acompanhamento e monitoramento para evitar possíveis incapacidades.

Tabela 37- Grau de incapacidade física

Série Histórica de Hanseníase segundo Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico - 6ªRS, 2016 A 2020						
MUNICÍPIOS	Ign/Branco	GRAU 0	GRAU I	GRAU II	Não Avaliado	Total
União da Vitória	2	7	5	5	0	19

Fonte: SINAN-NET/6ªRS/MAIO 2021

4.17. Hepatites

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas. Entretanto, quando presentes, podem se manifestar como: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjôo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. Existem ainda, com menor frequência, o vírus da hepatite D (mais comum na região Norte do país) e o vírus da hepatite E, que é menos freqüente no Brasil, sendo encontrado com maior facilidade na África e na Ásia.

As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C freqüentemente se tornam crônicas. Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, grande parte das pessoas desconhecem ter a infecção. Isso faz com que a doença possa evoluir por

décadas sem o devido diagnóstico. O avanço da infecção compromete o fígado sendo causa de fibrose avançada ou de cirrose, que podem levar ao desenvolvimento de câncer e necessidade de transplante do órgão.

O impacto dessas infecções acarreta em aproximadamente 1,4 milhões de mortes anualmente no mundo, seja por infecção aguda, câncer hepático ou cirrose associada as hepatites. A taxa de mortalidade da hepatite C, por exemplo, pode ser comparada ao HIV e tuberculose.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2021), calcula-se que existam 3,5 milhões de brasileiros com as formas mais graves de hepatite – cerca de 800 mil com hepatite B e 2,7 milhões com hepatite C –, seis vezes o número estimado de portadores do vírus da Aids.

Juntas, as pessoas com essas duas formas de hepatite, que aumentam o risco de desenvolver cirrose e câncer de fígado ao longo da vida, ocupariam uma cidade como Salvador, na Bahia, a terceira maior do país.

Em União da Vitória foram notificados 44 casos de hepatites nos anos de 2016 a 2020, onde desses, 11 foram de hepatite B e 18 de hepatite C, e 15 como ignorados ou em branco. É preocupante quanto aos dados ignorados/branco, pois para que a vigilância possa atuar de forma eficiente, é preciso que os registros das doenças apresentem qualidade no que se refere às informações contidas na ficha de notificação.

A qualidade dos dados pode ser verificada pela inconsistência entre duas variáveis que se complementam e pela completitude de cada variável, considerando os campos ignorados e em branco. O Programa Municipal de IST, AIDS e Hepatites Virais segue as diretrizes nacionais do Ministério da Saúde para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hepatites virais do município, além do monitoramento do perfil epidemiológico dentro da cidade de União da Vitória. Realiza anualmente campanhas direcionadas às populações vulneráveis para Hepatite B e C como: pessoas acima de quarenta anos, diabéticos tipo II, trabalhadores com materiais recicláveis, trabalhadores da construção civil e profissionais que atuam na área de estética entre outras.

Os casos confirmados são encaminhados para o CISVALI, para seguimento do tratamento. A metodologia por testagem rápida para investigação de Hepatite B e C está disponível em todas as Unidades de Saúde do município e na Vigilância Epidemiológica. Quanto à etiologia das hepatites virais observa-se redução importante

dos casos notificados de hepatite A, que se justifica pela melhoria das condições de saneamento básico no município. Houve também a redução de casos de Hepatite B com a introdução da vacina contra hepatite B no nascimento. Observa-se um aumento de casos de hepatite C nos últimos 5 anos (Tabela 38).

Tabela 38- Número de casos de hepatites B e C por ano de diagnóstico – 2016-2020

SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE HEPATITES VIRAIS NOTIFICADOS - 6ªRS 2016 a 2020

Municípios	Ign/Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + C	Não se aplica	Total
União da Vitória	15	0	11	18	0	0	44

Fonte: SINAN-NET/6ªRS/maio 2021

4.18. COVID 19

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos.

Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus estão por toda parte. Eles são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum.

Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoVs) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o, mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2). Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença COVID-19. Desde então esforços contínuos de vigilância vem sendo feitos para detectar, isolar e cuidar precocemente de pacientes infectados com o novo coronavírus.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

(ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Essa decisão aprimora a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus.

É a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é declarada. As outras foram:

- 25 de abril de 2009: pandemia de H1N1;
- 5 de maio de 2014: disseminação internacional de poliovírus;
- 8 agosto de 2014: surto de Ebola na África Ocidental;
- 1 de fevereiro de 2016: vírus Zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas;
- 18 maio de 2018: surto de ebola na República Democrática do Congo.

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo.

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). O vírus que causa a COVID-19 é transmitido principalmente por meio de gotículas geradas quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou exala. Essas gotículas são muito pesadas para permanecerem no ar e são rapidamente depositadas em pisos ou superfícies.

A pessoa pode se contaminar ao inalar o vírus se estiver próximo de alguém que tenha COVID-19 ou ao tocar em uma superfície contaminada e, em seguida, passar as mãos nos olhos, no nariz ou na boca. Tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarréia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves.

A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica

gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode pegar a COVID-19 e ficar gravemente doente.

As orientações de prevenção no início da pandemia eram o cuidado com a lavagem das mãos com frequência, uso de sabão e água ou álcool em gel, manter uma distância segura de pessoas que estiverem tossindo ou espirrando, uso de máscara, evitar tocar nos olhos, no nariz ou na boca, cobrir o nariz e boca com o braço dobrado ou um lenço ao tossir ou expirar, isolamento social e procurar atendimento médico se tiver febre, tosse e dificuldade para respirar. A partir de janeiro de 2021, a prevenção contou com o início da vacinação em quase todo o país.

A vacinação teve início pelos grupos prioritários da chamada fase 1: trabalhadores de saúde, pessoas institucionalizadas (que residem em asilos) com 60 anos de idade ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência e população indígena aldeada.

Em 18 de janeiro de 2021 a vacinação para covid 19 iniciou no Estado do Paraná, e em 21 de janeiro no Município de União da Vitória, sendo aplicada de acordo com a distribuição da vacina pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao histórico da doença em União da Vitória, o primeiro caso foi diagnosticado em março de 2020, observando-se que durante o ano, o número de casos foram aumentado, com oscilações no decorrer dos meses, tendo um aumento significativo em julho, se mantendo com casos positivos ao longo do ano, sendo que durante o ano de 2020 foram coletados 3.699 amostras de PCR para covid, e desses 1.100 foram positivos, o número da casos começou a aumentar consideravelmente no mês de dezembro, se mantendo com vários casos positivos em 2021 (Gráfico 01).

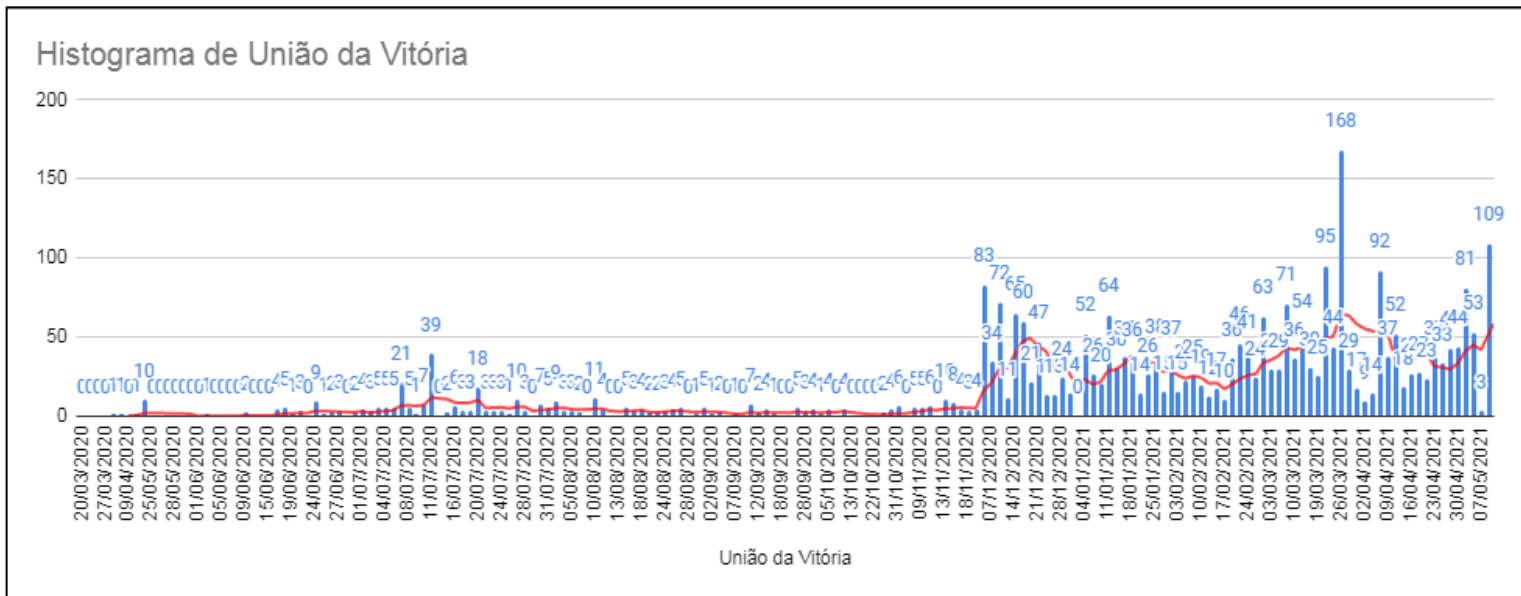
Em relação ao número de óbitos por covid 19, de acordo com a tabela 39, no município de União da Vitória foram registrados 13 óbitos no ano de 2020, aumentando consideravelmente o número de óbitos em 2121.

Tabela 39- Proporção de óbitos e casos confirmados

PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR COVID - 6ªRS - UNIÃO DA VITÓRIA		
Ano	Mês	Quantidade
2020	Março	0
	Abril	0
	Maio	0
	Junho	1
	Julho	2
	Agosto	2
	Setembro	1
	Outubro	0
	Novembro	3
	Dezembro	4
	2021	Janeiro
Fevereiro		6
Março		24
Abril		17
Maio		35
Junho		22
Julho		5
Total		128

Fonte: Vigilância Epidemiológica/julho de 2021

Gráfico 1- Evolução casos de COVID-19 confirmados período 20/03/2020 a 07/05/2021 – União da Vitória



Fonte: 6ªRS/maio 2021

4.19. Violência interpessoal e autoprovocada

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), no Brasil, cerca de 29,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais sofreram violência psicológica, física ou sexual. A pesquisa mostra que a violência atinge mais as mulheres, os jovens, as pessoas pretas ou pardas e a população de menor rendimento.

De acordo com a PNS, o percentual de mulheres que sofreram violência nos 12 meses anteriores à pesquisa é de 19,4% ante 17,0% de homens. Entre jovens de 18 a 29 anos, o percentual chega a 27,0%, enquanto é de 20,4% na faixa de 30 a 39 anos; 16,5% entre os adultos de 40 a 59 anos e 10,1% entre os de 60 anos ou mais. As pessoas pretas (20,6%) e pardas (19,3%) sofreram mais com a violência do que as pessoas brancas (16,6%).

A mesma tendência ocorreu com a população com menor rendimento (sem rendimento ou até 1/4 do salário-mínimo), em comparação com a de maior rendimento (mais de 5 salários-mínimos), 22,5% e 16,9%.

Em relação à violência contra a criança e ao adolescente, temos a dizer que toda violação de direitos é grave para a criança e para o adolescente. O grau de

comprometimento decorrente disso vai depender do nível de resiliência individual, da intensidade do apoio familiar e da presença de uma rede social ativa.

A análise do banco de dados de violência contra esta população permite conhecer o perfil dessas práticas na cidade que ocorrem principalmente no ambiente intrafamiliar. A tabela 44 demonstra as notificações de violências contra crianças e adolescentes no município de União da Vitória, observando-se um aumento expressivo de casos, com 29,7% dos casos notificados de 2016 a 2020. Chama a atenção também que a idade que mais teve notificação de violências nesse período foi de 20 a 34 anos, com 37,7%, ou seja, na fase produtiva das pessoas.

Na tabela 42 está demonstrando que nos 5 anos estudados houveram 286 casos de violência notificados em União da Vitória, e referiam-se à violência intrafamiliar, tendo ocorrido no ambiente doméstico. A violência extrafamiliar representou 104 dos registros, referindo-se basicamente a situações de violência urbana, bullying e violência sexual, cometida por terceiros. A violência física foi a mais freqüente na violência extrafamiliar (359 casos), seguida da violência psicológica/moral (57 casos).

O município de União da Vitória possui instituído o Núcleo de Prevenção às Violências, onde fazem parte as diferentes instituições representativas no município, entre elas os hospitais, serviços públicos e particulares, Conselho Tutelar, Conselho dos Idosos, Conselho da Criança e do Adolescente, entre outros, sendo que no decorrer desses anos, as ações intersetoriais e integradas do município de União da Vitória resultaram em progressivo aumento do número de notificações, dando maior visibilidade ao agravo.

Em relação a violência sexual, no ano de 2010, foi organizado fluxo de atendimento intersetorial e integrado para as vítimas de violência sexual, e que está em todos os anos sendo reestruturado e ampliado, de acordo com as necessidades, sendo que em 2021 foi construído uma minuta de atendimento às vítimas de violências sexual pela Comissão Regional de Enfrentamento às Violências, e que está sendo adaptada à realidade municipal, com o intuito de ampliar a qualificação da assistência a esta população de forma intersetorial.

Na UPA do município se concentra o atendimento para todas as vítimas de violências, sendo disponibilizado para as vítimas de violência sexual o kit de prevenção à exposição, que é distribuído pelo Ministério da Saúde.

Observando a tabela 40, verificou-se que as notificações de violência diminuíram no ano de 2020, o que pode estar relacionado com a pandemia da covid 19, onde as pessoas procuram com menor frequência atendimentos. Mas no contexto geral o número de violência contra a mulher aumentou durante a pandemia. Na tabela nº 41 está representado o número de violências por gênero, onde 336 (70,4%) foram do gênero feminino e 141 do masculino (29,5%), ficando claro que as mulheres estão mais expostas às violências.

Tabela 40- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências - 2016 a 2020

SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS - 2016 a 2020						
MUNICÍPIOS	2016	2017	2018	2019	2020	Total
União da Vitória	41	140	111	102	83	477

Fonte: SINAN - NET 29/03/2021

Tabela 41- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo sexo - 2016 a 2020

SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS SEGUNDO SEXO - 2016 a 2020			
MUNICÍPIOS	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
União da Vitória	141	336	477

Fonte: SINAN - NET 29/03/2021

Tabela 42- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo tipo - 2016 a 2020

SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS SEGUNDO TIPO DE VIOLÊNCIA - 2016 a 2020

MUNICÍPIOS	União da Vitória
FÍSICA	359
PSICOLÓGICA/MORAL	57
TORTURA	18
SEXUAL	16
FINANCEIRA/ECONÔMICA	3
NEGLIGÊNCIA/ABANDONO	12
OUTRAS VIOL	7
TOTAL	472

Fonte: SINAN - NET 29/03/2021

Tabela 43- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, local de ocorrência - 2016 a 2020

SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA - 2016 a 2020

Municípios	Residência	Habitação Coletiva	Escola	Local de prática esportiva	Bar ou Similar	Via pública	Comércio/Serviços	Indústrias/Construção	Outros	Total
União da Vitória	286	4	7	0	9	61	10	0	13	390

Fonte: SINAN - NET 29/03/2021

Tabela 44- Número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por faixa etária - 2016 a 2020

SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - FAIXA ETÁRIA - 2016 a 2020

União da Vitória	<1 ano	01 ano	5 anos	14 anos	15-19 anos	20-34 anos	35-49 anos	50-64 anos	65-79 anos	80 e +	Total
	3	5	3	40	91	180	98	45	8	4	477

Fonte: SINAN - NET 29/03/2021

5. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) são pautadas na promoção e prevenção da saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Baseado nisso, a Vigilância Sanitária atua principalmente junto aos estabelecimentos, realizando inspeções sanitárias seja por solicitação da própria empresa ou pelo recebimento de denúncias.

O Departamento de Vigilância Sanitária deste Município exerce as atividades de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária de Alimentos e Controle de Zoonoses.

Considerando o risco sanitário dos diferentes ramos de atividade a Vigilância Sanitária de União da Vitória possui o Plano de Ação da Vigilância Sanitária, o qual monitora as inspeções sanitárias de atividades de maior risco sanitário, considerando as pactuações realizadas com a Secretaria de Saúde Estadual através do VIGIASUS, o Plano se mantém atualizado e vem de acordo com as orientações da 6ª Regional de Saúde.

Os estabelecimentos que exercerão atividades de interesse à saúde, devem obrigatoriamente possuir Licença Sanitária, conforme prevê a Lei 1776/91.

As avaliações hospitalares são feitas anualmente em 100% das instituições, para fins de liberação de Licença Sanitária aos estabelecimentos. No entanto, estas ocorrem sistematicamente durante este período, por diversas outras razões, como: avaliações para fins de credenciamento, habilitações, atendimento a denúncias, investigações e demais situações pertinentes.

Outra ação importante desenvolvida pela Vigilância Sanitária são as inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS). Tratam-se de estabelecimentos destinados às pessoas na faixa etária acima de 59 anos, e em virtude dos riscos relacionados à esta modalidade de assistência, são serviços inspecionados regularmente pelas equipes de Vigilância Sanitária, e visitados regularmente pelas equipes de ESF, com atendimento médico e estratificação de risco dos idosos, através do Instrumento de Avaliação Multidimensional do Idoso (IVCF – 20).

Devido ao crescimento de estabelecimentos no município, alinhados com a aposentadoria de servidores e ausência de reposição de funcionários por parte da Prefeitura, a Vigilância passa por dificuldades técnicas para atendimento de todas as áreas pertencentes ao universo de ações desempenhadas.

Iniciativas como contratação de nova profissional arquiteta e realocação de servidores são iniciativas que a administração realizou para auxílio dos profissionais, visto que devido a pandemia do COVID-19 a contratação por concurso público torna-se impedida.

Necessidades:

- a) Realizar concurso público para efetivar os profissionais da VISA, com técnicos de nível superior a nível médio, visto que as autuações só são válidas se realizadas por profissionais concursados, sem desvio de função. Há a necessidade de ampliação do quadro funcional, pois como demonstrado, haveria necessidade de três vezes o número atual de funcionários para atender a demanda do universo hoje cadastrado.
- b) Prever no concurso público vagas para técnicos de nível médio, técnico (técnico em segurança do trabalho, técnico em saneamento) e superior (engenheiro civil ou arquiteto, odontólogo, nutricionista, biólogo, químico ou engenheiro químico, engenheiro ambiental, engenheiro de alimentos, médico do trabalho e advogado);
- c) Ampliação do ambiente físico para treinamento e eventos, e atendimento ao público, visto que muitos assuntos são sigilosos, sendo necessária a preservação da ética profissional dentro de cada setor.
- d) Construção de sede adequada, com número de salas suficientes, laboratórios e equipamentos necessários para todas as atividades desempenhadas como coleta de material para análise da raiva, análise da água e análise de larvas, entre outros.
- e) Materiais didáticos educativos para palestras e treinamentos de interesse a saúde.
- f) O espaço físico ainda é insuficiente para realização de todas as atividades, sendo necessária em tempo oportuno pensar em adequação estrutural para com a sede do departamento, visto que ações laboratoriais (coleta de cerebelo de gatos/cachorros, morcegos, órgãos e vísceras de macacos)

necessitam ser realizadas em sala própria e adequada. Também há necessidade de maior espaço físico para sala de reuniões.

6. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

O município de União da Vitória possui bairros com população de baixo poder aquisitivo, locais de invasão, onde a população sobrevive da separação e coleta de materiais recicláveis, com moradias precárias, falta de saneamento básico, abastecimento de água de fonte. Fazem o descarte dos materiais que não são úteis para comércio, colocando-os em terrenos baldios e em valetas, o que ocasiona problemas para a saúde pública, com a proliferação de insetos e roedores que podem trazer doenças para a população.

É visível a superpopulação canina nos bairros carentes, existindo também um número muito grande de animais soltos nas ruas e grande incidência de agressões em humanos, sarna e verminoses caninas, ocorrendo também um alto índice de abandono, e maus tratos destes animais.

6.1. Plano Municipal de Contingenciamento da Dengue

A dengue é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, cujas condições socioambientais favorecem o desenvolvimento e proliferação de seu principal vetor, o *Aedes aegypti*. É uma das doenças mais freqüentes no Brasil, atingindo a população em todos os estados.

Devido à abrangente e rápida disseminação da doença pelo estado do Paraná, bem como a grande capacidade de adaptação do mosquito vetor, se faz necessário projetar O Plano Municipal de Contingência da Dengue, o qual está em constante atualização, conforme orientações da 6ª Regional de Saúde de União da Vitória, que o recebe anualmente.

Assim, na ocorrência de algum caso suspeito, no município, ou numa possível epidemia poderemos detectar precocemente, viabilizando os atendimentos individuais e coletivos, visando controlar a situação.

O sucesso dessas ações de combate à Dengue e demais arboviroses devem ser continuas, intensificadas e reforçadas pela participação não apenas das Secretarias de Saúde, mas também pelas lideranças locais e por todos os cidadãos, pois visam reduzir o número de criadouros do *Aedes Aegypti* e de casos das doenças.

De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2020 foram registrados 987.173 casos prováveis de dengue em todo o país, cerca de 469,8 casos/100 mil habitantes. Foi confirmado 826 casos graves e 9.072 casos de dengue com sinais de alarme onde 426 casos permanecem em investigação.

Com relação aos óbitos foram confirmados 554 casos e 122 permanecem em investigação. A curva epidêmica dos casos prováveis no ano corrente ultrapassa o mesmo período do ano anterior, e observa-se uma diminuição dos casos prováveis a partir da SE 12. Esta redução pode ser atribuída à mobilização que as equipes da vigilância epidemiológica estão realizando diante do enfrentamento da emergência da pandemia do coronavírus (COVID 19), o que pode estar ocasionando atraso ou subnotificação das arboviroses. Outro fator importante que pode estar associado ao contexto da pandemia é o receio da população de procurar atendimento em uma unidade de saúde.

Já em 2021 até a Semana Epidemiológica (SE) 17 foram registrados 256.729 casos prováveis de dengue, cerca de 121,1 casos/100 mil hab. Houve confirmação de 61 óbitos e ainda existe 95 casos de dengue grave, com sinais de alarme 1.313 casos e 80 óbitos em investigação que podem ser confirmados ou descartados.

A região sul, depois da região Centro-Oeste é a que apresenta o maior percentual de casos prováveis representando (940,0 casos por 100 mil hab.).

No Estado do Paraná, no ano de 2020 foram confirmados 265.809 casos, havendo nesse período a confirmação de 195 óbitos. E no ano de 2021 até a SE 14 foram confirmados 20.955 casos de dengue.

Na 6ª Regional de Saúde, em 2020 e 2021 houve 02 notificações de casos suspeitos das quais nenhuma foi confirmada.

6.2. Febre Chikungunya

No ano de 2020, segundo o boletim epidemiológico n.º 03/2021 do Ministério da Saúde, foram notificados 82.419 casos suspeitos de febre de Chikungunya em todos os estados da federação e 21 óbitos. Em 2021, até a semana 14, foram registrados 15.672 casos prováveis de Chikungunya. Em nossa Regional de Saúde (6ªRS), não teve notificações.

6.3. Febre Zika

Durante o ano de 2020, segundo o boletim epidemiológico n.º 03/2021 do Ministério da Saúde, foram notificados 7.387 casos suspeitos de Zika, sendo 214 casos confirmados em todos os estados da federação, incluindo o Distrito Federal. Em 2021, até a semana 14, foram registradas 929 notificações de casos suspeitos não teve notificações. Nenhum óbito confirmado até o momento. Destaca-se que nem todo caso positivo para Zika vírus em gestante tem como consequência um recém-nascido com algum comprometimento neurológico.

6.4. Febre Amarela

Entre julho de 2020 a janeiro de 2021 no monitoramento da febre amarela em primatas não humanos (PNH) foram notificadas 574 epizootias suspeitas de FA, das quais 37 foram confirmadas por critério laboratorial, 120 foram descartadas, 201 estão em investigação e 216 foram classificadas como indeterminadas, por não ter sido possível coletar amostras e/ou obter diagnóstico conclusivo. No Paraná foram notificados 87 casos, sendo 32 descartados, 33 indeterminadas, 11 confirmadas e 11 estão em investigação.

Já em casos humanos, foram notificados 125 casos suspeitos, das quais 107 foram descartados e 18 estão em investigação.

Em áreas com registro de surtos, estudos entomológicos devem ser planejados e executados conjuntamente entre os entes municipais, estaduais e federal, no sentido de monitorar a ocorrência de eventual processo de adaptação do vírus a outros vetores. Neste sentido, a implementação do SISS-Geo. para a notificação de epizootias em PNHtem possibilitado a notificação simultânea e em tempo real de eventos para todas as instâncias administrativas, além de reduzir lacunas de

informações sobre os eventos notificados. Durante o monitoramento 2020, o SISS-Geo. foi utilizado pelos estados da região sul (PR, SC e RS). Além disso, essas ferramentas têm possibilitado o desenvolvimento de modelos de risco mais preciso. Os registros de FA documentados até janeiro revelam rotas previstas que se concretizam nos meses subsequentes à atualização, com possibilidade de dispersão do vírus para o Estado do Rio Grande do Sul, pela rota da serra catarinense.

6.5. Situação local da Dengue

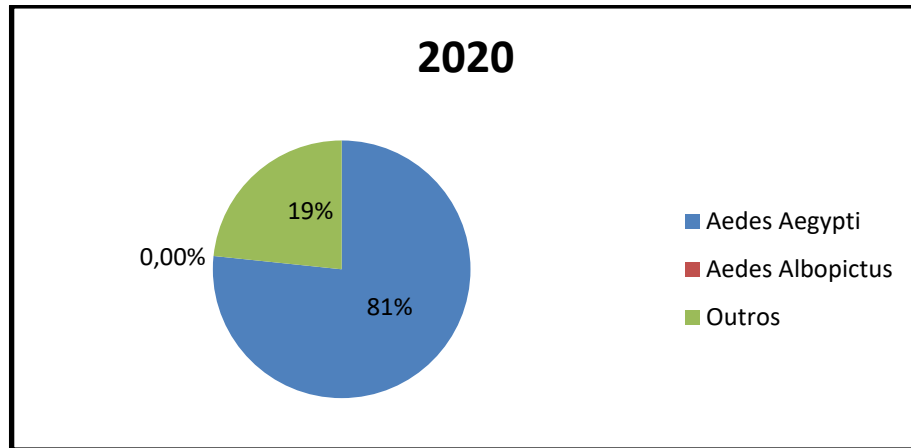
O município de União da Vitória, de acordo com os dados gerados pelo Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD), apresentou Índices de Infestação Predial (IIP) geral acima de 1% no ano de 2020 e 2021, mantendo o município na classificação de INFESTADO. Sobretudo porque as condições atuais de vida urbana, no que diz respeito aos recipientes que servem de criadouros, são muito favoráveis à proliferação do mosquito.

Entretanto a presença do vetor *Aedes aegypti* tem aumentado sendo encontrados em localidades por onde ainda não havia sido constatada a sua presença, o que aumenta a necessidade de vigilância constante e nos leva a ser um município INFESTADO.

No ano de 2020 foram realizadas 13.306 visitas, que resultaram na inspeção de 8.572 imóveis, sendo encontradas larvas de *Aedes aegypti* em 504 locais.

Foram coletadas 504 amostras, totalizando 3.716 formas imaturas de mosquitos, sendo 2.848 (19%) de *Aedes aegypti*, 0 (0%) de *Aedes albopictus* e 868 (81%) de outras espécies (Gráfico 2).

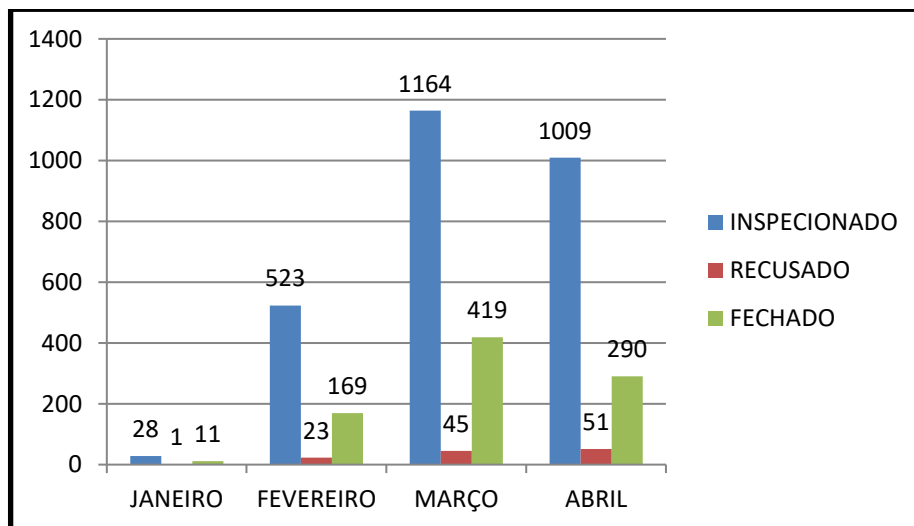
Gráfico 2- Porcentagem por espécie encontrada em 2020.



Fonte: Plano Municipal de Contingencia da Dengue - 2021

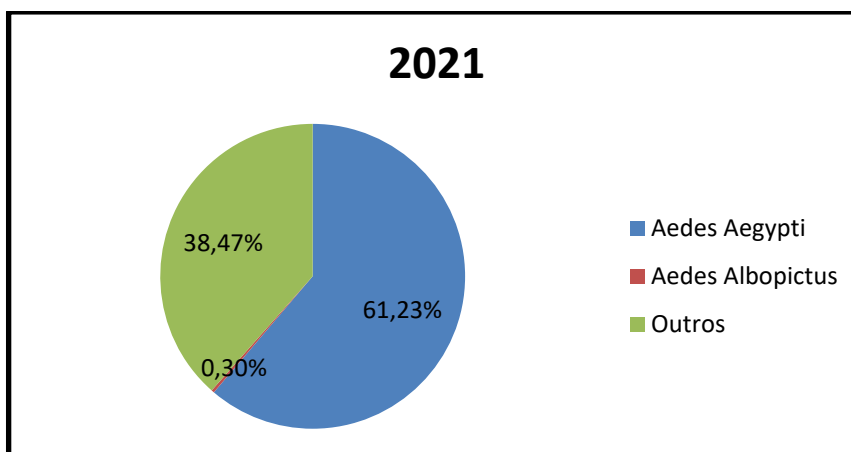
Até o mês abril do ano corrente foram trabalhados 3.833 imóveis, sendo realizadas 2.824 inspeções e constatada a presença de larvas positivas em 136 imóveis (Gráfico 3). Nestas inspeções foram coletadas um total de 1.406 espécimes dos quais 861 eram formas imaturas de *Aedes aegypti* e o restante de outras espécies, sendo 4 de *Aedes albopictus*, mosquito do mesmo gênero do vetor da dengue, associado a transmissão do vírus da Chikungunya e da Zika.

Gráfico 3- Imóveis trabalhados até abril de 2021



Fonte: Plano Municipal de Contingencia da Dengue- 2021

Gráfico 4- Porcentagem por espécie encontradas de janeiro a abril de 2021.



Fonte: Plano Municipal de Contingência da Dengue - 2021

6.6. Objetivos do Programa Nacional de Controle da Dengue e do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia

6.6.1. Objetivo Geral

Realizar as ações preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da dengue e do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, sobretudo manter a vigilância vetorial e reduzir a mortalidade associada à dengue. Na Febre Amarela o Ministério da Saúde ressalta a necessidade de alertar a rede de serviços de saúde de vigilância epidemiológica, ambiental e de imunização para antecipar a resposta e prevenir a ocorrência da doença em humanos, ampliando a cobertura vacinal em todo país, com prioridade às populações de maiores risco.

6.6.2. Objetivos Específicos

- a) Desenvolver campanhas informativas e de mobilização da população, para criar uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico.
- b) Fortalecer a Vigilância Epidemiológica e Entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença.

- c) Integrar a Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica no acompanhamento dos índices de infestação predial (IIP) e das notificações da Dengue.
- d) Supervisionar as ações contínuas de controle vetorial.
- e) Aprimorar a qualidade do trabalho dos agentes de endemias para garantir o combate ao vetor.
- f) Integrar as ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e o programa de saúde da família (PSF).
- g) Capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS), a fim de realizar rotineiramente o mapeamento de risco nos locais com possíveis criadouros do mosquito e/ou água parada.
- h) Bloquear oportunamente todos os casos notificados de dengue.
- i) Realizar diagnóstico precoce dos casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e reduzir as complicações.
- j) Utilizar os protocolos para o manejo clínico dos casos de dengue e fluxograma para orientar os funcionários no acompanhamento rigoroso das suspeitas e dos casos confirmados de Dengue.
- k) Alertar a população sobre a importância da vacinação preventiva da FA (pelo menos 10 dias antes de viagens) à pessoas que pretendem realizar atividades em áreas silvestres ou rurais de todo o país.
- l) Ampliar as ações de vigilância e investigação de PNH, enfatizando a importância da notificação oportuna e coleta de amostras.
- m) Notificar e investigar oportunamente os casos humanos suspeitos de FA, atentando para o histórico de vacinação preventiva, deslocamentos para áreas de risco e atividades de exposição para definição do Local Provável de Infecção (LPI). Nos estados com detecção do vírus, as suspeitas devem ser notificadas e atualizadas, conforme estabelecido no Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública.
- n) Aprimorar o fluxo de informações e amostras entre Secretarias Municipais de Saúde, órgãos regionais e Secretarias Estaduais da Saúde, visando à notificação imediata ao Ministério da Saúde (até 24 horas).

- o) Intensificar as vigilâncias humana e animal nas áreas com evidência de circulação do vírus e ao longo das rotas prováveis de dispersão (corredores ecológicos).
- p) Organizar a rede de atenção e assistência à saúde.

6.7. Vigilância Ambiental – Biológico

O município de União da Vitória possui bairros com população de baixo poder aquisitivo, locais de invasão, onde a população sobrevive da separação e coleta de materiais recicláveis, com moradias precárias, falta de saneamento básico, abastecimento de água de fonte. Fazem o descarte dos materiais que não são úteis para comércio, colocando-os em terrenos baldios e em valetas, o que ocasiona problemas para a saúde pública, com a proliferação de insetos e roedores que podem doenças para a população.

É visível a superpopulação canina nos bairros carentes, existindo também um número muito grande de animais soltos nas ruas e grande incidência de agressões em humanos, sarna e verminoses caninas, ocorrendo também um alto índice de abandono, e maus tratos destes animais.

Com relação à água para o consumo humano, mesmo que com campanhas e orientações educativas, a população ainda permanece utilizando-se de bicas e nascentes sem tratamento adequado.

Tabela 45- Percentual de cumprimento da diretriz nacional do plano de amostragem para os parâmetros de cloro residual livre, turbidez e coliformes totais no município.

PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANOS QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ		
MUNICÍPIO	2017	2019
União da Vitória	33,89	48,54
REGIONAL	64,73	66,71

Fonte: Sispacto

Na tabela 45 verificamos o percentual de cumprimento da diretriz nacional do plano de amostragem para os parâmetros de cloro residual livre, turbidez e coliformes totais, o município realizou em 2017 64,73% das amostras e em 2019 realizou 66,71% de coleta de amostras.

A baixa porcentagem alcançada, se dá em razão de o município não ter os aparelhos necessários para análise de campo (clorímetro e turbidímetro).

Tabela 46- Proporção de ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue realizada 2020

INDICADOR 22U - NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE					
MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	NP	NP	45,2	39	0

Fonte: Sispecto

É possível verificar na tabela o histórico do número de ciclos (Tabela 46) que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados de 2018 a 2020, sendo está uma grande dificuldade no município pelo baixo número de Agentes de Endemias, sendo que após o Reconhecimento Geográfico do Município, foi verificado a existência de 24.471 imóveis no município, e para esta cobertura seria necessário 14 Agente de Endemias.

6.8. Vigilância 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).

6.8.1. Objetivos:

Identificar o perfil de saúde da população trabalhadora, considerando a análise da situação de saúde:

a) A caracterização do território, perfil social, econômico e ambiental da população trabalhadora.

b) Intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los.

c) Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para subsidiar a tomada de decisões das instancias do SUS e dos órgãos competentes, nas três esferas de governo.

d) Utilizar os diversos sistemas de informação para a VISAT. (Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS), (Tabela 47).

Tabela 47- Série Histórica de Agravos, taxas e índices relacionados a ações de VISA

Ano População Agravos	2017	2018	2019	2020
Nº de acidentes com animais peçonhentos (aranha, escorpião, cobras, lagartas, etc...)	132	168	78	86
Nº de acidentes com exposição a material biológico	15	12	20	7
Nº de óbitos relacionados ao trabalho	-	3	-	2
Nº de amputações/seqüelas relacionados ao trabalho	-	4	-	2
Número de observações de animais agressores suspeitos (mordidas)	245	271	303	271

de Cães, gatos e outros)				
Número de casos de Epizootias (febre amarela, Oropouche e outros)	-	-	-	-
Número de casos de Esquistossomose	-	-	-	-
Neurocisticercose (nº de notificações no SINAN)	-	-	-	-
Intoxicações por agrotóxicos	1	3	4	2
Intoxicações por Medicamentos	61	44	64	54
Intoxicações por Pesticida Doméstico	4	4	4	1
Surtos / Intoxicações alimentares	-	-	-	-
Nº de casos de Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)	-	35	38	18
Nº de casos de diarreia notificados no MDDA	892	903	770	774
Nº de surtos de diarreia notificados no MDDA	-	-	-	-
Nº de casos de dengue	-	-	-	-
Nº de casos de leptospirose	1	1	1	0
Nº de casos de hantavirose	0	1	0	0
Nº de casos de hepatite A	0	0	0	0
Nº de casos de hepatite B	1	7	2	2
Nº de casos de hepatite C	4	1	5	1
Nº de casos de leishmaniose	-	-	-	-

Nº de casos de toxoplasmose	2	2	6	9
Nº de casos de doença de Chagas	-	-	-	-

Fonte: SINAN/ARQUIVOS EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA

7. PERFIL ASSISTENCIAL

7.1. Atenção Primária à Saúde

7.1.1. Cobertura da Atenção Básica, adesões e cobertura de ACS

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se de um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas. “São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a sociedade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento” (ALMA-ATA, 1978). Construir uma APS de qualidade é fundamental quando se quer garantir a saúde como direito de cidadania.

O SUS de União da Vitória possui uma rede consolidada de serviços de saúde, para atender uma população estimada (2020) de 57.517 habitantes. Apresenta cobertura de 100% de Atenção Básica (Tabela 48), 83,98 % de cobertura de Saúde da Família, 60,98 % de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (Tabela 49) e 35,47% de cobertura de Saúde Bucal.

O município possui 14 Equipes de Saúde da Família, 01 equipe de Atenção Primária (eAP), 01 Equipe de Saúde Bucal de 40 horas e 04 equipes de Saúde Bucal Diferenciadas de 20 horas. E possui adesão aos programas do Ministério da Saúde: Informatiza-SUS, Mais Médicos para o Brasil, PSE – Programa Saúde na Escola, e Programa Academia da Saúde. (Tabela 50).

Tabela 48- Cobertura populacional Equipes de Atenção Básica

COBERTURA POPULACIONAL PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA					
MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	62,20%	67,78%	60,50%	73,07%	100%
REGIONAL	89,11%	90,24%	79,07%	83,59%	86,53%

Fonte: e-Gestor, consulta 08/03/21

Tabela 49- Cobertura populacional de ACS

COBERTURA POPULACIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE					
MUNICÍPIOS	2016	2017	2018	2019	2020 (nov)
União da Vitória	35,77%	60,90%	61,51%	60,41%	60,98%
REGIONAL	85,05%	88,09%	81,06%	84,49%	69,74%

Fonte: e-Gestor, consulta 08/03/21

Tabela 50- Equipes Secretária de Saúde

MUNICÍPIO	População	Equipes homologadas pelo MS	eSB 40 homologadas pelo MS	Total de ACSs Financiados pelo MS	Academia da Saúde	Informatiza	PSE	LRPD financiado pelo MS
UNIÃO DA VITÓRIA	57.517	14 ESF	1	61	MODALIDADE III	14 equipes	sim	0

Fonte: e-Gestor, consulta 08/03/21

7.2. Cobertura de Saúde Bucal, potencial de adesão, resolutividade do Programa ART, exodontias.

A Política de Saúde Bucal contempla as diretrizes do Programa Brasil Sorridente, promovendo a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, em

especial por meio da Estratégia de Saúde da Família, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS), como a adesão ao programa estadual do ART, visando a diminuição do índice de exodontia, a implementação das ações de saúde bucal para as gestantes; o incremento do diagnóstico e detecção precoce do Câncer Bucal; o atendimento odontológico na rede de atenção hospitalar, o fortalecimento de ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção de doenças bucais, como por exemplo: escovação supervisionada e bochechos com flúor, Programa Saúde na Escola, além da viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Quanto à atenção secundária, estamos buscando parceria com a Faculdade de Odontologia da UNIUV, a qual será referência para especialidades como estomatologia, periodontia, cirurgia e endodontia o que irá beneficiar a população do município.

Na atenção terciária os Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), são referenciados para o Hospital Ana Carolina Xavier, pacientes com traumas faciais para o Hospital do Trabalhador e os pacientes oncológicos para o Hospital Angelina Caron, todos localizados em Curitiba e região.

Tabela 51- Quadro Funcional

ANO	2017	2018	2019	2020
CD 40H	1	3	0	1
CD 20HS	12	10	10	9
RADIOLOGISTA 20H	1	1	1	1
TSB 40H	2	4	4	4
ASB 30H	7	2	2	0

Fonte Setor de Recursos Humanos 07/2021

Atualmente, das 14 ESFs e 01 equipe de Atenção Primária (eAP) do nosso município, temos atendimento odontológico em apenas 10 ESFs, sendo que em uma delas temos apenas atendimento de radiologia odontológica, conforme tabela acima demonstra o quadro funcional de 2017 à 2020.

7.2.1. Cobertura de Saúde Bucal, potencial de adesão, resolutividade programa ART, exodontias.

O município de União da Vitória aderiu ao Programa ART (Tabela 52) a partir do ano de 2018, buscando maior resolutividade aos tratamentos odontológicos e a diminuição do índice de exodontia em nosso município. Conforme pôde ser observado na tabela acima, houve uma melhora gradativa destes números e no ano de 2020 tivemos uma boa resolutividade nos atendimentos odontológicos em nosso município

Tabela 52- Programa ART

Resolutividade Equipe Saúde Bucal Programa ART					
MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	0	0	0,55	0,62	0,87

OBS: DIVIDE O NÚMERO DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS PELO NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS, RESULTADO IGUAL A 1 É ÓTIMO, E ACIMA DE 0,8 É CONSIDERADO BOA RESOLUTIVIDADE

Fonte: e-Gestor, consulta 08/03/21

Tabela 53- Resolutividade Equipe Saúde bucal

Resolutividade Equipe Saúde Bucal					
MUNICÍPIOS	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	0	0	0	0	0

OBS: DIVIDE O NÚMEOR DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS PELO NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS, RESULTADO IGUAL A 1 É ÓTIMO, E ACIMA DE 0,8 É CONSIDERADO BOA RESOLUTIVIIDADE

Fonte: e-Gestor, consulta 08/03/21

A tabela 53 está relacionada com a resolutividade das Equipes de Saúde Bucal, como o município de União da Vitória não apresentava nenhuma equipe credenciada, este índice não é contabilizado, apresentando-se zerado.

A efetividade dos atendimentos odontológicos é baseada na relação entre o número de primeiras consultas odontológicas programáticas e o número de tratamentos concluídos, segue a tabela 54, referente à efetividade em Saúde Bucal do município de 2017 à 2020.

Tabela 54- Resolutividade da Saúde Bucal do município

ANO	2017	2018	2019	2020
1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	8.663	8.818	6.874	2.933
TRATAMENTO CONCLUÍDO	4.247	5.255	4.531	2.386
EFETIVIDADE EM %	49,02%	59,59%	65,91%	81,35%

Fonte Consulfarma 07/2021

O indicador de exodontia (Tabela 55) está relacionado ao número de procedimentos preventivos e curativos, e o número de exodontias dentárias realizadas, quanto menor o número melhor é o indicador, sendo ideal entre 4 e 5. Conforme a tabela, referente ao índice de exodontia de 2017 à 2020, este número vem aumentando em função da baixa cobertura de Saúde Bucal em nosso município, e que para a melhora deste quadro será necessário a contratação de mais profissionais do setor odontológico e para isso precisamos de liberação pelo Tribunal de Contas para a realização de concurso público.

Tabela 55- Indicador de exodontia

Índice de exodontia					
MUNICÍPIOS	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	4,54	6,31	6,79	8,83	11,74

Fonte: e-Gestor, consulta 08/03/21

Conforme a tabela 56, apresenta índice de cobertura de Saúde Bucal até agosto de 2021 sendo 01 ESB 40h e 04 ESB 20h, alcançando uma cobertura de Saúde Bucal de 32,89%.

Tabela 56- Cobertura de Saúde Bucal

Municípios	eSB 40 h financiadas pelo MS	eSB 40h não financiadas pelo MS	Esb 20 h	% Cobertura (agosto/2021)
União da Vitória	1	0	4	32,89

Fonte: e-Gestor, consulta 30/08/21

Em relação à cobertura em saúde bucal conforme Tabela 57, nos anos de 2018 e 2019 a base de cálculo tabulada pelo Ministério da Saúde era baseada no número de Equipes de Saúde Bucal implantadas, a qual deve ser composta por 01 Cirurgião Dentista de 40hs e 01 Técnico em Saúde Bucal de 40hs, motivo este que nestes anos a cobertura em Saúde Bucal do nosso município foi considerada **ZERO**, devido à falta dos profissionais necessários para compor a equipe e realizar o credenciamento. Atualmente considera-se as ESB 20h e ESB 40h em atividade como base de cálculo da cobertura de Saúde Bucal.

Tabela 57- Cobertura populacional saúde bucal

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL					
MUNICÍPIOS	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	36,79	35,75	0	0	26,08
REGIONAL	70,12	66,89	59,94	46,28	55,1

Fonte: e-Gestor, consulta 08/03/21

Através de uma série de ações para ampliação do acesso do cidadão ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS), estão a implementação das ações de saúde bucal para as gestantes e a realização da primeira consulta odontológica programática à todas as crianças até 2 anos de idade, conforme tabela

58, referente ao número total de consultas odontológicas realizadas em nosso município de 2017 à 2020.

Tabela 58- Consultas Odontológicas

ANO	2017	2018	2019	2020
1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	8.663	8.818	6.874	2.933
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE MANUTENÇÃO	10.786	9.228	4.099	1.214
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	127	990	524	1.142
CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA GESTANTES	SEM REGISTROS	275	352	655
TOTAL CONS. ODONTOLÓGICAS	19.576	19.331	11.849	5.944

Fonte Consulfarma 07/2021

No incremento do diagnóstico e detecção precoce do Câncer Bucal são realizadas campanhas de Prevenção ao Câncer Bucal no município em parceria com a Faculdade de Odontologia da UNIUV e a Rede Feminina de Combate ao Câncer nos meses de junho e agosto, na Campanha do agosto azul, através da divulgação do incentivo ao autoexame e ao exame de vigilância em saúde bucal nas UBSs buscando diagnosticar precocemente alterações nos tecidos moles. Segue tabela acima referente ao Combate ao Câncer bucal de 2017 à 2020 (Tabela 59).

Tabela 59- Ações de combate ao Câncer Bucal

ANO	2017	2018	2019	2020
VIGILÂNCIA EM SAÚDE BUCAL	301	1005	1542	808
ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES	21	9	17	10
BIÓPSIA	1	5	2	1
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CÂNCER BUCAL	0	2	1	0

Fonte Consulfarma 07/2021

Na prevenção à cárie dentária são realizadas atividades coletivas preventivas com o objetivo de incentivar o autocuidado e a detecção precoce da doença cárie, através do bochecho fluorado, escovações supervisionadas e levantamento epidemiológico realizados nas escolas do município, conforme dados relacionados (Tabela 60).

Tabela 60- Ações Coletivas Preventivas

ANO	2017	2018	2019	2020
ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA	20.397	24.117	24.717	0
BOCHECHO DE FLÚOR	75.694	88.189	76.556	494
EXAME DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO	3.240	1.598	887	0

Fonte Consulfarma 07/2021

7.3. Razão de exames citopatológicos e de mamografia realizadas

Tabela 61- Metas alcançadas nos exames citopatológicos

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA - META 0,65					
	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	0,65	0,7	0,6	0,68	0,42
REGIONAL	0,68	0,75	0,58	0,73	0,39

Fonte: Tabnet, consulta 05/04/2021

Tabela 62- Metas alcançadas nos exames de mamografia

RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA, META:0,40					
	2016	2017	2018	2019	2020
União da Vitória	0,37	0,39	0,72	0,93	0,25
REGIONAL	0,31	0,32	0,55	0,98	0,22

Fonte: Tabnet, consulta 05/04/2021

As tabelas 61 e 62 acima mostram a série histórica das metas alcançadas nos exames de citopatológico do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, e de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, observa-se uma queda considerável na realização dos exames no ano de 2020, estando associado as medidas necessárias de isolamento e distanciamento social, devido a Pandemia de Covid-19.

8. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

8.1. Especialidades atendidas via CISVALI – através do agendamento de União da Vitória:

- Cardiologista
- Dermatologista
- Oncologista
- Oftalmologista
- Urologista
- Endocrinologista
- Gastroenterologista
- Otorrinolaringologista
- Neurologista
- Nefrologista
- Hematologista
- Ortopedista
- Pediatra alto risco

As especialidades com maior dificuldade de encaminhamento são: neurologista, endocrinologista e cardiologista. Identificamos também um grande número de solicitação de exames que não são realizados via SUS.

8.2. Exames realizados via Consórcio CISVALI – através do agendamento de União da Vitória:

- Ultrassonografias – (abdômen total, transvaginal, pélvico ginecológico, bolsa escrotal, próstata – via abdominal, articulação, aparelho urinário, mamaria bilateral, tireóide;
- Mamografia;
- Doppler carótidas;
- Doppler arterial e venoso dos membros superiores e inferiores;
- Ecocardiograma;

- Holter;
- Teste de esforço;
- Mapa;
- Endoscopia;
- Colonoscopia;
- Ressonâncias;
- Tomografias;
- Angio tomografias;
- Angio ressonâncias;
- Rx's;
- Eletroencefalograma;
- BERA;
- Audiometria;
- Logaudiometria;
- Impedanciometria;
- Videolaringoscopia;
- Densitometria óssea;
- Mapeamento de retina.

Contamos também com os seguintes prestadores:

- Regional São Camilo;
- APMI;
- Domit;
- Xmedi;
- Otoclínica Sul;
- Futura Fonoaudiologia;
- Clínica cjpr;
- Cecor;
- Clinica Integral;
- Clinica José Henrique;
- Sociedade Benef. São Camilo – São Braz;

- Clínica Baldini;
- Clinimedi Leão;
- Vascular União.

8.3. Produção de consultas médicas especializadas no SUS 2015-2020

Tabela 63- Produção Ambulatorial de Consultas Médicas Segundo CBO, Média Anual de 2015 a 2020

Profissional - CBO	TFD	CISVALI CONSULFARMA	MÉDIA TFD	MÉDIA CISVALI
MEDICO ACUPUNTURISTA	3	0	1	0
MEDICO ALERGISTA E IMUNOLOGISTA	12	0	2	0
MEDICO ANESTESIOLOGISTA	52	0	9	0
MEDICO CANCEROLOGISTA CIRURGICO	85	0	14	0
MEDICO CANCEROLOGISTA PEDIATRICO	10	0	2	0
MEDICO CARDIOLOGISTA	62	1650	10	275
MEDICO CIRURGIAO CARDIOVASCULAR	2	0	0	0
MEDICO CIRURGIAO DE CABECA E PESCOCO	1	36	0	6
MEDICO CIRURGIAO DO APARELHO DIGESTIVO	4	0	1	0
MEDICO CIRURGIAO GERAL	25	0	4	0
MEDICO CIRURGIAO PEDIATRICO	23	0	4	0
MEDICO CIRURGIAO PLASTICO	14	0	2	0
MEDICO CIRURGIAO TORACICO	3	0	1	0
MEDICO CLINICO	333	3520	56	587
MEDICO COLOPROCTOLOGISTA	6	0	1	0

MEDICO DERMATOLOGISTA	30	1853	5	309
MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	40	102	7	17
MEDICO EM ENDOSCOPIA	3	0	1	0
MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	0	0
MEDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	13	3077	2	513
MEDICO FISIATRA	5	0	1	0
MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	25	746	4	124
MEDICO GENETICISTA	0	0	0	0
MEDICO GERIATRA	4	95	1	16
MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	20	2296	3	383
MEDICO HEMATOLOGISTA	38	624	6	104
MEDICO HEMOTERAPEUTA	38	0	6	0
MEDICO INFECTOLOGISTA	16	0	3	0
MEDICO MASTOLOGISTA	2	0	0	0
MEDICO NEFROLOGISTA	32	614	5	102
MEDICO NEUROCIRURGIAO	14	46	2	8
MEDICO NEUROFISIOLOGISTA CLINICO	5	0	1	0
MEDICO NEUROLOGISTA	71	994	12	166
MEDICO NUTROLOGISTA	1	0	0	0
MEDICO OFTALMOLOGISTA	1858	8441	310	1407
MEDICO ONCOLOGISTA CLINICO	47	2751	8	459

MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	177	7420	30	1237
MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	89	3619	15	603
MEDICO PEDIATRA	77	255	13	43
MEDICO PNEUMOLOGISTA	6	413	1	69
MEDICO PSIQUIATRA	5	73	1	12
MEDICO RADIOTERAPEUTA	47	0	8	0
MEDICO RESIDENTE	23	0	4	0
MEDICO REUMATOLOGISTA	40	90	7	15
MEDICO UROLOGISTA	54	4071	9	679
Total	3415	42786	569	7131

Tabela 64- Análise das Especializadas da Atenção Secundária Segundo Demanda e Tempo Médio de Atendimento

	CARDIOLOGIA	CIRURGIA VASCULAR	DERMATOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA	GINECOLOGIA	HEMATOLOGIA	NEFROLOGIA	NEUROLOGIA	OFTALMOLOGIA	ORTOPEDIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	UROLOGIA
N.º Pessoas em fila de espera	1069	*	774	908	137	342	64	341	825	1954	568	216	233
Cota mensal agendamento	34	*	20	17	31	8	8	9	32	71	209	57	92
Tempo médio atendimento (meses)	31	*	39	53	4	43	8	38	26	28	3	4	3

Observamos na tabela 64 que as três especialidades com maior concentração em fila de espera, em primeiro lugar está a especialidade em oftalmologia (1.954), em segundo cardiologia (1.069) e em terceira endocrinologia (908).

9. REDE DE ATENÇÃO, ESTRUTURA FÍSICA E SERVIÇOS DE SAÚDE

9.1. Vigilância em Saúde

9.1.1. Setor de Vigilância Epidemiológica do Município de União da Vitória

A Vigilância Epidemiológica do município de União da Vitória tem por finalidade promover a detecção e prevenção de doenças e agravos transmissíveis à saúde e seus fatores de risco, bem como a elaboração de estudos e normas para as ações de vigilância epidemiológica, competindo-lhe:

- a) Coordenar a resposta municipal às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória, além dos riscos existentes ou potenciais, com ênfase no planejamento, monitoramento, avaliação, produção e divulgação de conhecimento/informação para a prevenção e controle das condições de saúde da população, no âmbito da saúde coletiva, baseados nos princípios e diretrizes do SUS;
- b) Gerir e apoiar a operacionalização do Programa de Imunizações no Município; contribuindo para o controle, eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis, utilizando estratégias básicas de vacinação de rotina e de campanhas anuais, desenvolvidas de forma hierarquizada e descentralizada;
- c) Planejar, acompanhar e normatizar técnicas das ações de imunização no Município;
- d) Instituir, desenvolver, implementar, capacitar, coordenar e avaliar ações de vigilância epidemiológica e assistenciais, relativas às infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase no município.
- e) Participar de ações de cooperação técnica intra e interinstitucional para a vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos transmissíveis,

infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais, ações de Imunização, Tuberculose, Hanseníase e Violências no Município.

- f) Elaborar e divulgar informes epidemiológicos e notas técnicas relacionadas às doenças transmissíveis, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids, Hepatites Virais, ações de Imunização, Tuberculose, Hanseníase, Violências no Município.
- g) Investigar todos os óbitos infantis, fetais, maternos e de mulher em idade fértil.
- h) Alimentar os Sistemas de Informação (SIM, SINASC, SINAN, PNI, NOTIFIVA COVID, SAÚDE DO TRABALHADOR).

Todas as ações desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica do município necessitam de constante integração com a Atenção Primária, visando a troca de informações e a execução efetiva das ações propostas, tendo como resolutividade das ações a identificação de fatores de riscos, as ações de prevenção com a vacinação, o foco no diagnóstico precoce, a contenção de surtos e a realização do tratamento adequado.

A comunicação dos agravos de notificação compulsória, são atendidos diariamente com busca ativa e investigação epidemiológica de casos suspeitos, de acordo com as rotinas especificadas no Manual de Rotinas da Vigilância Epidemiológica.

A Lista Nacional de Notificação Compulsória da Portaria Consolidação Nº 4, de 28/09/2017, está disponível em

<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria>.

Os instrumentos para a notificação e investigação epidemiológica dos casos suspeitos são as fichas individuais de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN e os fluxos de informação seguidos são preconizados pelos níveis municipal, estadual e federal do S.N.V.E.

Os instrumentos para a notificação e investigação epidemiológica dos casos suspeitos identificados através da busca ativa ou notificados espontaneamente pelos setores de atendimento são as fichas individuais de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN.

As rotinas envolvem atividades diversas e multidisciplinares de coleta de dados, a partir de visitas aos serviços, busca eletrônica e por telefone, preenchimento das fichas de notificação e investigação específicas por agravo do SINAN, digitação local, notificação imediata eletrônica quando pertinente, envio semanal das fichas originais para a Sexta Regional de Saúde, arquivamento de cópias, consolidação e análise de dados, divulgação periódica de resultados e indicadores, entre outras.

As rotinas envolvem também as ações de controle cabíveis no nível local para os agravos específicos: ações de interrupção da cadeia de transmissão no âmbito hospitalar, como quimioprofilaxia e orientações de medidas de biossegurança, e integração com as equipes de ESF, que se responsabiliza pela investigação de contatos e visita domiciliar. Contato direto também com o Setor de Vigilância Sanitária, para ajuda em problemas relacionados com agravos específicos que demandem orientações e fiscalizações imediatas.

As notificações imediatas são encaminhadas a 6ª Regional de Saúde, a qual o município pertence, por e-mail. Esse fluxo permite que sejam desenvolvidas ações como bloqueio vacinal e quimioprofilaxia de comunicantes, de modo a prevenir a ocorrência de surtos e epidemias, bem como auxilia nas definições de políticas assistenciais.

O setor de Vigilância Epidemiológica em sua estrutura física é composto de uma rede de frio, onde se concentra os imunobiológicos para serem distribuídos para as Unidades Básicas de Saúde do município, uma sala de digitação dos sistemas de informação, uma sala de guarda de material, uma sala de coleta de exames, uma sala central para atendimentos e trabalho em geral, com computadores em todas elas. Aguardando reforma solicitada para a rede de frio.

A equipe do setor conta com dois enfermeiros, duas técnicas de enfermagem e dois digitadores, funcionando de segunda a sexta, das oito as dezoito horas e quando necessário.

Tabela 65- Série Histórica Hospitalar de Grupo de Procedimentos

Série Histórica Hospitalar de Grupo de Procedimentos Segundo Estabelecimento- União da Vitória, 2015 a 2020										
Hospital PR (CNES)	Procedimentos com finalidade diagnóstica	MÉDIA ANUAL	Procedimentos clínico	MÉDIA ANUAL	Procedimentos cirúrgicos	MÉDIA ANUAL	Transplantes de órgãos, tecidos e células	MÉDIA ANUAL	Total	MÉDIA ANUAL TOTAL
13633 HOSPITAL ANGELINA CARON	40	7	318	53	566	94	51	9	975	163
13838 HOSPITAL SAO LUCAS	3	1	9	2	67	11	0	0	79	13
13846 HOSPITAL DO ROCIO	29	5	876	146	1072	179	30	5	2007	335
15245 HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO MACKENZIE	5	1	170	28	290	48	46	8	511	85
15334 HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA	0	0	18	3	150	25	13	2	181	30
15369 COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR	0	0	8	1	111	19	1	0	120	20
15407 HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU	0	0	17	3	77	13	12	2	106	18
15563 HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	3	1	94	16	234	39	0	0	331	55
15636 HOSPITAL DE OLHOS DO PARANA	0	0	8	1	85	14	7	1	100	17
15644	5	1	93	16	101	17	6	1	205	34

HOSPITAL ERASTO GAERTNER										
15660 HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MADALENA SOFIA	0	0	0	0	22	4	0	0	22	4
17663 HOSPITAL REGIONAL DA LAPA SAO SEBASTIAO	0	0	38	6	0	0	0	0	38	6
18260 HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	0	0	57	10	0	0	0	0	57	10
18384 ASJA	0	0	640	107	0	0	0	0	640	107
2384299 COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	1	0	74	12	147	25	5	1	227	38
2554097 HOSPITAL DE CARIDADE DONA DARCY VARGAS	0	0	26	4	0	0	0	0	26	4
2568292 CLINICA MEDICA SAO CAMILO	0	0	1248	208	0	0	0	0	1248	208
2568349 HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SRA APARECIDA	0	0	5078	846	3947	658	0	0	9025	1504
2568373 ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA	0	0	8704	1451	2372	395	0	0	11076	1846
2578468 HOSPITAL VIDA	0	0	21	4	0	0	0	0	21	4
2587289 HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MARINGA HPM	0	0	11	2	0	0	0	0	11	2
2686791	0	0	19	3	23	4	2	0	44	7

ASSOCIACAO HOSPITALAR BOM JESUS										
2686945 HOSPITAL SAO CAMILO	0	0	49	8	0	0	0	0	49	8
2686953 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA	0	0	3	1	21	4	0	0	24	4
2687127 HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL	0	0	7	1	3	1	0	0	10	2
2727250 CASA DE SAUDEROLANDIA	0	0	29	5	0	0	0	0	29	5
2738368 HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANA	0	0	4	1	2	0	0	0	6	1
2783789 SANTA CASA DE IRATI	0	0	6	1	7	1	0	0	13	2
5603145 HOSPITAL DO CENTRO	1	0	6	1	155	26	0	0	162	27
6426204 HOSPITAL INFANTIL DOUTOR WALDEMAR MONASTIER	0	0	7	1	12	2	0	0	19	3
6542638 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS	0	0	8	1	9	2	0	0	17	3
7413432 INSTITUTO MADALENA SOFIA	0	0	1	0	115	19	0	0	116	19

9.2. Vigilância Sanitária

9.2.1. Organização da Vigilância Sanitária no Município

9.2.1.1. Estrutura física: onde está localizado, área em metragem, etc.

A Vigilância Sanitária do município de União da Vitória funciona anexa a Secretária Municipal de Saúde e está localizada a Rua Castro Alves, 50, esquina com a Rua Coronel João Gualberto, no Bairro Centro, Município de União da Vitória, Estado do Paraná, com uma área aproximada de 120,00m².

A sua sede é própria, em alvenaria e sua área física é composta por dois ambientes para cada área: sala para vigilância ambiental e sala para a Vigilância Sanitária, 3 (três) sanitários para funcionários, sem garagem exclusiva, com cozinha própria.

9.2.2. Recursos Humanos em 2021

Tabela 66- Recursos Humanos

Nome do profissional	Forma de contrato	Formação	Função	Carga horária na VISA	Tempo de atividade na VISA
Alan Luiz Muller Niziol	Concurso Público	Enfermagem	Enfermeiro	40 h/semanais	5 anos
Camila Lorena de Lara Wille	Cargo Comissionado	Arquitetura	Arquiteta	40 h/semanais	1 mês
Ednilson da Silveira	Concurso Público	Tecnologia em Radiologia	Técnico em Radiologia	24 h/semanais	2 anos
Georgea Vanessa Souza	Concurso Público	Farmácia	Farmacêutica	30 h/semanais	5 anos

Graziele Rodrigues da Silva	Concurso Público	Ciências Biológicas	Agente de Combate à Endemias	40 h/semanais	2 anos
Nicoli Laiz Schaefer	Concurso Público	Med. Veterinária	Médica Veterinária	20 h/semanais	8 anos
Oirio Carvalho	Concurso Público	Médio	Digitador	40 h/semanais	27 anos

9.2.3. Listar os equipamentos existentes.

Tabela 67- Estrutura da Vigilância

ANEXO 2 - Estrutura da Vigilância Sanitária					
[01] REGIONAL DE SAÚDE: 6ª Regional			[02] MUNICÍPIO: União da Vitória		
[03] CNPJ: 81.641.656/0001-95		[04] Cód. CNES:			
[05] Nome do responsável pela VISA: Andrea Le Senechal Duarte					
[10] Endereço: Rua Castro Alves					[11] Número: 50
[12] Complemento: Anexo à Secretaria de Saúde - Fundos					[13] CEP: 84600-270
[14] UF: PR	[15] Município: União da Vitória			[16] Bairro: Centro	
[17] DDD: 42	[18] Fone: 3522-4015	[19] Ramal:	[20] Fax: -	[21] Email: vigilanciasanitaria@uniaoavitoria.pr.gov.br	

Equipamento/Estrutura	Possui	Quantidade	Exclusividade
Veículo	(X)Sim (___) Não	7	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Telefone	(X)Sim (___) Não	7	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS

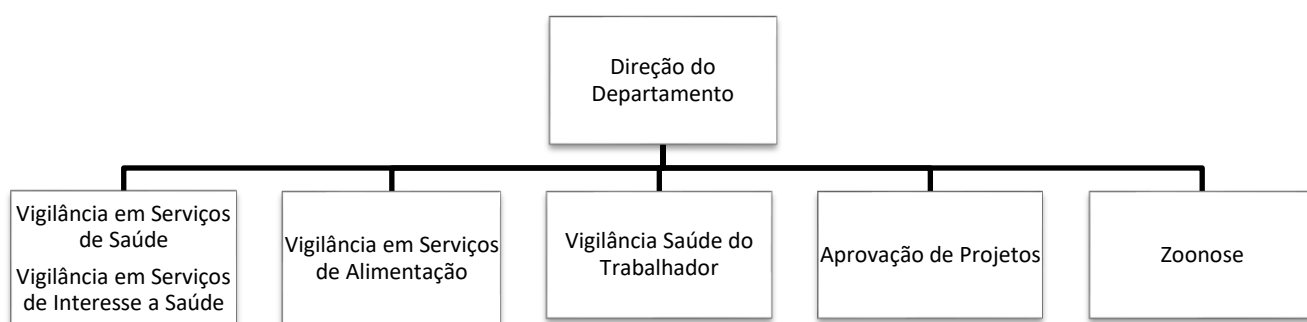
Fax	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	0	<input type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Computador	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	12	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Impressora	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	3	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Termômetro de ambiente	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	0	<input type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Termômetro de inserção	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	0	<input type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Dosador de Cloro DPD	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1 (descalibrado)	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Dosador de Flúor	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1 (descalibrado)	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Máquina fotográfica	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Filmadora	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	0	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Projetor	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Geladeira	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	01 + 01 frigobar	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS

Freezer	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	0	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Medidor de Radiação ionizante	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	0	<input type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Dosímetro Radiação Ionizante	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2 (1 padrão e 1 técnico)	<input type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Sistema de arquivos para registro e guarda dos processos dos estabelecimentos	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1 (UM) - SIEVISA	<input type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Sistema informatizado para liberação de licença Sanitária e cadastro de estabelecimentos	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1 (UM) - SIEVISA	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Arquivos	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	7	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Armários	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	12	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Mesas de trabalho	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	15	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Sala própria	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1	<input checked="" type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS
Laboratório de apoio para Análises fiscais / orientação	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	0	<input type="checkbox"/> próprio da VISA <input type="checkbox"/> compartilhado SMS <input checked="" type="checkbox"/> utiliza somente o do Estado

Ponto de internet	(X)Sim (___) Não	14	(___) próprio da VISA (X) compartilhado SMS
-------------------	------------------	----	---

9.2.4. Organograma da VISA:

Figura 10- Organograma Visa



9.3. Estabelecimentos da Vigilância Sanitária de média e alta complexidade, número de estabelecimentos, gestor responsável e metas de inspeção.

9.3.1. Atividades de VISA executadas pelo Município:

9.3.1.1. Estrutura:

Tabela 68- Estrutura Visa

Equipamento/Estrutura	Possui	Quantidade	Exclusividade
Veículo	(X)Sim (___) Não	7	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS

Telefone	(X)Sim (___) Não	7	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Fax	(___) Sim (X) Não	0	(___) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Computador	(X) Sim (___) Não	12	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Impressora	(X)Sim (___) Não	3	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Termômetro de ambiente	(___) Sim (X) Não	0	(___) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Termômetro de inserção	(___) Sim (X) Não	0	(___) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Dosador de Cloro DPD	(X)Sim (___) Não	1 (descalibrado)	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Dosador de Flúor	(X)Sim (___) Não	1 (descalibrado)	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Máquina fotográfica	(X)Sim (___) Não	2	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Filmadora	(___) Sim (X) Não	0	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Projetor	(X)Sim (___) Não	1	(_X_) próprio da VISA (___) compartilhado SMS

Geladeira	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	01 + 01 frigobar	(<input checked="" type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Freezer	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	0	(<input checked="" type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Medidor de Radiação ionizante	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	0	(<input type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Dosímetro Radiação Ionizante	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	2 (1 padrão e 1 técnico)	(<input type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Sistema de arquivos para registro e guarda dos processos dos estabelecimentos	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	1 (UM) - SIEVISA	(<input type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Sistema informatizado para liberação de licença Sanitária e cadastro de estabelecimentos	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	1 (UM) - SIEVISA	(<input checked="" type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Arquivos	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	7	(<input checked="" type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Armários	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	12	(<input checked="" type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS
Mesas de trabalho	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	15	(<input checked="" type="checkbox"/>) próprio da VISA (<input type="checkbox"/>) compartilhado SMS

Sala própria	(X)Sim (___) Não	1	(__X__) próprio da VISA (___) compartilhado SMS
Laboratório de apoio para Análises fiscais / orientação	(___) Sim (X) Não	0	(___) próprio da VISA (___) compartilhado SMS (X) utiliza somente o do Estado
Ponto de internet	(X)Sim (___) Não	14	(___) próprio da VISA (X) compartilhado SMS

9.3.1.2. Atividades pactuadas:

Tabela 69- Atividades pactuadas Visa

Atividade Pactuada	Cód. De Ativ.	Descrição da Atividade	Nº de Estabelecimento	Parâmetro %	Meta Anual Pactuada		Responsável
					Nº		
					%	Total	
1 1 - Inspeção Serviços Hospitalares	1.1.1	Unidades hospitalares que possuam, exclusivamente ou não, serviços de: obstetrícia, Urgência/ Emergência, UTI e cirurgias de grande porte.	2	100	100%		Técnicos da Visa
	1.1.2	Demais Unidades com internação ou cirurgias					
	1.1.3	Hospitais Psiquiátricos	1	40			

1.2 - Inspeção Serviços de Hemoterapia e Bancos de Células e Tecidos	1.2.1	Hemocentro Coordenador – HC		100	100%		
	1.2.2	Hemocentro Regional – HR		100	100%		
	1.2.3	Núcleo de Hemoterapia – NH		100	100%		
	1.2.4	Central de Triagem Laboratorial de Doadores - CTLD		100	100%		
	1.2.5	Unidade de Coleta e Transfusão – UCT	1	100	100%		Georgea e Alan
	1.2.6	Unidade de Coleta – UC		100	100%		
	1.2.7	Agência Transfusional – AT		100	100%		
	1.2.8	Banco de Células de Cordão Umbilical		100	100%		
	1.2.9	Banco de Medula Óssea		100	100%		
	1.2.10	Banco de Olhos		100	100%		
1.3 - Inspeção Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	1.3.1	Serviços de Terapia Renal Substitutiva	1	100	100%		Georgea e Alan
	1.3.2	Serviços de Quimioterapia		100	100%		
	1.3.3	Serviços de radiodiagnóstico médico que utilizam contraste injetável (tomografia, hemodinâmica, radiologia intervencionista) ou realizam mamografia.	4	100	100%		Ednilson

	1.3.4	Demais serviços de radiodiagnóstico médico.	4	100	100%		Ednilson
	1.3.5	Serviços de radiodiagnóstico odontológico que realizam exames extraorais	4	20			Ednilson
	1.3.6	Serviços de medicina nuclear		100	100%		
	1.3.7	Serviços de radioterapia		100	100%		
	1.3.8	Laboratórios Clínicos	3	100	100%		Georgea e Alan
	1.3.9	Postos de Coleta	8	30	100%		Georgea e Alan
	1.3.10	Consultórios Odontológicos	81	100	100%		Ednilson e Alan
	1.3.11	Unidades de Saúde c/ proc. Invasivos	27	100	100%		
	1.3.12	Casas de Repouso	0	100	100%		
2.1- Inspeção em Indústrias de Alimentos	2.1.1	Indústrias Processadoras de Palmito em conserva	0	100	100%		
	2.1.2	Indústrias Beneficiadoras de Sal para consumo humano	0	100	100%		
	2.1.3	Indústrias Processadoras de Gelados Comestíveis	4	30			Nicóli
	2.1.4	Indústrias de Amendoins Processados e Derivados		100	100%		
	2.1.5	Indústrias Processadoras de Frutas e/ou Hortaliças em conserva.	8	50	100%		Nicóli
	2.1.6	Cozinha Industrial	21	10	100%		Nicóli
	2.1.7	Demais Indústrias de Alimentos	195	10	100%		Nicóli

2.2 – Monitoramento de Alimentos	2.2.1	Monitoramento de Alimentos (Identificação nos Estados dos produtos prioritários considerando-se o perfil epidemiológico dos agravos a eles relacionados).					
3.1- Inspeção em Empresas Produtoras de Medicamentos	3.1.1	Soluções parenterais de pequeno (inclusive citostáticos e oncológicos) e de grande volume	0	100	100%		
	3.1.2	Soluções estéreis oftálmicas	0	100	100%		
	3.1.3	Contrastes Radiológicos	0	100	100%		
	3.1.4	Hormônios	0	100	100%		
	3.1.5	Biológicos - Imunobiológicos	0	100	100%		
	3.1.6	Biológicos -hemoderivados	0	100	100%		
	3.1.7	Medicamentos específicos dos programas estratégicos do Ministério da Saúde (Saúde Pública)	0	100	100%		
	3.1.8	Antibióticos	0	100	100%		
	3.1.9	Antissépticos	0	50			
	3.1.10	Homeopáticos	0	50			
	3.1.11	Fitoterápicos	0	50			
	3.1.12	Demais Indústrias Farmacêuticas	0	50			
3.2- Inspeção em Comércio Farmacêutico	3.2.1	Farmácia de Manipulação - Injetáveis, colírios, antibióticos, hormônios e psicotrópicos	4	100	100%		Geórgea

	3.2.2	Farmácia de Manipulação- Nutrição parenteral extra- hospitalar	0	100	100%		
	3.2.3	Farmácia de Manipulação - Demais manipulações	4	100	100%		Geórgia
	3.2.4	Distribuidora/importadora de medicamentos	0				
	3.2.5	Distribuidoras/Importadoras de insumos sujeitos a controle especial	0				
	3.2.6	Distribuidora e Importadora de insumos farmacêuticos- com fracionamento					
	3.2.7	Distribuidora e importadora de insumos farmacêuticos - Sem fracionamento					
	3.2.8	Farmácias	34	100	100	100%	Geórgia
3.3 - Inspeção Emp. Fabric. Saneantes	3.3.1	Risco I	1		100	100%	Geórgia
	3.3.2	Risco II – Uso Hospitalar					
	3.3.3	Demais empresas de Risco II	1		100	100%	Geórgia
3.4 - Inspeção Emp. Fabric. Cosméticos	3.4.1	Risco I	0	100	100	100%	
	3.4.2	Risco II					
4.1 - Inspeção Empresa de Produtos para a Saúde	4.1.1	Empresa produtora de produtos médicos: (RDC 185/01) - classe 2					

	4.1.2	Empresa produtora de produtos médicos (RDC 185/01) - classe 3 e 4					
	4.1.3	Empresa produtora de produtos para Uso In Vitro (Port 08/MS/SVS/96): Grupos B,C e D					
4.2 – Inspeção Empresa Distribuidora de Produtos Médicos	4.2.1	Empresa Distribuidora de Produtos Médicos - RDC – 185/2001- GRUPOS 3 e 4	2	100	100	100%	Ednilson
	4.2.2	Empresa Distribuidora e Importadora de kits diagnósticos in vitro (Port 08/MS/SVS/96): Grupo B,C e D					
4.3 – Inspeção em Empresa de Esterilização e Reprocessamento de artigos médicos	4.3.1	Empresa de esterilização e reprocessamento de artigos médicos.					

9.3.1.3. Sistemas de Informação

Tabela 70- Sistemas de Informação Visa

Sistema	Cadastro	Alimentação	Consulta
SISÁGUA	X	X	X
SIASUS	-	X	-
SISPACTO	-	X	-

9.3.2. Outras informações

A Vigilância Sanitária recebe todas as reclamações e denúncias com registro e que são repassadas aos técnicos para as providências devidas.

Apesar de ser um Departamento de Vigilância Sanitária, o mesmo não possui conta bancária própria de arrecadação, as taxas e demais valores cobrados são recolhidos junto ao Fundo Municipal de Saúde. O setor possui arrecadação própria, possibilitando a confecção de orçamentos para aquisição de materiais e equipamentos para o Departamento.

9.3.3. Estrutura legal

Toda a equipe de VISA é investida de função por ato legal/portaria 1649/2019, 862/2020 e 867/2021 da Prefeitura Municipal de União da Vitória.

As atividades da Vigilância Sanitária Municipal foram contempladas no código sanitário municipal de saúde e aprovado pela lei 1987/93 de 28 de setembro de 1993 e pela lei 2486/97 de 01/10/1997 que criou o Departamento Municipal de Vigilância Sanitária com suas atribuições e competências.

O Departamento de Vigilância Sanitária está incluso na estrutura organizacional da respectiva secretaria de saúde.

A Vigilância Sanitária utiliza o código sanitário municipal, aprovado pela lei 1987/93, o código de saúde do Paraná lei 13331 de 23/11/2001 e decreto nº 5711 de 23 de maio de 2002 e as legislações federais.

9.3.4. Estrutura administrativa e operacional

O cadastro de estabelecimentos é realizado muitas das vezes via Casa do Empreendedor, através de Sistema Empresa Fácil ou mesmo por contadores.

Possui cadastro de todos os estabelecimentos regulares comerciais do município, bem como documentos que compõem os mesmos, sistema este parcialmente informatizado com total controle de pagamentos e demais informações pertinentes ao setor.

Os estabelecimentos são cadastrados no setor via sistema BETHA, EMPRESA FÁCIL e SIEVISA.

As reclamações são recebidas via telefone, e-mail ou pessoalmente, protocoladas e registradas.

Os vistos de projetos e habite-se são realizados mediante a apresentação de projetos arquitetônicos e cópia da ART e cadastrados no programa específico, realizados por arquiteta recentemente contratada.

Todos os estabelecimentos são cadastrados mediante comprovação de documentos exigidos por lei.

A equipe é composta por técnicos de nível médio e superior, conforme citado acima, admitidos através de concurso público e ou contratação, alguns setores necessitam de profissionais efetivos, tais como saúde do trabalhador (técnico em segurança do trabalho), odontólogo, nutricionista, advogado e demais áreas, inclusive fiscais de nível médio, existindo também a necessidade de capacitações para os técnicos, em todos os setores.

9.3.5. Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário

9.3.5.1. Produtos, serviços e ambientes de interesse a saúde:

Cadastramento: ação envolvendo o assentamento dos dados de todos os estabelecimentos de saúde, de interesse da saúde e dos locais passíveis a atuação da vigilância sanitária bem como dos serviços públicos ou privados conforme lei 8080/90. O cadastro de todos os estabelecimentos e áreas a serem fiscalizados é ação apropriada e indispensável, permite a definição das ações da vigilância sanitária a serem executadas e metas e parâmetros de acompanhamento.

Inspeção sanitária: atividade desenvolvida com o objetivo de avaliar os estabelecimentos, serviços de saúde, produtos, condições ambientais e de trabalho implicando em expressar julgamento de valor sobre a situação observada.

Coleta de amostra para análise: tem por objetivo proceder ao acompanhamento, avaliação e controle de qualidade, dimensionar riscos e resultados

em relação a produtos e quaisquer situações de risco. Exemplo: monitoramento da qualidade da água para consumo humano, hemodiálise, monitoramento de alimentos e medicamentos.

Coleta e amostra para análise da raiva: tem por objetivo enviar material para análise da circulação do vírus rábico no município, sendo necessário o envio de amostras à SESA/PR.

Intimação: mediante situação observada durante a inspeção sanitária e sempre dentro dos padrões técnicos estabelecidos na legislação sanitária ocorrem medidas administrativas, previstas na legislação.

Investigação: é baseada em informações relacionadas a doenças e outros eventos de interesse a saúde, consiste em investigar, inspecionar, identificar, orientar, coletar amostras, confirmar o diagnóstico, determinam as características epidemiológicas e sanitárias do evento. Exemplo: surtos de doenças transmitidas por alimentos, intoxicações, reações adversas e queixas técnicas, doenças e acidentes de trabalho e infecções hospitalares.

9.3.6. Educação e comunicação em saúde para a sociedade:

As atividades de educação sanitárias visam primeiramente a prevenção e a promoção à saúde. O acesso às informações se dá durante as inspeções sanitárias nas distribuições de material educativos, nas divulgações de alertas sanitários através da imprensa falada, escrita e demais eventos.

Atendimento a denúncia e da adoção de medidas administrativas cabíveis, visando o bem estar da população.

9.3.7. Ações integradas de saúde:

A integração do Departamento de Vigilância Sanitária com os demais setores, como a vigilância epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador, atenção básica, é fundamental para o acesso e rapidez no recebimento das notificações, na investigação, inspeção e solução do fator de risco.

O treinamento e a integração com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde beneficiam o repasse das informações a população já que estes vivenciam com maior proximidade os problemas da população.

9.3.8. Ações intersetoriais

A integração intersetorial com a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Ação Social, Departamento de Obras, Secretaria Municipal de Agricultura, Secretaria Municipal de Meio Ambiente, IAT, Emater, Sanepar, maximiza a atuação nos fatores de riscos sanitários transmitidos pela população.

9.3.9. Ações laboratoriais

Apoio laboratorial de qualidade é fundamental no monitoramento dos produtos utilizados pela população, servindo de subsídio para o melhor controle dos estabelecimentos. As ações laboratoriais são realizadas pelo Laboratório Central do Estado – LACEN através de programas específicos e de coleta sob demanda.

9.3.10. Ações para contingenciamento da Pandemia do SARS-COV-2

Cabe a Vigilância Sanitária a fiscalização de ações e medidas a serem tomadas pelos estabelecimentos de importância sanitária ou não de mecanismos de contingenciamento da transmissão do vírus SARS-COV-2, causador da COVID-19.

A Vigilância em Saúde desempenha papel fundamental no monitoramento de empresas e locais a fim de que sejam tomadas as decisões relativas ao contingenciamento do vírus tanto nos ambientes públicos quanto nos ambientes privados.

Devido ao volume alto de demandas específicas da Vigilância Sanitária, da falta de funcionários em número suficiente para suprimento de todas as demandas e do agravamento dos índices de casos novos e ativos no município, formou-se nestes anos em que se mantém o momento pandêmico do SARS-COV-2 uma rede de fiscalização composta pelo órgão sanitário e por demais funcionários de outras

secretarias que desempenham funções de orientação, fiscalização e demais medidas administrativas previstas na legislação municipal.

9.3.11. Metas Específicas para o COVID-19

- a) Realizar fiscalização nos estabelecimentos a fim de verificação dos cumprimentos das medidas preventivas para com a pandemia do SARS-COV-2, causador da COVID-19;
- b) Estimular e orientar os estabelecimentos nas boas práticas de higienização, limpeza e organização dos ambientes de trabalho;
- c) Orientar e fiscalizar os estabelecimentos no cumprimento das medidas previstas nas legislações federais, estaduais e municipais;

9.4. Atenção Primária à Saúde

As Unidades de Saúde estão localizadas na zona urbana do Município, sendo: ESF Josmar Babi, ESF Conjuntos, ESF Cristo Rei, ESF Sagrada I, ESF Sagrada II, ESF Salete I, ESF Salete II, ESF Limeira, ESF São Braz I, ESF São Braz II, ESF Rio D'areia, ESF Rocio, ESF São Sebastião, ESF São Bernardo e APS São Gabriel.

A ESF Josmar Babi, na região central, é referência para a população pertencente à área rural, além de manter atendimento médico em seis UBS do Interior: Pinhalão, Palmital do Meio, Faxinal dos Marianos, Rio Vermelho, São Domingos e Barra do Palmital.

As Equipes de Saúde da Família contam com apoio de equipe multiprofissional, composta pelos seguintes profissionais: Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Educador Físico. Possui uma Academia de Saúde vinculada as ESF dos Conjuntos e ESF Cristo Rei.

O primeiro atendimento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde. Todas as Unidades trabalham com cotas descentralizadas de exames laboratoriais.

Temos um total de 49.806 pessoas cadastradas ou 16.958 famílias. As doenças referidas com maior frequência na área coberta pela ESF é Hipertensão

Arterial Sistêmica e o Diabete Mellitus. Os pacientes que necessitam de consulta especializada, são estratificados e referenciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Iguaçu – CISVALI.

Havendo necessidade de atendimento especializado não disponível no município, são encaminhados para Curitiba através do TFD. Dispomos de dois hospitais credenciados ao SUS, para atendimento hospitalar, nas áreas ortopedia/traumatologia, cirurgia geral ginecologia/obstetrícia, UTI adulto, UTI pediátrica, leitos clínicos, entre outros.

O município faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Iguaçu – CISVALI - o qual gerencia os serviços de saúde especializados, tais como: pequenas cirurgias, exames de análises clínicas, exames radiológicos, exames de patologia clínica; Órtese/Prótese, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética, Mamografia; Densitometria óssea e Consultas médicas nas seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, hematologia, ortopedia e urologia, por meio do CISVALI.

A Rede de Urgência e Emergência foi estabelecida no início de 2021, através da implantação do SAMU, o qual possui sua central reguladora pelo Estado do Paraná.

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS possui uma UPA - Unidade de Pronto Atendimento, funcionando 24h por dia, inclusive sábados, domingos e feriados. Possui contrato hospitalar para atender, através de tabela própria, com os seguintes serviços: Ortopedia de urgência, Plantões obstétricos e Internamentos Psiquiátricos de urgência.

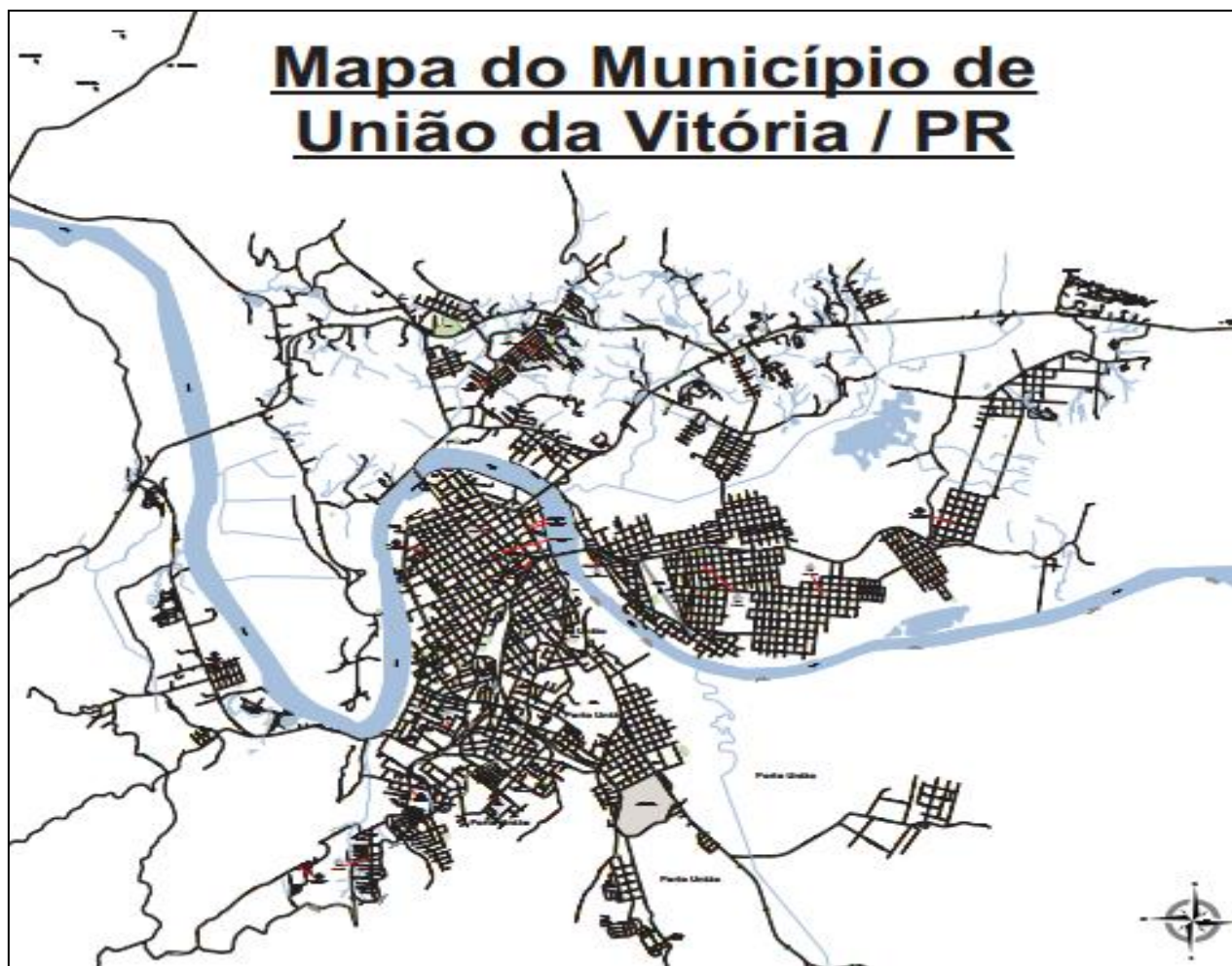
As equipes de Vigilância em Saúde devem desenvolver atividades na Atenção Básica de modo a contribuírem para melhorar os indicadores de saúde. A atuação de profissionais especializados destas áreas, em conjunto com as equipes de saúde da família, poderá contribuir para a detecção, prevenção e controle das doenças transmissíveis mais freqüentes no município e para o alcance dos indicadores de saúde.

A Vigilância em Saúde engloba as seis áreas legais de vigilâncias: epidemiológica, sanitária, do meio ambiente incluindo o do trabalho, análise de situação e promoção da saúde. A Vigilância Epidemiológica atua na 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. A Vigilância Sanitária deste município atua no conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública. A Vigilância Ambiental colabora na proteção do meio ambiente, intervém nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente. A Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolve um conjunto de atividades que se destinam, através das ações conjuntas da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores; participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho. A Promoção da Saúde objetiva desenvolver um conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais, responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da doença. A Vigilância da Situação de Saúde vem desenvolvendo ações de monitoramento contínuo do Município, nas áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento da saúde municipal mais abrangente.

O pré-natal é realizado em todas as unidades de saúde com referência para alto risco no Consórcio Intermunicipal Vale do Iguaçu - CISVALI, conforme Protocolo Estadual da Rede Materno Infantil. O Risco intermediário é referenciado aos médicos ginecologistas e obstetras do município.

Figura 11- Unidades de Saúde e área de abrangência, União da Vitória, 2021



Sua força de trabalho é composta por 266 servidores multiprofissionais concursados e em Processo Seletivo, pertencentes ao quadro da Prefeitura Municipal de União da Vitória, além dos profissionais que trabalham na rede contratada. Para as ações desenvolvidas, as UBS contam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, cirurgiões–dentistas, técnicos de higiene bucal, auxiliares de consultórios dentários, sendo o trabalho coordenado pela Autoridade Sanitária Local.

9.4.1. Linha de cuidados Materno Infantil

Tem como objetivo principal a assistência à mulher desde o Planejamento Familiar, pré-natal, parto, puerpério ao acompanhamento da criança e adolescente com segurança, qualidade e humanização.

A Rede Materno Infantil contribui para a redução da morbimortalidade materno infantil, mediante a garantia da vinculação da gestante na maternidade de acordo com sua classificação de risco, de acordo com os protocolos clínicos de atendimento estabelecidos, que define claramente os procedimentos, com a garantia das consultas, exames e medicamentos.

As gestantes participam de grupos de pré-natal, ou são orientadas em consulta individual pela enfermagem, na qual são informadas sobre qual a Maternidade de referência ao Parto. No momento da alta hospitalar é orientada a procurar a UBS para consulta puerperal, sendo a mesma unidade onde ela fez o pré-natal.

No ano de implantação (2012) era conhecido como Programa Mãe Paranaense, desde então, no Município de União da Vitória foram atendidas aproximadamente 7.236 gestantes e contribuiu consistentemente para a redução da mortalidade infantil que era 13 óbitos em 2006 para 8 óbitos em 2016.

A Atenção à Saúde da Criança tem como objetivo promover o crescimento e desenvolvimento saudável, prevenir os principais agravos à saúde da criança, especialmente as mais vulneráveis. A captação precoce para o acompanhamento das crianças inicia pela puericultura nas Unidades Básicas de Saúde, que permite o agendamento de consulta com o enfermeiro para o binômio mãe-bebê, e busca ativa pelo Agente comunitário de Saúde.

A promoção à saúde da criança ocorre nas consultas de puericultura, com as orientações às imunizações, no estímulo, apoio e proteção ao aleitamento materno.

Através de fluxo de notificação às equipes de saúde, através das Declarações de Nascido Vivo, das altas hospitalares de egressos de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Neonatal, é possível alertar as equipes para a necessidade de busca ativa e priorização no atendimento e vigilância cuidadosa das crianças com maior risco à saúde. A implementação do atendimento ao bebê de alto risco para o desenvolvimento neuropsicomotor e os fluxos para assistência às triagens neonatais positivas permitem a detecção e intervenção precoce nas crianças de risco para deficiência e doença cardíaca.

O monitoramento e acompanhamento de crianças expostas na gestação à sífilis, toxoplasmose, HIV, hepatites permitem a redução de agravos importantes à saúde da criança.

As crianças estratificadas como Alto risco e risco intermediário, são acompanhadas no ambulatório do Hospital APMI, e também no ambulatório do MACC – pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Cisvali.

O atendimento dos adolescentes de União da Vitória ocorre por livre demanda em todas as Unidades de Saúde. Os profissionais realizam atendimento aos adolescentes dentro de suas necessidades e especificidades.

9.4.2. Linha de cuidados do hipertenso/diabético

Um dos maiores desafios da saúde hoje em União da Vitória é melhorar a qualidade da Atenção Básica, e trabalhar com maior integração entre os serviços, construindo linhas de cuidados e avançando no sentido da integralidade.

O Município possui 20.465 pessoas cadastradas com Hipertensão arterial e 5.745 diabéticos.

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver HA e DM estabelece a necessidade de programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Fatores de risco, como o aumento do sobrepeso, obesidade, sedentarismo e a mudança de estilo de vida da população observados nos últimos anos estão associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM (OMS, 2018).

As ações integradas de prevenção e cuidado à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus ocorrem prioritariamente na Atenção Primária, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes. Os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF pressupõem que os profissionais de saúde capacitados trabalhem de forma interdisciplinar, que estabeleçam vínculos com os usuários e que se responsabilizem pela Atenção Integral dos cidadãos.

A implementação deste trabalho exige processos de Educação Permanente, que propõe mudanças das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica sobre o processo de trabalho e incorporação de novos saberes no cotidiano das equipes.

Considerando o aumento expressivo da incidência e prevalência da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, a Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória decidiu priorizar as ações no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, para a implantação e reorganização de linhas de cuidados destes pacientes, com o objetivo de melhorar os cuidados oferecidos, realizando diagnóstico precoce, tratamento adequado, prevenção de seqüelas e diminuição de internações, através de projetos terapêuticos individualizados, com linhas de cuidados que permeiem todos os nossos serviços, e que contribuam para a autonomia dos pacientes. Para isso o Município também conta com a Rede de Atendimento QUALICIS, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde, que busca ofertar aos usuários o serviço de atenção ambulatorial multiprofissional especializada aos pacientes que se enquadrem nos critérios de encaminhamento de acordo com a estratificação de risco.

9.4.3. Atenção à Saúde do Adulto e Linha de Cuidados do Idoso

As ações voltadas para a população de adultos e idosos do município têm por objetivo a promoção, prevenção, manutenção ou recuperação da saúde. Com ações integrais, desenvolvidas de maneira contextualizada e multiprofissional, busca-se a oferta de serviços de maneira oportuna, dando aos nossos munícipes a oportunidade de uma vida mais saudável, para que possam desempenhar seus papéis na sociedade. Para tanto, a Secretaria Municipal da Saúde buscará o aperfeiçoamento permanente dos profissionais e dos processos de trabalho, bem como a seleção, disponibilização e emprego de instrumentos e tecnologias adequados.

Para enfrentar os desafios demográficos, o Paraná vem desenvolvendo estratégia inovadora, coordenada pela APS, centrada na pessoa e fundamentada na promoção e manutenção da capacidade funcional dos idosos pela prevenção, pela identificação precoce e pelo manejo da fragilidade multidimensional por equipe multidisciplinar integrada, tendo como processo de trabalho a Avaliação Multidimensional do Idoso e Plano de Cuidado compartilhado.

Para o rastreio de idosos frágeis no domicílio e estratificação do risco na APS, é recomendado a utilização do Instrumento IVCF-20 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional. Esta linha de cuidado vem sendo aprimorada e progressivamente implantada em todo o estado e também no município de União da Vitória.

Por se tratar de mudança de paradigma do cuidado, os resultados dependem de extenso programa de capacitação profissional, e também da disponibilidade para contratação de profissionais especialistas na área do envelhecimento, problema esse enfrentado e gerenciado pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Destaca-se que o projeto piloto do PlanificaSUS no Paraná e tem como linha prioritária a Saúde do Idoso, que consiste na estratificação de risco, agendamento de consultas e encaminhamento à Rede Qualicis.

Outra ação importante no município é o acompanhamento dos idosos de Instituições de longa permanência, através da realização da estratificação de risco, visitas e acompanhamento pela equipe de saúde.

Enfatizamos que durante todo o período de Pandemia de Covid-19, no ano 2020 e 2021, as ações foram redobradas nas instituições através de capacitações e orientações em relação às medidas de distanciamento e cuidados institucionais, assim como vacinação e a realização de testes para detecção precoce do vírus.

Para o atendimento integral das demandas da população idosa, identifica-se, além da necessidade de ampliação do programa de capacitação e de formação profissional na área do envelhecimento, a organização, a adequação e a integração de serviços e diferentes setores de gestão; a inclusão de insumos, medicamentos e procedimentos apropriados; e a discussão de um modelo de cuidados de longo prazo. A estratégia de cuidado da população idosa proposta pelo Paraná e pelo Município de União da Vitória, está alinhada à recente proposição da OMS que visa à manutenção ou à reabilitação da capacidade intrínseca e funcional dos indivíduos à medida que envelhecem.

9.4.4. Linha de Cuidados em Saúde Mental

No Brasil em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que trouxe novas normativas para a implantação de serviços não previstos anteriormente

e a proposta de inserção da lógica da Atenção Psicossocial em diversos pontos de atenção, além dos específicos de saúde mental. A RAPS é uma estratégia para redirecionar o modelo assistencial em saúde mental e implementar a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Seguindo essa lógica de cuidado, a SESA realizou o processo de planejamento estratégico da Linha de Cuidado à Saúde Mental, no qual foram definidas as competências dos pontos de atenção por nível de complexidade e de outros pontos que ofertam cuidado em saúde mental de outras políticas públicas e de organização comunitária.

Esses instrumentos que servirão de auxílio no processo de trabalho das equipes, destacando a estratificação de risco, o plano de cuidados e a programação para a APS, estão em fase de implantação no município, sendo este um planejamento para os próximos 4 anos de gestão.

9.4.5. Equipe Multiprofissional da SMS

A Equipe Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde é composta por Fisioterapeuta, Educador Físico, Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social, Fonoaudiólogo

Dentre as ações que a Equipe Multiprofissional desenvolve nos Postos de Saúde estão: apoio clínico (avaliação multiprofissional), atendimento conjunto (compartilhado), atendimento individual, educação permanente e atividades educativas.

Com o processo de trabalho focado nas pessoas e nas suas principais necessidades, os profissionais contribuem para o aumento da capacidade do cuidado das equipes de APS sob sua responsabilidade, agregando novas ofertas de cuidado nos Postos de Saúde e auxiliando também na articulação com outros pontos de atenção na rede.

9.4.6. Saúde Bucal

A Política de Saúde Bucal da SMS proporciona atenção odontológica à população garantindo a realização de atividades coletivas e individuais de promoção e prevenção da saúde bucal, possuindo uma rede de assistência na Atenção Primária à saúde, com atendimento nas UBS, onde são realizados procedimentos preventivo se curativos, sendo a porta de entrada obrigatória para os demais serviços da rede de Atenção Odontológica.

9.4.7. Percentual de implantação das Linhas de Cuidado no Município de União da Vitória

Tabela 71- Linhas de cuidado

População adscrita	Total de Hipertensos	Total de Hipertensos estratificados conforme Linha Guia	Total de Hipertensos vinculados ao MACC (Modelo de Atenção as Condições Crônicas)	% HIPERTENSOS ESTRATIFICADOS	Total de Diabéticos	Total de Diabéticos estratificados conforme Linha Guia	Total de Diabéticos estratificados conforme Linha Guia
	1.061	573	80	54,00%	335	273	39

Tabela 72- Estratificação

MUNICÍPIO	% HIPERTENSOS ESTRATIFICADOS	%DIABÉTICOS ESTRATIFICADOS	% IDOSOS ESTRATIFICADOS	% CRIANÇAS ESTRATIFICADAS	% GESTANTES ESTRATIFICADAS	% SM COM PSICOTRÓPICO
UNIÃO DA VITÓRIA	54,00%	81,50%	32,00%	100,00%	100,00%	77,30%

9.5. Assistência Farmacêutica

A Organização Mundial de Saúde vem pautando, por meio de seus documentos, as novas perspectivas para a concepção da Atenção Primária em Saúde e, incluída nesta, as necessidades de mudanças dos serviços de farmácia e da atuação dos farmacêuticos.

O papel do medicamento no contexto das ações de saúde é indiscutível. Para garantir seu acesso ao SUS operacionaliza a Assistência Farmacêutica (AF), um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre ações e serviços da AF. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob a ótica integral.

De um modo geral, percebe-se então que a assistência farmacêutica no SUS vem se estruturando ao longo dos últimos anos e assumindo um papel estratégico como atividade essencial na atenção à saúde da população brasileira. O estabelecimento de políticas para a área, entre elas a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.986/1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004) vêm assegurar o acesso e promover o uso racional de medicamentos.

A Assistência Farmacêutica segue a determinação do DECRETO Nº 7.508 de 28/06/2011 (Federal), que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. "... Art. 28º. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- a) Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- b) Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- c) Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- d) Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

A integração das diversas etapas inclui a necessidade de se ter trabalhadores qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo efetivos; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar; monitorar o surgimento de reações adversas, entre tantas outras ações.

9.5.1. Organização da assistência farmacêutica no município

A Assistência Farmacêutica no município procura estar assegurada nos serviços de saúde através de um ciclo de ações para sua execução.

9.5.1.1. Recursos Humanos

Como elemento fundamental para o desempenho das atividades a serem desenvolvidas é necessário: identificar necessidades de recursos humanos, definir perfil (competências e habilidades), capacitar, acompanhar e avaliar suas ações.

As atividades da Assistência Farmacêutica devem estar sob a coordenação de um profissional farmacêutico, auxiliado por técnicos habilitados e treinados.

A Assistência Farmacêutica no Município de União da Vitória está organizada da seguinte maneira:

LOCAL DE TRABALHO	FARMACÊUTICO EFETIVO	FARMACÊUTICO CONTRATADO	CARGA HORÁRIA
FARMÁCIA BÁSICA E CAF	1	XX	30 HORAS SEMANAS
FARMÁCIA BÁSICA E CAF	XX	1	20 HORAS SEMANAIS
FARMÁCIA PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIAL 24 HORAS	1	1	20 HORAS SEMANAIS

Tabela 74- Quantitativo de estagiários farmácia

LOCAL DE TRABALHO	ESTAGIÁRIOS DE FARMÁCIA E BIOMEDICINA
FARMÁCIA BÁSICA	11
CAF	2
FARMÁCIA PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIAL 24 HORAS	3

Tabela 75- Estabelecimentos

QUANTIDADE	ESTABELECIMENTO	DESCRIPTIVO DE ATIVIDADES
01(um)	Central de Abastecimento Farmacêutico- CAF	Onde ocorre a centralização e armazenamento de medicamentos e insumos farmacêuticos bem com a distribuição de fármacos as unidades de saúde.
01 (uma)	Farmácia Central	Aonde ocorre a dispensação direta de medicamentos aos pacientes do município.
01 (uma)	Farmácia do pronto atendimento emergencial 24 horas	Entrega e aplicação da primeira dose de antibióticos, medicações de urgência e emergência e demais medicamentos injetáveis.

9.5.1.2. Estrutura Física Farmácia Municipal e CAF

A estrutura física de um serviço afeta diretamente as condições de trabalho dos profissionais e influência a saúde e as práticas de saúde exercidas. Estudos apontam que problemas na organização do trabalho e nas condições físicas do ambiente levam o trabalhador a uma adaptação forçada o que compromete a qualidade do atendimento. Neste contexto de condições precárias enquadrava-se a farmácia básica do município de União da Vitória a qual, há tempos, apresentava estrutura falha e problemas antigos de ordem gerencial. Longas filas se formavam aonde as pessoas aguardavam ao relento por horas, expostos a condições climáticas e sem qualquer tipo de conforto. Não haviam assentos para acomodação, bebedouros e nem tão pouco atendimento diferenciado, como estabelece a lei para usuários preferenciais. Lembrando que as farmácias devem, no que se refere as instalações, atender a legislação vigente (RDC ANVISA n.º 50/02, e RDC ANVISA nº 44/09).

As mobílias da farmácia apresentam infiltrações, desgastes e rachaduras além de serem inadequadas. O prédio era antigo, e existiam goteiras que muitas vezes incidiam sobre os produtos.

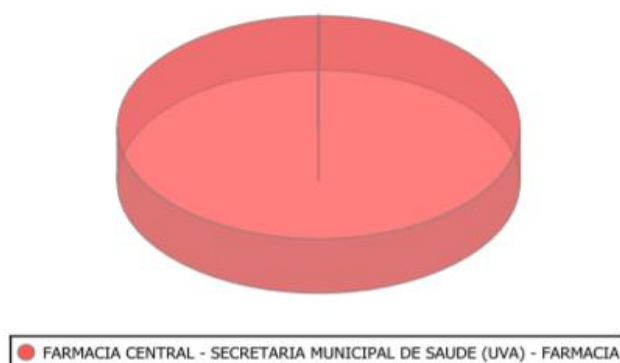
Quanto a gerência, sendo a retirada de medicamentos e insumos o motivo pelo qual os pacientes se deslocam até a farmácia, muitas vezes, além de enfrentar as condições mencionadas anteriormente, os mesmos retornavam para suas casas sem os itens que necessitavam, pois as faltas eram constantes e ocasionadas pela desorganização do estoque físico e estoque no sistema informatizado levando ao descontrole e aquisições equivocadas.

Em 2017 então, foi iniciada a reestruturação da Farmácia Municipal e CAF, levando a uma reformulação estrutural e de reorganização de setores e fluxos. Atualmente o panorama mudou, hoje são atendidas cerca de quatrocentas pessoas ao dia, as quais após retirar sua senha, aguardam sentadas confortavelmente em ambiente climatizado. As melhorias foram observadas em vários aspectos inclusive no humanitário. O resultado foi um número expressivamente maior de pessoas atendidas e satisfeitas com os serviços oferecidos no âmbito da assistência farmacêutica municipal (Figura 12).

Figura 12- Saída por Unidade

Unidade	Quantidade	Atendimentos	Pacientes	Total R\$	%
FARMACIA CENTRAL - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	36083	384	381	8.377,5786	100,00 %
	36.083	384	381	8.377,5786	

Movimentação de Estoque - Saída por Unidade - Sintético



Fonte: (Consulfarma. **Relatório de Estoque: Movimentação de estoque- Saída por Unidade Sintético**)

Tal avanço estrutural foi possível através de recursos como o Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica – IOAF – um incentivo do Estado do Paraná repassado aos municípios, cuja finalidade é a estruturação da Assistência Farmacêutica e QUALIFAR-SUS, recurso do governo federal.

A mudança de edificação de onde estava instalada a farmácia e o almoxarifado farmacêutico-CAF foi o primeiro passo para a iniciação do projeto preterido. A sede passou a ocupar lugar maior, já com paredes de cor clara e piso lavável, indicados para este tipo de estabelecimento de saúde. A partir daí, iniciaram-se as aquisições de equipamentos, mobílias e demais itens, levando se em conta as necessidades principais.

De início, a fachada frontal foi refeita e ganhou efeitos visuais e identificação clara, as janelas foram adesivadas para evitar a incidência da luz solar nos produtos estocados e foi instalada nova porta principal em blindex. Em seguida, foram adquiridos ares condicionados para todos os ambientes, estes com objetivo de oferecer, tanto conforto aos pacientes quanto adequar as condições de armazenamento de fármacos e insumos farmacêuticos. Termo higrômetros e geladeira para termolábeis, estantes de ferro resistentes, armários de ferro com duas portas e chave, caixas plásticas Bins, Pallets em material resistente e impermeável e gôndolas também foram incorporados, visando atendimento as boas práticas de armazenamento. Ainda no sentido de oferecer conforto e acolhimento, foram adquiridos cadeiras e longarinas para acomodação, bebedouro elétrico, TV LED, sistemas de senhas, guichês para atendimento e sacolas personalizadas para dispensação. Além disto, computadores para informatização completa do atendimento e distribuições entre postos foram disponibilizados. Importante frisar, a respeito da informatização, que o acesso à internet é necessário para a integração das farmácias públicas com outros sistemas do sistema único de saúde que o Acórdão nº 1459/2011 do Tribunal de Contas da União- TCU, determinou que a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde deve definir o rol de informações mínimas sobre a gestão da AF básica a serem encaminhadas obrigatoriamente pelos estados e municípios tornado indispensável a implementação de sistema informatizado e mais ainda, fundamental um controle eficiente e gestão pontual, para evitar desencontros de informações.

Ainda, visando melhorar as condições de trabalho foram instaladas divisórias para organização de uma cozinha e sala de reuniões, além da disponibilização de

cadeiras giratórias para utilização nos guichês de atendimento, armários com chave para guarda de bens e entregues uniformes e crachás para identificação, sistema de câmeras e alarme. Com relação aos funcionários, é importante mencionar que treinamentos iniciais e contínuos passaram a ser oferecidos, evidenciando a gestão eficiente de estoque, a minimização de desperdícios de medicamentos e a política de humanização no SUS.

Tendo como objetivo a implementação do cuidado farmacêutico individualizado, com ênfase ao paciente diabético e hipertenso, fez-se aquisição de divisórias para instalação de salas destinadas a assistência farmacêutica. Além das divisórias, mesas em material resistente, cadeiras, armários em MDF também fazem parte da nova sala. Cabe ressaltar, que os serviços clínicos do farmacêutico, garantindo o uso correto de fármacos, identificando reações adversas, e ineficácia, assim como resolvendo os problemas relacionados a eles, são de grande importância para o tratamento, em especial na terapêutica de doenças crônicas.

No contexto de humanização criou-se o sistema de gerenciamento de filas com o intuito de agilizar o atendimento, esclarecer dúvidas, instruir a respeito da fila preferencial e principalmente evitar esperas desnecessárias. O Resultado foi a diminuição do tempo de espera nas filas e usuários satisfeitos e bem orientados. Cabe ressaltar, que tal sistema, foi proposto e aprovado, tendo o mesmo se tornado lei municipal (LEI nº 4.801/2018).

9.5.1.3. Estrutura Física Farmácia e Almojarifado UPA

A farmácia está localizada no prédio da Unidade de Pronto Atendimento- UPA 24 horas e conta com duas salas: farmácia e almojarifado para insumos médicos. Na sala da farmácia estão alocados armários para armazenamento de medicações fracionadas, gotas e soluções, antimicrobianos, medicações de controle especial, profilaxia para abuso sexual ou acidente com perfurocortante e comprimidos de uso em geral. No mesmo local, existem ainda prateleiras em aço, arquivos em aço, estantes para “Bins”, mesas para realização de trabalho burocrático, computador e Termo-higrômetro para controle da temperatura e umidade.

Na sala destinada ao almojarifado estão dispostos paletes de material lavável para o armazenamento das caixas de solução fisiológica e solução glicofisiológicas, prateleiras em aço e Termo-higromêtro.

Quanto as farmacêuticas, as profissionais lotadas prestam assistência no período compreendido das 8 horas às 12 horas e das 13 horas às 17 horas. Ainda, atendem na farmácia e almoxarifado três estagiárias, das quais, somente uma atende ao período da manhã e duas ao período da tarde, sendo nos períodos noturnos e finais de semana escalados técnicos de enfermagem.

Referente ao método de distribuição a farmácia hospitalar em questão utiliza o sistema de distribuição coletiva, onde existem postos da farmácia com medicações em todos os setores da unidade.

Quanto a estrutura geral do local a mesma é precária, sendo notadas infiltrações, rachaduras e rede elétrica ineficaz para acomodar todos os equipamentos disponíveis. Os armários dispostos são insuficientes para armazenar todas as medicações disponíveis no estabelecimento, sendo necessárias alocações em caixas de papelão (inapropriadas) sendo ainda, que não existem “Bins” para o armazenamento de todos os insumos disponíveis. Somado a isto, as estantes destinadas a uso no local em questão estão enferrujadas e decorrente ao armazenamento de caixas pesadas, encontram-se abauladas e tortas. Estão instaladas ainda prateleiras de madeira, consideradas de material não lavável e estando estas em péssimas condições.

Instalada ainda na farmácia, existe uma cuba (pia) sem móvel adequado embaixo para amparar o peso a qual ocupa um grande espaço no local (pequeno) e sendo está de pouquíssimo uso. A mesma por diversas vezes já se soltou da parede, sendo necessário o conserto.

Entre as mesas existentes na farmácia, apesar de estas serem grandes, está uma unidade de madeira o qual é considerado material não lavável, e de grande peso o que dificulta a movimentação para limpeza.

O local não conta com aparelhos de ar-condicionado o que dificulta o controle de temperatura do ambiente, a qual muitas vezes é instável por falta de um equipamento que distribuía a temperatura de maneira igualitária na sala.

O espaço destinado ao almoxarifado é considerado pequeno, onde muitas vezes se faz necessário empilhar caixas de diversos materiais pois não há espaço suficiente para organização.

As janelas não possuem telas, o que facilita a entrada de bichos peçonhentos na sala e a limpeza do ambiente é dificultada pelo acúmulo de caixas e insumos.

Em relação a Assistência Farmacêutica, a farmácia fica sem supervisão de profissional habilitado nos períodos da noite e finais de semana e levando em consideração, que a unidade de pronto atendimento funciona 24 horas por dia configura-se esta, como a maior dificuldade encontrada, o que impacta grandemente no controle de saída e entrada de insumos e medicamentos. Tal fato, interfere ainda quanto a impossibilidade da adoção do método de dispensação em dose unitária (a qual gera menos desperdícios) pela falta de profissionais durante todo o período de atendimento.

Desta forma, diante do exposto, levando em consideração a estrutura destinada a farmácia da Unidade de Pronto Atendimento coloca-se em evidência a dificuldade de manter um espaço organizado e que facilite a rotina de trabalho e dispensação e principalmente a problemática no que diz respeito a assistência farmacêutica em tempo integral.

9.5.2. Resumo, Comissão de farmácia e terapêutica

Tabela 76- Comissão farmacêutica

MUNICÍPIO	Possui estrutura para instalação adequada	Necessidade de mais farmacêuticos nas Unidades de Saúde	Possui REMUME	REMUME atualizada	Possui médicos especialistas para a maioria das áreas	Realiza treinamento e capacitações específicas para os responsáveis pela Assistência Farmacêutica Municipal	Haveria estrutura para receber a descentralização dos medicamentos de demanda judicial?
União da Vitória	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO

9.5.3. Componentes da Assistência Farmacêutica

9.5.3.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica- CBAF.

Financiado pelas três esferas de gestão (financiamento tripartite) e gerenciado pela esfera municipal este componente destina-se à aquisição dos medicamentos no âmbito da atenção básica em saúde, com base em valores per capita. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado estabelecem o mecanismo de operacionalização desta sistemática, respeitando a aplicação mínima dos seguintes valores monetários/habitante/ano. Em resumo, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Desta forma, de acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013 que define que o financiamento do CBAF é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de acordo com Portaria Nº 3.193 de 9 de dezembro de 2019 que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Deliberação CIB/PR Nº 49/2020, os valores aplicados em União da Vitória, para financiamento da Assistência Farmacêutica, conforme descrito na tabela 77:

Tabela 77- Financiamento da Assistência Farmacêutica

APLICAÇÃO	
APLICAÇÃO ESTADO	População. 57.517 IDHM Alto Valor:R\$2,95 habitante/ano valor mensal R\$ 14.139,50
APLICAÇÃO UNIÃO	População 57.517 IDHM Alto Valor:R\$5,90 habitante/ano valor mensal R\$ 28.279,19
APLICAÇÃO MUNICÍPIO	Habitante/ano (Mínimo): R\$ 2,36 União da Vitória disponibiliza: R\$ 10,66

Ainda, cabe ao Ministério da Saúde, o financiamento e a aquisição das insulinas humana NPH 100 UI/ml (frasco e caneta) e da insulina humana regular 100 UI/ml (frascos e caneta), além dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher e à Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição dos mesmos.

Em União da Vitória, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica-CBAF está organizado através do Consorcio Paraná Saúde, criado em junho de 1999 com o objetivo de tornar mais eficiente o gerenciamento do CBAFe adquirir os medicamentos padronizados de forma centralizada, diminuindo custos e otimizando processos.

Assim, os recursos financeiros advindos das contrapartidas federal e estadual são repassados ao Consórcio Paraná Saúde, por meio de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, para execução das compras de modo centralizado, o que gera economia e possibilidade ao município de ampliar a oferta de medicamentos.

Os Estados e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

9.5.3.2. Componente estratégico da assistência farmacêutica

O Ministério da Saúde considera estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, que tenham impactos socioeconômicos e que configurem problemas de saúde pública. Além disso, esses medicamentos são disponibilizados aos portadores das doenças de acordo com critérios estabelecidos em protocolos e normas do Ministério.

Os medicamentos têm sua aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e são repassados para os Estados. As secretarias estaduais têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e distribuição aos municípios. No caso de União da Vitória tal responsabilidade se aplica a 6ª Regional de Saúde.

Tal componente contempla os seguintes programas e abrange o tratamento para as seguintes patologias e deficiências como AIDS/ISTs, hanseníase, tuberculose, multi droga-resistente, endemias (Doença de Chagas, peste, meningite, micoses sistêmicas, influenza, leishmaniose, cólera, filariose, esquistossomose, tracoma, malária), hemoderivados, alimentação/nutrição, tabagismo, vacinas e soros.

9.5.3.3. Componente especializado da assistência farmacêutica

Disponibiliza medicamentos para doenças que o Ministério da Saúde elabora Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que dizem como deve ser feito o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes. Normalmente seu tratamento envolve medicamentos que podem estar sob responsabilidade ou do

município ou do estado. Quando o acesso ao medicamento é responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, caso de União da Vitória, o paciente deve ir às farmácias especiais das Regionais de Saúde, sendo necessário apresentar formulário preenchido pelo médico, muitas vezes especialista no tratamento da doença, documentos pessoais e cópias dos laudos dos exames que comprovam a doença.

9.5.3.4. Programas especiais da SESA- PR

Além dos medicamentos disponibilizados pelos demais Componentes da AF, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA-PR como Paraná sem dor- PRSDOR, mucoviscidose ou fibrose cística, paracoccidiodomicose, profilaxia e tratamento das doenças oportunistas, violência sexual do programa DST/AIDS, análogos de insulina para pacientes com diabetes tipo 1 e saúde bucal.

Quanto ao programa Paraná Sem Dor, o qual contempla medicamentos destinados à pacientes que possuem dor crônica intratável (CID R521) ou outra dor crônica (CID R522), com duração superior há 30 dias, causadas por outra patologia, determinada por um CID secundário, o mesmo foi remanejado ao município em 2021, o qual realiza a dispensação do elenco. Os processos dos medicamentos do PRSDOR são sempre encaminhados para análise Local, para que seja realizada a Avaliação do processo pelo farmacêutico responsável.

9.5.3.5. Suplementação Nutricional

São disponibilizadas, na esfera municipal e através de contrapartida própria, fórmulas infantis de partida, fórmulas infantis especiais e suplementos alimentares em casos de suporte nutricional e/ou necessidade terapêutica aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, da cidade de União da Vitória, estado do Paraná.

A dispensação de fórmula infantil de partida é de caráter assistencial e não depende de judicialização podendo ser mantido até o sexto mês de vida da criança. As mesmas são dispensadas na Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto a dispensação de fórmulas infantis especiais e suplementos alimentares por período maior que dois meses os trâmites serão realizados através

do Ministério Público e ou análise criteriosa do profissional Nutricionista com encaminhamento por escrito e justificado sendo as fórmulas em questão entregues na Farmácia Municipal através de prescrição do profissional nutricionista da Secretaria de Saúde.

9.5.3.6. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, do governo Federal

Quanto aos medicamentos referenciados através da listagem do HIPERDIA (Tabela 78), para tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS e/ou Diabetes, aqueles que mencionado a baixo, são distribuídos unicamente através do Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, do governo Federal (MS), nas farmácias conveniadas. O objetivo deste redirecionamento, é que através dos recursos remanescentes após tal ação, possam ser adquiridos outros medicamentos, lembrando, que isso já ocorre em grande parte das farmácias públicas do Paraná.

Tabela 78- Medicamentos referenciados

Atenolol 25 mg
Captopril 25 mg
Glibenclamida 5 mg
Hidroclorotiazida 25 mg
Losartana Potássica 50 mg
Maleato de Enalapril 10 mg
Propranolol 40 mg

Os fármacos indicados a baixo (Tabela 79), também empregados na terapêutica da Hipertensão e Dislipidemia, são dispensados através da Farmácia Municipal.

Tabela 79- Demais fármacos empregados

Anlodipino 5 mg
Ácido Acetil Salicílico 100 mg
Enalapril 20 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg
Verapamil 80 mg

9.5.3.7. Medicamentos não constantes na Lista Básica de Medicamentos do Município

O paciente é orientado, quando da indisponibilidade do medicamento preterido em

REMUME, realizar consulta aos medicamentos padronizados através dos protocolos da 6ª Regional de Saúde em União da Vitória, a qual contempla os demais componentes da assistência farmacêutica. Ainda, pode consultar aos medicamentos disponibilizados através do programa “aqui tem farmácia popular” do governo federal aonde estão disponíveis medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma. Além disso, são ofertados com até 90% de descontos medicamentos para o tratamento de rinite, dislipidemia, Parkinson, osteoporose, glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas para incontinência.

9.5.3.8. Judicialização de medicamentos

No município de União da Vitória a judicialização de medicamentos pode ocorrer nos casos aonde o fármaco pretendido não se enquadra em nenhuma das listagens dos Componentes da Assistência Farmacêutica e lista complementar REMUME.

Em ocasiões como estas, o usuário é orientado a solicitar negativa de fornecimento de medicamentos, tanto na esfera municipal, quanto na estadual, afim de se esgotar as possibilidades de disponibilização e substituições (a cargo do prescritor). Estando com estes documentos em mãos este deve se dirigir ao fórum, aonde será indicado quanto ao restante dos trâmites e se homologado, ao fim do período necessário, aonde o fármaco deverá ser entregue.

No momento, a maioria das judicializações ocorrem via estado, tendo em vista o valor dos medicamentos requeridos, sendo os mesmos, responsáveis pela guarda e dispensação destes itens.

9.5.3.9. Ciclo da Assistência Farmacêutica

Para a efetiva implementação da Assistência Farmacêutica é fundamental ter como princípio básico norteador o CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, que é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações da atenção à saúde.

- Padronização/seleção
- Programação
- Aquisição
- Armazenamento
- Distribuição
- Utilização: Prescrição, dispensação e uso.

Figura 13- Ciclo de Assistência Farmacêutica



9.5.3.10. Padronização/ Seleção

No ciclo da Assistência Farmacêutica, a seleção constitui o ponto de partida, sendo, portanto, 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, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde. Deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos como, também, na estrutura dos serviços de saúde.

Quanto ao elenco de medicamentos disponíveis na farmácia básica de União da Vitória, o mesmo compreende mais de 200 fármacos que se distribuem entre:

- a) Medicamentos constantes na RENAME (relação nacional de medicamentos essenciais atualizada);
- b) Medicamentos de assistência a Unidade de Pronto Atendimento- UPA;
- c) Medicamentos constantes na lista complementar municipal- REMUME.
- d) Medicamentos distribuídos pelo estado, através da 6ª Regional de Saúde aos municípios.

a. Elenco de medicamentos pactuados para a Atenção Primária em Saúde, pertencentes a lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), adquiridos pelo Consórcio Paraná Saúde, e repassados ao município. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é o documento oficial de referência nacional. Integram o elenco dos medicamentos essenciais àqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. A referência nacional serve de parâmetro para os estados e municípios selecionarem seus medicamentos.

b. Medicamentos de assistência ao Pronto Atendimento Emergencial;

c. Medicamentos da REMUME (Relação Municipal) os quais são padronizados através da comissão de farmácia e terapêutica, instituída pela portaria nº 181/2017 da Prefeitura de União da Vitória, composta por equipe multiprofissional que compreende Farmacêuticos, Médicos, Odontólogos e Enfermeiros. Esta Instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, tem por finalidade assessorar ao gestor e equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos e tais profissionais tem a missão de avaliar as necessidades medicamentosas da população e confrontar com ação dos fármacos, posologia e resposta terapêutica implementando desta forma fármacos adicionais a lista preconizada pela RENAME.

As funções de uma CFT vão além das atividades de seleção de medicamentos e da elaboração do Formulário Terapêutico devendo a mesma atuar de forma permanente em diversas atividades, tais como:

- Assessorar a Gerência de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes a medicamentos;
- Produzir material informativo sobre medicamentos;
- Validar protocolos terapêuticos;
- Desenvolver ações educativas;
- Promover e apoiar programa de educação continuada.

No caso do município de União da Vitória, cabe à SMS o financiamento dos medicamentos que não constam na RENAME e que foram incluídos na Remume.

d. Medicamentos que atendam aos programas prioritários de saúde do município fornecidos pelos órgãos de competência Estadual e Federal.

9.5.3.11. Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória foi constituída em 2017 através da portaria nº181/2017 e tem como um dos seus objetivos estabelecer a REMUME, em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, e mantê-la atualizada e apoiada nos instrumentos legais como a Portaria GM/MS nº 3916/98 que estabelece a Política Nacional de Medicamentos; a Resolução CNS nº 338/04 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Lei nº 12.401/11 que estabelece que a dispensação de medicamentos no âmbito do SUS deve seguir as relações instituídas pelo gestor local e Decreto nº 7.508/11 que estabelece que estados, distrito federal e municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos.

Os itens que compõem uma seleção de medicamentos devem ser incluídos, excluídos ou indicados através de uso restritivo, considerando-se parâmetros preestabelecidos e decorrentes principalmente da magnitude de sua ação em termos epidemiológicos, de recomendações científicas atualizadas, de medicina baseada em evidências e da relação custo-benefício que oferecem.

A chave para uma política de uso racional de medicamentos é a cuidadosa seleção de medicamentos essenciais. Desde 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os países procedam à criação de Comitês Científicos e estabeleçam a lista básica de medicamentos para uso nos diversos níveis de atenção.

9.5.3.12. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Uma seleção ou padronização de medicamentos consiste numa construção de um elenco de produtos composto por itens básicos, que atendam às prioridades originadas do perfil epidemiológico local ou regional (medicamentos essenciais), ou itens específicos quando destinado a outras demandas farmacoterapêuticas (medicamentos para emergências, entre outros).

Os itens que compõem uma seleção de medicamentos devem ser incluídos, excluídos ou indicados através de uso restritivo, considerando-se parâmetros pré-estabelecidos e decorrentes principalmente da magnitude de sua ação em termos

epidemiológicos, de recomendações científicas atualizadas, de medicina baseada em evidências e da relação custo-benefício que oferecem.

A chave para uma política de uso racional de medicamentos é a cuidadosa seleção de medicamentos essenciais. Desde 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os países procedam à criação de Comitês Científicos e estabeleçam a lista básica de medicamentos para uso nos diversos níveis de atenção.

A **REMUME** de União da Vitória elenca, no momento, 261 itens entre medicamentos e insumos farmacêuticos os quais estão disponíveis no âmbito municipal para atendimento aos componentes básicos da Assistência Farmacêutica, componente estratégico da Assistência Farmacêutica (distribuição pelo estado) e das Unidades de Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar.

9.5.3.13. Programação

Programar medicamentos consiste em confirmar 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 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.

Na Secretaria Municipal de Saúde União da Vitória, são utilizados como método de programação das necessidades de medicamentos o consumo histórico e oferta de serviços, aliado a disponibilidade financeira.

No método de consumo histórico é realizada análise do comportamento de consumo do medicamento numa série histórica no tempo, possibilitando estimar as necessidades. Nesse caso, são utilizados os registros de movimentação de estoques, dados de demanda (atendida e não atendida), inventários com informações de, pelo menos, 12 meses, incluídas as variações sazonais (que são alterações na incidência das doenças, decorrentes das estações climáticas). Com esses dados, consolidam-se as necessidades, desde que não ocorram faltas prolongadas de medicamentos e que as informações fornecidas sejam confiáveis.

Em função dos limites orçamentários e financeiros, a programação poderá ser periodicamente ajustada o que não isenta, entretanto, o gestor de buscar atender às necessidades reais da população.

9.5.3.14. Programação através do gerenciador de recursos: Consórcio Paraná Saúde

- Programações periódicas, pré-estabelecidas, de lotes de aquisição de medicamentos com os recursos financeiros destinados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica pactuados pelas três instâncias do SUS: Federal, Estadual e Municipal. A programação ocorre em datas previamente estipuladas pelo Consórcio.
- Disponibilizam-se planilhas, onde ocorre simulação da programação de medicamentos essenciais para a atenção primária em saúde, onde são solicitados quantitativos de medicamentos conforme consumo histórico, separados por lotes, numerados, descritos como segue: recursos federais, estaduais e recurso municipal.

9.5.3.15. Programação de medicamentos através de licitações

- Medicamentos que compõem a REMUME (relação municipal de medicamentos) adquiridos através de licitações, modalidade pregão eletrônico e/ou compra direta (em casos específicos), com recursos próprios da Secretaria Municipal de Saúde, levando-se em conta a disponibilidade financeira para a execução.
- Disponibilizam-se planilhas, onde são calculados os quantitativos de medicamentos a serem adquiridos, conforme consumo histórico.

9.5.3.16. Programação do programa de Hipertensão e Diabetes

O Elenco de medicamentos estabelecido pelo Ministério da Saúde para o Programa de Hipertensão e Diabetes compõem medicamentos básicos como: Captopril, Hidroclorotiazida, Propranolol, Glibenclamida e Metformina.

O Consórcio Paraná Saúde disponibiliza outros tipos de medicamentos para hipertensão que complementam este elenco, tais como: Anlodipino, Atenolol, Carvedilol, Enalapril, Espironolactona, Furosemida, Losartana, Metildopa, Metoprolol, que são adquiridos pelo Município conforme disponibilidade financeira.

9.5.3.17. Programa Diabetes Mellitus para pacientes insulíndependentes

O município deve prestar a assistência necessária aos pacientes portadores de diabetes usuários da rede pública, mediante o diagnóstico, cadastro, acompanhamento/monitoramento e tratamento. Para tanto, são disponibilizadas mensalmente planilhas em forma de arquivo digital compartilhado com os nomes dos pacientes previamente cadastrados, quantidade de frascos ou canetas estimados e quantidade retirada. Estes dados possibilitam a programação das insulinas, bem como a inclusão de novos pacientes.

O monitoramento e solicitação de insulinas e agulhas para canetas é realizado através de análise de consumo via G-SUS- Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial, ferramenta de gestão online entre estado e município, por meio do qual realizam-se as transferências de itens intersetoriais.

A Programação para aquisição de lotes de insumos destinados aos usuários insulíndependentes é realizada trimestralmente e através do Consórcio Paraná Saúde com recursos estaduais e federais e próprios como forma de complementação.

Em relação aos demais insumos para pacientes diabéticos, cabe ao município a aquisição dos lancetadores e lancetas para punção digital e das seringas com agulha acoplada.

Sendo um município consorciado, a contrapartida estadual referente aos insumos complementares destinados aos usuários diabéticos é repassada ao Consórcio, que efetua a aquisição das tiras reagentes para medida de glicemia capilar e glicosímetros (estes últimos sem custo em regime de comodato).

Ao ministério da saúde compete à programação anual em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, estabelecendo os quantitativos necessários de Insulina Humana NPH e Regular para o abastecimento dos almoxarifados estaduais de medicamentos bem como a aquisição destas insulinas. As Secretarias Estaduais cabem as funções de armazenamento das insulinas NPH e Regular fornecidas pelo MS e a distribuição aos municípios de acordo com as necessidades.

Ainda, em Nota Técnica nº 204/2019 – CGAFB/DAF/SCTIE/MS, foram estabelecidos os critérios para dispensação das canetas aplicadoras de insulina humana NPH (Insulina Humana NPH 100 UI/ml, tubete de 3 ml) e insulina humana regular (Insulina Humana Regular 100 UI/ml, tubete de 3 ml). Cabe destacar que, por meio da NT supracitada e após pactuação no âmbito da Comissão Intergestores Triparte (CIT), em 30/05/19, o acesso às canetas/tubetes de insulina humana NPH e Regular deve se restringir a pacientes com Diabetes Mellitus 1 na faixa etária menor ou igual a 15 anos e pacientes com Diabetes Mellitus 1 na faixa etária maior ou igual a 60 anos.

9.5.3.18. Programa de controle ao tabagismo

O município conta com oito ambulatórios cadastrados no CNES para realizar o tratamento de tabagistas. O programa disponibiliza medicamentos elencados pelo ministério da saúde, cuja programação obedece a critérios estabelecidos pelo mesmo, pelo INCA (instituto nacional do câncer) e pela coordenação do programa.

9.5.3.19. Programa Saúde da Mulher

Contraceptivos e insumos deste programa são adquiridos e fornecidos aos Municípios conforme os parâmetros definidos pela respectiva área técnica do Ministério da Saúde. A complementação de contraceptivos é adquirida através do Consórcio Paraná Saúde.

Quanto a estes medicamentos incluídos no programa SAÚDE DA MULHER (anticoncepcionais), o usuário deve ser encaminhado a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência aonde retirará os mesmos.

9.5.3.20. Programa de Saúde Mental

Medicamentos que compõem o programa de saúde mental são programados através do Consórcio Paraná Saúde, apresentados pelas classes terapêuticas: Analgésicosopioides, Ansiolíticos e Hipnóticos, Anticonvulsivantes, Antidepressivos, Antimaníacos, Antiparkinsonianos e Antipsicóticos.

9.5.3.21. Programa da Síndrome Gripal e/ou Doença Respiratória Aguda Grave

O antiviral Oseltamivir é fornecido pela Secretaria do Estado da Saúde, para a 6ª Regional de Saúde, a qual transfere os mesmos para o Município. É um medicamento de distribuição gratuita, e seu quantitativo é solicitado conforme a demanda e a disponibilidade existente pelos órgãos de competência.

9.5.3.22. Aquisição/ Solicitação

Consta da aquisição um conjunto de procedimentos, pelos quais se efetua o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as unidades visando manter a regularidade e o funcionamento do sistema. Após a Sistemática de programação das necessidades – quantificação são encaminhadas as solicitações aos seus respectivos órgãos de competência para as devidas aquisições. As formas previstas de aquisição são:

- a) Medicamentos advindos do Consórcio Paraná Saúde, adquiridos com os recursos financeiros do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica;
- b) Medicamentos advindos dos programas financiados pelo Ministério da Saúde, e Secretaria do Estado da Saúde;
- c) Medicamentos advindos das licitações, adquiridos com recursos próprios do Município;
- d) Compras diretas com valores máximos pré-estabelecidos por lei, principalmente para atendimento a demandas judiciais, quando do julgado, determinando o fornecimento pelo município.

9.5.3.23. Armazenamento de medicamentos

É o conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recepção, estocagem, conservação e controle de estoque.

Na Secretaria Municipal de Saúde os medicamentos, insumos, material de expediente, material de higiene e limpeza são armazenados nos Almoxarifados Central, Central de Abastecimento Farmacêutico- CAF e Farmácia, cada qual no seu espaço pertinente, em prateleiras e pallets conforme espaço disponível.

A estocagem consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico-hospitalar etc.). Para a estocagem de medicamentos, deve-se dispor de área física suficiente e apropriada aos diferentes tipos de produtos a serem armazenados levando-se em conta que conservar medicamentos é manter os produtos em condições satisfatórias de estocagem para manutenção de sua estabilidade e integridade durante o período de vida útil.

Existem vários equipamentos destinados à armazenagem de medicamentos, sendo que na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácia em questão são utilizados principalmente pallets plásticos laváveis e estantes em aço e MDF.

Quanto à recepção e controle de estoque, tanto os medicamentos advindos das aquisições do Consórcio Paraná Saúde, onde a secretaria municipal de União da Vitória está cadastrada como a 25ª Regional de Saúde, quanto os medicamentos advindos das aquisições através das licitações são submetidos ao mesmo processo.

Inicialmente, na entrega ocorre a conferência da Nota Fiscal e conhecimento de frete, com a quantidade de volumes e/ou caixas. Havendo irregularidades no ato da entrega, informa-se o Consórcio Paraná Saúde através de e-mail. Neste mesmo momento ocorre a conferência dos quantitativos, conformidades e qualidade dos medicamentos entregues, realizando comparação com a planilha de programação ou a especificação, quantidade e qualidade estabelecidas no edital, estando a recepção dos medicamentos, sob responsabilidade dos técnicos de almoxarifado e supervisão dos profissionais farmacêuticos.

A entrada de medicamentos é registrada no sistema de controle informatizado existente, com inclusão do lote e prazo de validade. Cópias das Notas Fiscais são arquivadas, para quando da necessidade de consultas e fiscalizações.

9.5.3.24. Distribuição

A distribuição de medicamentos básicos se faz através da CAF, com base nas solicitações das Unidades de Saúde, através das requisições via sistema e, após análise, são enviados a estes. A retirada dos itens é realizada pelos motoristas de cada unidade, os quais são avisados quanto a prontidão do pedido e assinam protocolos no ato da entrega.

9.5.3.25. Controle de distribuição de medicamentos

Realizado através de sistema computadorizado (apresentação com periodicidade de mapas, resumo contendo informações sobre a movimentação de medicamentos, com dados de consumo, aquisições, estoques finais, número de pacientes cadastrados em programas específicos);

- Encaminhamento de mapas trimestrais a Vigilância Sanitária dos medicamentos pertencentes a portaria nº 344/1998, listas A, B, C.;
- Encaminhamento da Relação Mensal das Notificações de Receitas "A" - RMNRA, a vigilância sanitária conforme disposto na legislação vigente (portaria nº 344/1998).

9.5.3.26. Dispensação

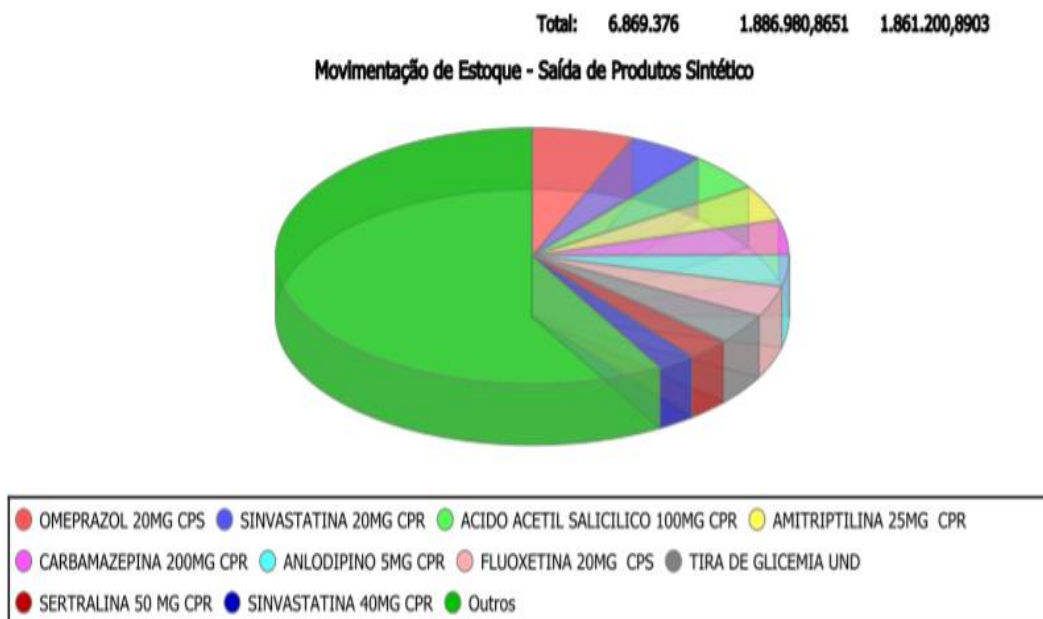
- Para a dispensação de medicamentos utiliza-se a denominação genérica dos medicamentos (DCB);
- São necessários apresentação do receituário médico, tanto de origem particular quanto do sistema único de saúde e cartão SUS, a fim de se efetivar o cadastro inicial e facilitar a dispensação;

- Na Farmácia Central sobre a supervisão das farmacêuticas, estagiários dos cursos de Farmácia e Biomedicina conferem se as prescrições possuem os seguintes dados: Nome completo, princípio ativo, dosagem e posologia, carimbo e assinatura do prescritor ou assinatura e respectiva inscrição no conselho, bem como data do atendimento;
- Medicamentos constantes na portaria 344/1998 devem ser entregues somente se as prescrições estiverem de acordo com a legislação supracitada;
- Medicamentos constantes na lista anexa da RDC nº 20, de 05 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, devem ser entregues somente se as prescrições estiverem de acordo com a legislação citada a cima;
- Os pacientes cadastrados em programas específicos e/ou protocolos para os programas, recebem carteirinhas, devendo apresentar essas documentações a cada atendimento;
- Ao efetivar a entrega do medicamento, o atendente orienta a administração dos mesmos;
- São afixados aos blíster, frascos de soluções e suspensões, informativos orientando o horário e a forma de preparo;
- São registradas as entregas de medicamentos no sistema informatizado adquirido por processo de licitação para todos os serviços.

9.5.3.27. Demonstrativo de dispensação

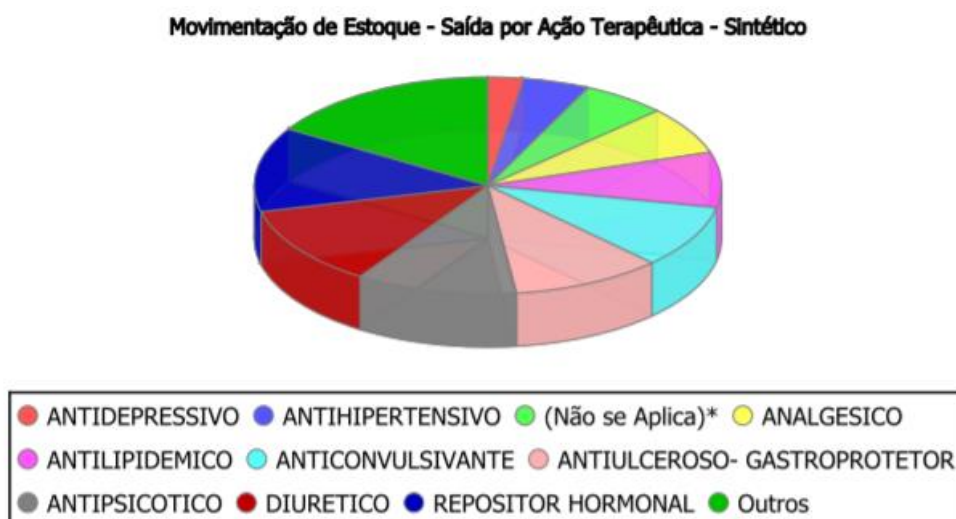
Como demonstrativo da movimentação de dispensação de medicamentos no município (Figura 14 e 15), apresenta-se como exemplo o ano de 2020 (de 01/01/2020 a 31/12/2020) aonde foram entregues um total de 6.869.376 unidades de fármacos totalizando um custo total de aproximadamente R\$ 1.861.200,89/ano.

Figura 14- Relatório de Estoque: Saída de produtos sintéticos



Fonte: (Consulfarma. **Relatório de Estoque:** Saída de produtos Sintético).

Figura 15- Saída sintética por ação terapêutica



Fonte: (Consulfarma. **Relatório de Estoque:** Saída sintética por ação terapêutica).

9.5.3.28. Necessidades a serem atendidas na Assistência Farmacêutica

- Implantação e estruturação de Farmácias Distritais (02 Unidades), para descentralização de dispensação de medicamentos e otimização de fluxo;
- Regularização da Farmácia Hospitalar da Unidade de Pronto Atendimento- UPA, através da contratação de profissional Farmacêutico para assistência integral (24 horas);
- Construção de novo espaço para alocação da Farmácia Municipal de União da Vitória e Central de Abastecimento Farmacêutico, tendo em vista a alta demanda de atendimentos diários (500/dia), para os quais, o local atual é insuficiente;
- Reestruturação da Farmácia da Unidade de Pronto Atendimento- UPA, a qual apresenta avarias e não possui a estrutura necessária como móveis em bom estado para guarda de medicamentos, equipamentos e espaço amplo e bem conservado;
- Manutenção do incentivo financeiro estadual para organização da Assistência Farmacêutica – IOAF e flexibilidade na utilização do recurso, possibilitando a utilização do recurso tanto para custeio, como para capital, conforme necessidade de cada município, inclusive readequação de espaço físico, sendo necessário para tanto agilidade quanto aos trâmites oriunda do setor de licitações e compras;
- Utilização efetiva da REMUME para prescrição de medicamentos na região de saúde (não é utilizado para por todos os profissionais do serviço público);
- Aumento do quantitativo de profissionais farmacêuticos nos serviços públicos municipais de saúde (farmácia distritais, UPA, farmácia municipal);
- Implantação da consulta farmacêutica tendo como base o plano de Cuidado Farmacêutico;
- Aquisição de conservadora de maior capacidade para armazenamento de insulinas tendo em vista que, no momento, o quantitativo recebido através do estado está diminuído, estando os pacientes desassistidos por ocasião de não possuímos equipamento com capacidade adequada para tal armazenamento;

- Manutenção do recebimento do incentivo federal QUALIFAR-SUS;
- Capacitação das equipes municipais para desenvolver ações quanto a Assistência Farmacêutica.

9.6. Rede de Atenção Psicossocial

Em nosso município, contamos com um CAPS I, em funcionamento desde abril/2007, com a implementação de serviços que compõem a Rede Substitutiva, intitulada Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, além de estimular a implantação de equipes comunitárias para trabalhar a promoção à saúde mental, a prevenção e o suporte aos pacientes, às famílias e à comunidade. Anexo ao CAPS está implantado também um Ambulatório de Saúde Mental, que atende pacientes referenciados pelas UBS. A referência para internamento no município é a Clínica Médica São Camilo, com 126 leitos adultos, sendo 33 leitos SUS, disponibilizados pela Central de Leitos. Em casos de urgências psiquiátricas, são encaminhados através de contratualização e recursos próprios do Município.

9.6.1. Ações para realização nos próximos anos no CAPS:

- Separação dos serviços CAPS e Ambulatório de Saúde Mental
- Construção de nova estrutura para CAPS e Ambulatório de Saúde Mental
- Providenciar manutenção necessária onde atualmente funcionam os serviços de Saúde Mental (CAPS e Ambulatório de saúde mental), quais sejam: vazamento e infiltrações na cobertura/telhado, cupim no teto, reposição de vidros quebrados, banheiros.
- Aquisição de mobiliário: mesas, cadeiras, computadores, balcões, armários, arquivos, data show.
- Aquisição de materiais para oficinas terapêuticas

- Motorista e ônibus para transporte dos pacientes das oficinas terapêuticas
- Aquisição de vale transporte para os pacientes das oficinas terapêuticas
- Contratação de profissionais após concurso público.
- Capacitações técnicas
- Supervisão clínico institucional
- Fortalecimento do Matriciamento com a APS
- Fortalecimento da RAPS

9.7. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

No Paraná, a estimativa é que existam 2.280.549 pessoas com uma ou mais deficiências. Isso faz do estado o segundo com maior número de pessoas com deficiência da Região Sul do país, conforme demonstra a tabela 80 abaixo:

Tabela 80- População residente por Estado da região sul segundo a existência de algum tipo de deficiência – Paraná, 2010.

	População geral	Pessoas com deficiência	%
Paraná	10.444.527	2.280.549	21,83
Santa Catarina	6.248.436	1.330.704	21,3
Rio Grande do Sul	10.693.930	2.548.419	23,83
Brasi	190.755.800	45.606.049	23,91

Fonte: IBGE, Censo Demográfico – Dados da Amostra, 2010.

A Linha de Cuidado à Pessoa com Deficiência foi instituída em 2016 por meio da Resolução SESA nº 144/2016 e tem como objetivo promover o cuidado integral à pessoa com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomias ou múltiplas deficiências, temporárias ou permanentes, progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. Estima-se que, entre os tipos de deficiência, a população residente no

Paraná apresenta em sua maioria deficiência visual, seguida por deficiência motora, e esta por deficiência auditiva.

A APAE de União da Vitória é uma ONG filantrópica que recebe recursos da esfera Federal, Estadual e Municipal, atende em média de 200 alunos de toda a região. Considerada um centro de reabilitação e habilitação

A prefeitura de União da Vitória mantém um contrato de serviço de Equoterapia para o serviço de reabilitação de pacientes com autismo, síndrome de Down e doenças neurológicas, como paralisia cerebral e outras enfermidades que comprometem os movimentos, exigindo do paciente força muscular, concentração e conscientização sobre o próprio corpo por meio da terapia com os cavalos.

O Paraná também disponibiliza no site da FEPE desde 2015, o Cadastro de Síndromes e Doenças Raras do Paraná, mais conhecido como SIDORA. Em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Sesa) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado tem o objetivo de permitir a realização do cadastro de pessoas e associações de pacientes com doenças raras em todo o estado.

Por meio do cadastro é possível realizar o mapeamento dessas doenças identificando e conhecendo a realidade das pessoas e associações. Essas informações são utilizadas como fonte de subsídio, para que, a partir dos dados coletados, possa ser possível dar continuidade às ações de atenção e cuidados de acordo com as necessidades dessa parcela da população.

9.8. Testes de Triagem Neonatal

Os exames de Triagem Neonatal, são obrigatórios em todo o território nacional como parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal, criado em 2001 pelo Ministério da Saúde.

No Município de União da Vitória os testes de triagem (teste do pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçõzinho) são realizados pelo Hospital APMI- Associação de Proteção à Maternidade e a Infância, sendo este, contratualizado para Referência na Rede Materno Infantil.

No Paraná, a análise laboratorial do Teste do Pezinho é realizada na Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE), que é o Serviço de Referência credenciado pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA). Além do teste, o governo

do Estado disponibiliza acompanhamento para os bebês diagnosticados com algum problema. O tratamento, por meio do SUS, é feito por equipe multidisciplinar especializada e prevê medicamentos e fórmulas especiais.

O atendimento abrange as doenças Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Deficiência de Biotinidade e Hiperplasia Adrenal Congênita.

O teste da orelhinha é repetido quando o resultado está alterado (ausência de resposta) ou quando o bebê recém-nascido é de risco para perda auditiva.

Após a retestagem, o bebê que falha no teste da orelhinha ou é considerado de risco para perda auditiva é encaminhado para a realização do exame Peate (Bera).

O exame Bera é realizado na Apadaf (Porto União), pelo convênio Cisvali. Em alguns casos os pacientes são encaminhados ao HC -Hospital das Clínicas ou Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba, para realização do exame com sedação. No momento, devido à pandemia, o exame não está sendo realizado.

Crianças acima de 1 ano de idade que são encaminhadas para exames de audição, são avaliadas pela Fonoaudióloga da Secretaria Municipal de Saúde, a qual avalia a necessidade e a urgência do exame.

Para a realização do exame Bera, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, disponibiliza uma cota de dois exames/mês para cada município. Para pacientes maiores de 5 anos idade, é realizado o encaminhado para a realização do exame de audiometria tonal limiar e impedanciometria, são realizados em consultório fonoaudiológico contratualizado, o qual não possui fila de espera.

Após a conclusão de perda auditiva, o paciente é encaminhado para avaliação otorrinolaringológica pelo Cisvali ou para avaliação de uso de prótese auditiva na Universidade Tuiuti, em Curitiba-Pr.

9.9. Ações de promoção da alimentação saudável e atenção nutricional

A SMS desenvolve uma série de ações, seja à nível individual ou em grupo, voltadas à promoção da alimentação saudável nas Unidades de Saúde, com apoio da nutricionista da APS, em relação à promoção do aleitamento materno, na alimentação

complementar saudável, na atenção nutricional, seja à nível individual ou em grupo, para pessoas com doenças em que o tratamento envolve a orientação nutricional, como por exemplo a Hipertensão e a Diabete.

9.10. Vigilância Alimentar e Nutricional

As ações de alimentação e nutrição estão organizadas nos diversos pontos de atenção à saúde do município e estimulam a adoção de hábitos saudáveis, a educação alimentar e nutricional e o aleitamento materno. Os riscos nutricionais permeiam todo o ciclo de vida, assumindo diferentes configurações epidemiológicas em função do processo saúde-adoecimento da população. A segurança alimentar e nutricional é requisito fundamental à afirmação plena de desenvolvimento físico, mental e social dos indivíduos. Para atendimentos especiais contamos com uma nutricionista que atende na SMS. São atendidos pacientes Gestantes, pacientes portadores de Diabetes, Dislipidemia, Obesidade, Hipertensão, pacientes com necessidades de dieta enteral entre outras patologias, encaminhados pelas Unidades Básicas.

9.11. SISVAN

Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional nos serviços de saúde da Atenção Básica inclui a avaliação antropométrica (medidas corporais) e do consumo alimentar, segundo orientações constantes no Sisvan Web. As crianças são acompanhadas nas UBS, e a alimentação do sistema é realizado por profissional da Secretária Municipal de Saúde.

9.12. HIPERDIA

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos nas unidades de saúde do município, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de

medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. É realizado também pelas Unidades de Saúde com apoio da equipe multidisciplinar, atividades educativas, assim como agendamento das consultas programadas conforme estratificação de seu risco cardiovascular.

9.13. Gestantes

As gestantes são acompanhadas pela equipe das unidades de saúde do município e pelos profissionais de apoio da equipe multidisciplinar. Conforme o risco de estratificação (intermediário) são acompanhadas pelo profissional Nutricionista para priorizar alimentação saudável, minimizar o ganho de peso e evitar quaisquer complicações como diabetes gestacional e pressão alta. Seguindo a estratificação, as gestantes de alto risco, são encaminhadas ao setor especializado do CISVALI. São realizadas também atividades coletivas educacionais para promover conhecimento e acolhimento.

9.14. Programa Leite das Crianças

O PLC tem por objetivo auxiliar o combate à desnutrição infantil, por meio da distribuição gratuita e diária de um litro de leite fluído pasteurizado, com teor mínimo de gordura de 3% e enriquecido com Ferro, Zinco e Vitaminas A e D às crianças de 06 a 36 meses, pertencentes a famílias cuja renda per capita não ultrapasse meio salário mínimo regional. Para se inscrever no Programa a Mãe ou Responsável necessita fazer o Cadastro Único - NIS nos CRAS ou Ação Social do Município. Os pais são orientados a levarem a criança a fazer um acompanhamento mensal com avaliação de peso e altura na Unidade Básica mais próxima de sua residência. O profissional registra esses dados na carteirinha da criança para que a mãe ou responsável possa retirar o leite na Escola mais próxima de sua residência. A secretaria da Saúde tem seu especial interesse no Programa, pois trata de um importante instrumento de auxílio à desnutrição infantil.

9.15. Protocolo Clínico de Fórmulas Infantis e Dietas

9.15.1. Proposta

Estabelecer critério para fornecimento de fórmula infantil de partida, fórmulas infantis especiais e dietas industrializadas para via oral e enteral em casos de necessidades terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, da cidade de União da Vitória, estado do Paraná.

9.15.2. Objetivos:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Avaliar a real necessidade do uso de fórmulas alimentares (fórmulas infantis de partida, especiais e dietas industrializadas);
- Conscientizar pais, responsáveis, usuários sobre o uso correto das fórmulas alimentares evitando desperdícios, venda e desvio das mesmas;
- Acompanhar e avaliar o tratamento dietético proposto.

9.15.3. Sistematização para cadastro com fórmula de partida de 0 a 6 meses

As crianças de 0 a 5 meses de idade que apresentam baixo peso para idade e pais ou responsáveis com dificuldades financeiras, as crianças são beneficiadas mensalmente com o auxílio de duas latas 800g de fórmula infantil fase 1 para complementação da dieta. A documentação da criança exigida para realização do cadastro são as seguintes: receita médica, cópia do cartão SUS, cópia da certidão de nascimento e cópia da carteira de vacinação. Toda a documentação fica arquivada no consultório de Nutrição. As consultas são agendadas e o leite é entregue no momento da consulta. Faz-se o acompanhamento mensal das crianças, sendo o peso e a altura através dos registros de puericultura na carteira do bebê.

- a) A dispensação de fórmula infantil de partida é de caráter assistencial podendo ser mantido até o sexto mês de vida da criança e deverá seguir o seguinte fluxo:
- Indicação dos médicos da Estratégia Saúde da Família e pediatras da rede de assistência do Município, ou de médicos pediatras do sistema particular;
 - Encaminhamento à Nutricionista na Secretaria de Saúde;
 - Pais ou responsáveis devem apresentar os seguintes documentos para realização do cadastro da criança: Prescrição médica, Certidão de nascimento do bebê, Cartão SUS do bebê, Carteira de vacinação em dia e puericultura atualizada mensalmente na unidade de saúde.
- b) Da entrega e quantidade de latas:
- Após a realização do cadastro, o profissional de nutrição fará a entrega de duas latas de 800g no consultório, na Secretaria de Saúde.
 - Em 30 dias ocorrerá uma nova entrega previamente agendada.
- c) Após 6 meses a criança poderá ser inserida no Programa Leite das Crianças - PLC. O encaminhamento é feito através do CRAS – Centro de Referência de Assistência Social. O Programa Leite das Crianças tem por objetivo auxiliar o combate à desnutrição infantil, por meio da distribuição gratuita e diária de um litro de leite às crianças de 06 a 36 meses, pertencentes a famílias cuja renda per capita não ultrapassa meio salário mínimo regional.

9.15.4. Sistematização para as fórmulas infantis especiais e dietas industrializadas

- a) Para as fórmulas infantis especiais e dietas industrializadas o paciente ou responsável deve dirigir-se ao consultório de Nutrição, na Secretaria de Saúde, para verificar a possibilidade de uso e fornecimento dos mesmos, munido de receita médica e/ou formulário preenchido pelo

médico da Unidade com o breve histórico e CID – (diagnóstico médico) do paciente.

b) Da entrega:

- O usuário deve dirigir-se à farmácia municipal com a receita do profissional Nutricionista e/ou médico autorizada pelo Nutricionista.
- No ato da dispensação: o paciente por sua vez deverá portar Cartão SUS e prescrição.
- A entrega se fará, de acordo com a quantidade de latas ou embalagens contida na prescrição.

9.15.5. Critérios de inclusão:

As fórmulas alimentares serão dispensadas por tempo determinado ou o mais breve possível nas seguintes doenças e situações:

- Alergia à proteína do leite de vaca (APLV);
- Intolerância à lactose;
- Crianças institucionalizadas com necessidade de fórmula infantil;
- Crianças entre 1 e 10 anos de idade e adultos com comprometimento nutricional;

9.15.6. Critérios de exclusão:

- O uso indevido da fórmula alimentar, bem como a troca ou venda do produto;
- Mudança de município.

9.16. Programa Saúde na Escola (PSE)

É um programa interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação o qual foi instituído para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (crianças, adolescentes e jovens), envolvendo intersetorialmente as equipes de atenção básica, prioritariamente as equipes de saúde da família e da educação básica pública, buscando a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O programa abrangia em 2016 um total de 1700 alunos e foi expandido para 2400 alunos em 2017, com possibilidade de expansão para os próximos anos. O principal objetivo do PSE é desenvolver ações de promoção da saúde articuladas entre os setores da saúde e da educação, visando o cuidado e a educação integral para a melhoria da saúde do público escolar. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa Saúde na Escola

Principais ações que serão realizadas:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação da situação vacinal;
9. Atividades coletivas para promoção da segurança alimentar e nutricional com temas sobre alimentação adequada e saudável para cada faixa etária.
10. Identificação através de avaliações do estado nutricional com peso/altura, marcadores de consumo alimentar e realização de atendimentos individuais para as crianças diagnosticadas com obesidade.

11. Promoção de saúde às crianças de 6 a 48 meses com a suplementação de micronutrientes em sachê de 1g adicionado à refeição através do NUTRI SUS.
12. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
13. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
14. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;

9.17. Programa Bolsa Família

Bolsa Família é um programa federal de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que associa à transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social.

Possui três eixos principais: a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

Em relação ao setor saúde, o foco principal é o acompanhamento das crianças menores de sete anos e das gestantes.

No município há 6.057 famílias inscritas no Cad Único e 2.102 famílias inscritas no Programa Bolsa Família.

9.18. Programa de Controle do Tabagismo

Esse programa tem como objetivo realizar e monitorar ações de prevenção da iniciação ao uso de tabaco, estimular e promover a criação os ambientes 100% livres da fumaça do tabaco e os programas de apoio à cessação do tabagismo. Articula intersetorialmente ações para o controle do Tabagismo.

Devido a pandemia de Covid-19, os encontros realizados em grupos coletivos foram interrompidos, e os acompanhamentos e tratamentos estão sendo realizados individualmente em todas as UBS.

9.19. Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Esta estratégia visa desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população residente na área de abrangência das Unidades de Saúde, considerando suas características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos, suas famílias, grupos sociais e/ou a coletividade.

Para tanto são necessárias algumas habilidades tais como: trabalhar em equipe, promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência a Unidade de Saúde, identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações e orientar indivíduos e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações de desenvolvimento no âmbito da atenção básica de saúde.

Atualmente União da Vitória conta com 61 Agentes Comunitários de Saúde cadastrados no sistema de Cadastramento Nacional de Saúde (CNES) e atuando nas Unidades de Saúde.

9.20. Urgência e Emergência

Tabela 81- Urgência e emergência cobertura

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO MUNICÍPIOS	Nº USA	Abrangência (cobertura)	Nº USB	Abrangência (cobertura)
União da Vitória	56.650	1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)	1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)

Fonte: 6ªRS, 28/04/2021

Tabela 82- Dimensionamento das demandas de urgência- Classificação de Risco no ano de 2019 - UPAS

Município	Estabelecimento	Cnes	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total	% Atendimentos urgência outros municípios
União da Vitória	Unidade de pronto Atendimento Dr. Warrib Motta.	9125582	62	533	1.399	5.916	37.239	45.199	4% (1.804)

A 6ª Região de Saúde possui uma Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h implantada, que está localizada no município de União da Vitória, sendo está a UPA 24H Warrib Motta com o número de CNES 9125582 (Tabela 82). Foi habilitada pela Portaria nº 322, de 15 de fevereiro de 2018 e possui implantada as diretrizes de acolhimento e classificação de risco conforme prevê este componente. Os profissionais do serviço foram capacitados em 2018 para utilização do Protocolo de Manchester de classificação de risco

9.21. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) surge como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências para otimizar a organização da assistência.

Essa estratégia surgiu para a definição de fluxos e referências resolutivas, para diminuir as superlotações dos hospitais, no quesito de emergências hospitalares.

A UPA (Warrib Motta) é classificada atualmente como tipo I ocupa um nível intermediário de complexidade entre as Unidades de Atenção Básica e a média e alta complexidade, integrando assim a rede pré-hospitalar.

A unidade atualmente possui A unidade funciona 24 horas por dia e foi implementado o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Humanização, representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede. A classificação de risco é realizada pelo profissional enfermeiro. prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, casos de baixa complexidade à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e a Estratégia de Saúde da Família não estão ativas. Dessa maneira, também, entreposto de estabilização do paciente crítico para o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU) e SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência) e constrói fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional.

A UPA, em função de seu caráter ininterrupto de atendimento e de se caracteriza como principal porta de entrada de urgências sendo uma estrutura que possui alto custo de manutenção, estes são requisitos para humanização e qualidade do atendimento e segurança do paciente.

Com esta opção a expectativa da diretoria dessa unidade é de que sejam obtidos os seguintes benefícios:

- Qualificação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, mediante o aprimoramento da operação das UPA, impactando indicadores de eficácia e eficiência, como a redução do tempo resposta.
- Racionalização e integração de processos com gerência única.
- Continuidade dos atendimentos, minimizando interrupções decorrentes de falta de manutenção, de insumos ou de reposição de equipamentos, bem como ausência de médicos e técnicos especializados;
- Aprimoramento da Gestão Municipal, com a possibilidade de acompanhar o desempenho de UPA com diferentes modelos de gerenciamento, proporcionando melhor fundamentação para escolhas

futuras, antecipando-se a cenários adversos com conseqüente impacto para a população.

9.21.1. Especificações das ações do serviço

- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192/SIATE 193;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas;
- Manter pacientes em observação, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica.

9.21.2. Estrutura física

Quanto à estrutura física para assistência às urgências, a UPA Boa Warríb Motta (WM) conta com os seguintes ambientes (Tabela 83)

Tabela 83- Estrutura física UPA

Ambientes	Nº de salas
Área de Recepção	1
Sala de Arquivos	1
Banheiro masculino e feminino	1
Banheiro com acessibilidade cadeirante	1
Sala do segurança	1
Sala de Classificação de Risco	1
Consultório Médico adulto	3
Sala de sutura e procedimentos de imobilização	1
Sala de curativos	1
Sala de Medicação e nebulização- 5 poltronas	1
Posto de enfermagem	2
Sala de emergência	2
Sala de pequenos procedimentos cirúrgicos	1
Sala de Observação adulto- 7 leitos adultos e 1 leito infantil.	1
Banheiro sala de observação- masculino e feminino.	3
Sala de observação adulto com suíte- isolamento – 1 leito	1
Morgue	1
Entrada de ambulâncias (entrada e saída).	1
Farmácia	1
Almoxarifado	1
Sala de coordenação local	1
Centro de Materiais e Esterilização (área limpa e área suja).	1
Sala de armazenamento para líquido com estufa	1
Sala de Reuniões	1
Sanitários Masculinos e Feminino de uso comum para colaboradores da unidade.	1
Vestiário Masculino e Feminino	1
Depósito de Material e limpeza	2
Guarda de roupa limpa	1

Cozinha	1
Refeitório	1
Descanso médico com suíte	1
Descanso de enfermagem com suíte	1
Sala de transporte	1
Central de oxigênio	1
Central de Vácuo	1
Central de ar comprimido	1
Sala de armazenamento de resíduos de serviços de saúde: grupa A e grupo D.	1
Estacionamento para ambulâncias, carros oficiais e servidores. – Sem pavimentação e demarcação.	1

9.21.3. Equipamentos

Tabela 84- Equipamentos UPA

Equipamentos	Quantidade
Monitores Multiparamétricos	4
Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonato, desfibrilador, cardioversor com monitor multiparâmetro, marcapasso e desfibrilador externo automático.	4
Desfibrilador automático externo	4
Ventilador eletrônico microprocessado (pressão e volume invasivos e não invasiva) adulto/infantil com traqueias adulto e infantil. Máscara CPAP adulto e infantil.	3
Bomba de infusão	2
Aparelho de ECG integrado no sistema CALL ECG.	2

Oxímetro portátil	12
Oxímetro de pulso (hand set)	5
Computadores	7
Impressoras	8
Balança antropométrica	1
Balança digital	1
Detector Fetal	2
Aspirador a vácuo	2
Carro de emergência	3
Carro para curativos	2
Laringoscópio com kit adulto e infantil	3
Negatoscópio	4
Cilindro portátil	8
Refletor parabólica luz fria	2
Geladeira	2
Termômetro infravermelho	2
Televisor – painel de chamamento para o paciente	1
Sala de armazenamento para liquor com estufa	1

9.21.3.1. Necessidades a serem implementadas na Unidade de Pronto Atendimento

- Aquisição de mobiliários e equipamentos;
- Aquisição de gerador de energia;
- Pavimentação do estacionamento;
- Cobertura para as ambulâncias e carros oficiais no estacionamento;
- Reparos na sala de obituário;

- Câmeras na área externa e iluminação para a segurança dos servidores;
- Construção de banheiros masculino e feminino para a sala de medicação;
- Telas nas janelas (evitar vetores);
- Parede baritada para colocação de rx;
- 1 ambulância para transporte sanitário nova;
- Implementação do setor de pediatria;
- Capacitação para atendimento qualificado a vítima de abuso sexual infantil;
- Capacitação para Atendimento qualificado a vítima de acidente de trabalho;
- Fortalecimento da CCIH da UPA (atuação efetiva dos membros);
- Contração efetiva de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo com carga horária 12/36, através de concurso público ou PSS.

9.21.4. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE 193) e complexo regulador.

Em 5 de Janeiro foi implementado o SAMU (192) com a regulação situada em Curitiba, diminuindo drasticamente o serviço de remoção de pacientes que necessitam de serviços de urgência e emergência, esse transporte era realizado pela ambulância sanitária (sem equipamento necessário para o atendimento local e equipe qualificada para esse tipo de transporte), o que englobava tanto pacientes clínicos (graves ou não) e traumas (leves ou não), esse transporte de paciente do domicílio ou em via pública era compartilhado com o corpo de bombeiros, hoje SIATE (193).

Hoje a unidade faz o transporte sanitários, entre unidade básica de saúde que precisa de atendimento na UPA, altas hospitalares, acompanhamento de pacientes psiquiátricos e clínicos intermunicipal e interestadual, internamento de pacientes que não necessitam de suporte avançado, acompanhamento para exames diagnósticos

(ultrassonografia, radiografias, tomografias, dentre outros), o que otimizou a qualidade do atendimento ao usuário.

A UPA recebe pacientes de casos clínicos leves, moderados do SAMU, em situações de comorbidades clínicas, sintomáticos respiratórios e pacientes psiquiátricos em surto, pacientes graves são encaminhados diretamente para o hospital mais próximo.

Pacientes psiquiátricos por tentativa de suicídio por trauma contundente e traumas leves são conduzidos até a UPA pelo SIATE.

9.21.5. Central de Regulação Estadual

A regulação no SUS está organizada e definida através da **Portaria nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação o “estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes”.

9.21.6. Atenção Hospitalar

9.21.6.1. Pacientes com transtornos mentais

Quando for detectada situação de transtorno mental em fase aguda (alucinação, delírio, agressividade, agitação, intoxicação, tentativa de suicídio), ou intercorrência clínica (delirium tremens, por exemplo), o atendimento poderá ser feito na UPA caso o paciente não consiga ser deslocado à UPA, poderá ser acionado o SAMU, pelo fone 192.

Pacientes que necessitam de encaminhamento para serviços de cuidado integral, que atendem pessoas com transtornos mentais graves, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, que apresentam riscos para si ou terceiros, impossibilitando sua permanência em outro ponto de atenção, após avaliação médica

realizada em serviços da rede de saúde (CAPS ou UPA), podem ser encaminhados para a clínica São Camilo para retaguarda de situações emergenciais que ou cadastrados na Central de Regulação Estadual em saúde mental, as vagas são liberadas pela central de regulação de leitos em saúde mental e os pacientes são encaminhados via transporte sanitário.

9.21.6.2. Encaminhamentos de pacientes com comorbidades clínicas e sintomáticos respiratórios como COVID -19

Os encaminhamentos hospitalares são realizados na semana de escalonamento dos hospitais APMI- Associação de Proteção a Maternidade e Infância e Hospital Regional São Camilo, considera-se como referências:

- APMI: Referência para atendimento as gestantes de alto risco e crianças pela Rede Materno Infantil e Programa HOSPSUS;
- pelo programa Rede Mãe Paranaense, bem como emergências clínicas;
- Hospital Regional: Referência para traumas e emergências clínicas;
- Pacientes com COVID são encaminhados para ambos os hospitais ou hospitais do estado via Central de Regulação do Estado;
- Observação: Na falta de leitos para pacientes clínicos nos hospitais, devido a pandemia pela COVID 19, os pacientes são transferidos também via Central de Regulação Estadual;

9.21.6.2.1. Responsabilidade Técnica (Profissional Médico);

A responsabilidade técnica é exercida pelo Coordenador Médico, profissional legalmente habilitado. Deve zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da UPA, bem como realizar a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos. É o principal responsável junto ao CRM, Secretaria Municipal da Saúde e órgãos de controle, por eventuais descumprimentos das normas legais e éticas;

9.21.6.2.2. Responsabilidade Técnica (Profissional Enfermeiro)

A responsabilidade técnica é exercida pelo Coordenador de Enfermagem, profissional legalmente habilitado. Deve zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática da equipe de enfermagem, visando ao melhor desempenho, em benefício da população usuária da UPA, bem como realizar a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos. É o responsável junto ao COREN PR, Secretaria Municipal da Saúde e órgãos de controle, por eventuais descumprimentos das normas legais e éticas.

9.21.7. Serviço Farmacêutico

O profissional farmacêutico é responsável pelo armazenamento (CAF – Central e pela farmácia satélite da UPA (supervisão do preparo e dispensação de medicamentos), realiza orientação ao paciente com alta médica sobre o uso de medicamentos e faz o controle do estoque e armazenamento dos medicamentos, bem como o pedido de medicamentos de acordo com a periodicidade estabelecida por legislação e normativas da Secretaria Municipal de Saúde.

9.22. Regulação, Auditoria e Tratamento Fora de Domicílio

9.22.1. Organização

O processo de descentralização, na área da saúde, apesar de recente, evidencia o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios e a expansão da rede de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e

burocráticas ao acesso da população às ações e serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos.

A realidade da construção do SUS evidenciou a necessidade de propor alternativas que dirimissem a fragmentação da gestão pública. O Ministério da Saúde, na qualidade de gestor federal do SUS vem desenvolvendo ações de fomento e cooperação técnica com estados e municípios para implantação e/ou implementação de complexos reguladores, no intuito de aperfeiçoar, de organizar a relação entre a oferta e a demanda qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS.

O objetivo dessa implementação no Município de União da Vitória é instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, já implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. O Sistema de Regulação tem como objetivo a sistematização de algumas funções reguladoras como:

- a) Permitir a distribuição de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- b) Permitir a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada.

9.22.2. Estrutura da Implantação no Município

A Regulação da Atenção à Saúde é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados através:

- a) Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- b) Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;
- c) Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde;

- d) Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- e) Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- f) Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- g) Programação Pactuada e Integrada - PPI;
- h) Avaliação analítica da produção;
- i) Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;
- j) Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
- k) Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde;
- l) Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

9.22.3. Funcionamento da Regulação e Auditoria

A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração. As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação. São atribuições da regulação do acesso:

- a) Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- b) Garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- c) Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- d) Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- e) Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- f) Construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferências;
- g) Capacitar de forma permanente às equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- h) Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- i) Subsidiar o processamento das informações de produção;

- j) Subsidiar a programação pactuada e integrada.

O Complexo Regulador Municipal é de gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. O Complexo Regulador será organizado em:

- a) Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- b) Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência;
- c) Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

9.22.4. Financiamento

O financiamento inicial visando à implantação dos complexos reguladores contempla uma estrutura mínima composta por:

- a) estrutura lógica, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento.
- b) infra-estrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo de regulação (SISREG), o sistema operacional, o link em banda larga para a internet e os servidores de aplicação.
- c) capacitação inicial e preparação de multiplicadores locais, que possam estabelecer um processo de capacitação permanente de recursos humanos, suprindo, assim, as necessidades oriundas da grande rotatividade de pessoal.

9.22.5. Dificuldades

Problemas no fluxo de informações entre a atenção primária e a regulação: a ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a atenção primária e a atenção especializada do município nas centrais de regulação denota vulnerabilidade da rede assistencial.

Para suprir essas dificuldades, o município deve organizar uma atenção básica resolutive, que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território (definições dos Planos Diretores de Regionalização - PDR e da Programação Pactuada e Integrada - PPI). Nesta situação, o município desempenhará ao mesmo tempo, o papel de autorizador e de unidade solicitante dentro de um complexo regulador, localizado no município que é seu pólo de referência.

9.22.6. Autorização de Procedimentos

A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central.

O processo de autorização é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras, previamente definidos para o exercício da função. Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não aqueles preconizados pela ação regulatória. Porém, compete à gestão local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na estrutura de regulação.

A seguir, quadros que exemplificam os fluxos de solicitação, agendamento e execução de procedimentos sob regulação.

Figura 16- Fluxograma Simplificado do Processo de Agendamento Ambulatorial no SISREG

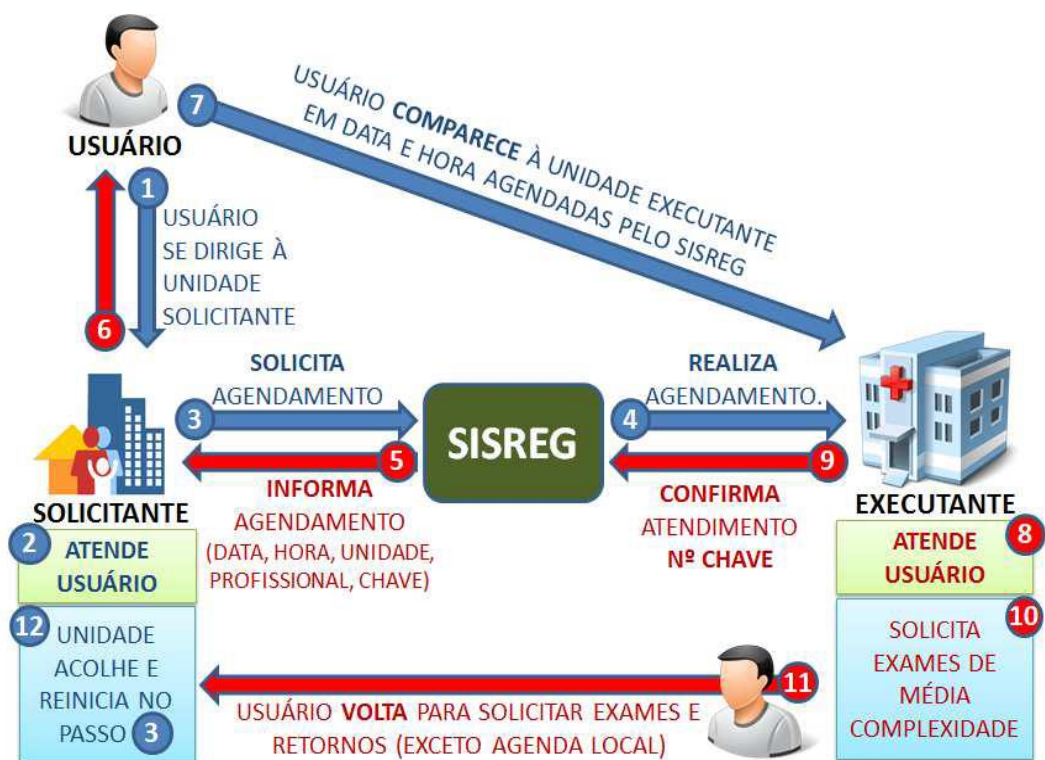
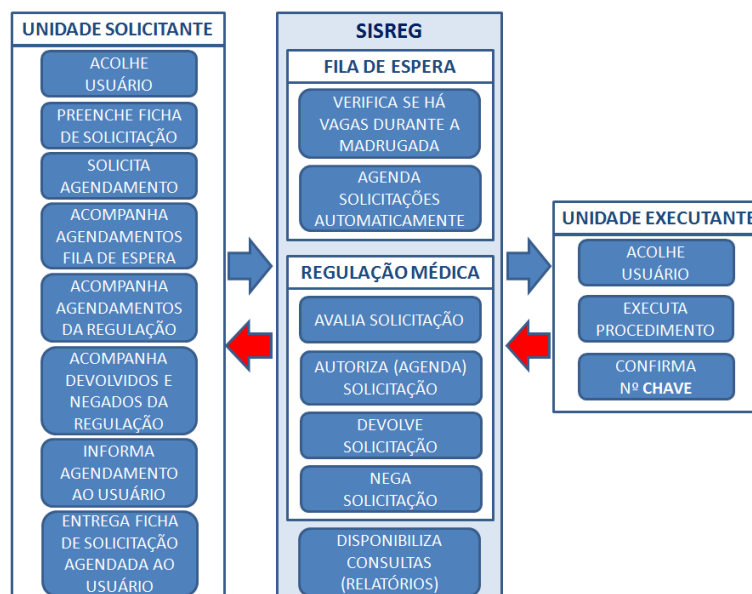


Figura 17 - Fluxograma de Envio e Acompanhamento da Fila de Espera e Regulação Médica



9.22.7. Necessidades

Onde não existe serviço de marcação ou regulação para as consultas e exames especializados, o acesso aos mesmos tem-se dado por meio de procura direta ou por agendamento feito por solicitações/intervenções de políticos e/ou profissionais que trabalham nos setores de marcação das unidades públicas e contratadas, sem avaliação da **necessidade clínica** frente às demandas por atendimento de toda a população usuária do Sistema Único de Saúde. Com isso, a produção de serviços destas unidades acaba sendo realizada à revelia do planejamento e da regulação do gestor público.

A regulação de acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos serviços públicos e ou privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar, orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades.

A sua implementação deverá adequar todos os processos dessa área de conhecimento às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos voltada para as reais necessidades da população, e não pelas ofertas dos prestadores de serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da atenção básica, atenção programática e estratégica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de contratação, controle e avaliação.

9.23. TFD - Tratamento Fora de Domicilio

O TFD atende a demanda das consultas, exames e procedimentos especializados via SUS que o município não oferta. Para tanto, contamos com dois sistemas estaduais de agendamento de consultas: E-Saúde e GSUS (CAREPR).

9.23.1. Demonstrativo das consultas oferecidas por especialidades e por local

As consultas são realizadas em Curitiba, Campo Largo, Campina Grande do Sul, Piraquara e Guarapuava.

- Alergia e Imunologia;
- Alergia e Imunologia Pediátrica;
- Cardiologia e Cardiologia Pediátrica;
- Cirurgia Bariátrica (suspensa por tempo indeterminado);
- Cirurgia Cardiovascular;
- Cirurgia Endovascular;
- Cirurgia Geral (hérnia, vesícula, proctologia);
- Cirurgia Pediátrica (Geral e Urológica);
- Cirurgia Plástica e Cirurgia Plástica Pediátrica;
- Cirurgia Torácica;
- Cirurgia Vascular / Angiologia;
- Dermatologia e Dermatologia Pediátrica;
- Endocrinologia e Endocrinologia Pediátrica;
- Fisiatria;
- Gastroenterologia e Gastroenterologia Pediátrica;
- Geneticista;
- Ginecologia Cirúrgica;
- Hematologia e Hematologia Pediátrica;
- Infectologia;
- Mastologia;
- Medicina Fetal (Gestantes Alto Risco);

- Nefrologia e Nefrologia Pediátrica;
- Neurocirurgia e Neurocirurgia Pediátrica;
- Neurologia e Neurologia Pediátrica;
- Odontobucomaxilo;
- Odontologia (para pacientes especiais);
- Oftalmologia e Oftalmologia Pediátrica;
- Onco-hematologia;
- Oncologia e Oncologia Pediátrica;
- Órtese e Prótese;
- Ortopedia e Ortopedia Pediátrica;
- Otorrinolaringologia e Otorrinolaringologia Pediátrica;
- Pneumologia e Pneumologia Pediátrica;
- Psicologia (somente processo transexualizador);
- Psiquiatria (somente Central de Leitos);
- Psiquiatria Pediátrica;
- Radioterapia;
- Reumatologia e Reumatologia Pediátrica;
- Urologia;

9.23.2. Exames gerais e tratamentos oferecidos e realizados por tipo e local

Os exames são realizados em Curitiba e Região Metropolitana. São agendados diretamente:

- Cineangiocoronariografia / Cateterismo;
- Cintilografia de Miocárdio, Renal, Pulmonar, Óssea e Tireoide (agendamento através da 6ª Regional de Saúde);
- Eletroencefalograma e Eletroneuromiografia;
- OCT – Tomografia de Coerência Óptica (agendamento através da 6ª Regional de Saúde)
- PET-CT – Tomografia por emissão de pósitrons (agendamento através da 6ª Regional de Saúde);

- Polissonografia (agendamento através da 6ª Regional de Saúde);
- Ressonância Magnética (agendamento através da 6ª Regional de Saúde);
- Ressonância Magnética com Sedação para crianças e adultos mediante justificativa médica (agendamento através da 6ª Regional de Saúde)
- Tomografia.

Para demais exames, é preciso o agendamento de uma consulta na especialidade para que o paciente seja avaliado e, se necessário, realize o exame em hospital de referência.

9.23.3. Cirurgias gerais oferecidas e realizadas por tipo e local

As cirurgias de alta e média complexidade não contempladas via SUS pelo município são encaminhadas para Curitiba e Região Metropolitana. Como por exemplo: cirurgia de hérnia, vesícula, quadril, joelho, tímpano, vasectomia, histerectomia, catarata, varizes, entre outras.

9.23.4. Órtese e Prótese

O encaminhamento de pacientes que necessitam de órtese e prótese é realizado através do sistema CARE PR para a cidade de Guarapuava/PR. O atendimento é feito na UNICENTRO - Universidade Estadual do Centro Oeste, a qual presta o serviço de avaliação, reabilitação, preparo e fornecimento das órteses e próteses.

9.23.5. Programa de Reabilitação

Contamos com o Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná – CHR para os pacientes que necessitam desse tipo de atendimento.

O HR (Hospital de Reabilitação) é uma unidade própria do Estado, parte do Complexo Hospitalar do Trabalhador voltado ao atendimento aos pacientes que necessitam algum tipo de reabilitação como: atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais, prótese facial reconstrutiva, atendimento ao fissurado labiopalatal, atendimento aos pacientes com seqüelas de traumas, pacientes tetras e paraplégicos, entre outros.

9.23.6. Serviço de Transporte na Saúde

O TFD conta com seis motoristas regulares para viagens. A frota é composta dos seguintes veículos:

Tabela 85- Veículos transporte TFD

VEÍCULO	OBSERVAÇÕES
GOL	ANO: 2017 MOD: 2018 VIAGEM
GOL	ANO: 2017 MOD: 2018 VIAGEM
PALIO	ANO: 2016 MOD: 2017
MASTER	ANO: 2018 MOD: 2019 VIAGEM
MASTER	ANO: 2018 MOD: 2019 VIAGEM
MASTER	ANO: 2018 MOD: 2019 VIAGEM
MONTANA	ANO: 2017 MOD: 2018 UPA/ VIAGEM
MARCOPOLO	ANO: 2014 MOD: 2015 VIAGEM
MARCOPOLO	ANO: 2017 MOD: 2018 VIAGEM
SPRINTER	ANO: 2016 MOD: 2017 VIAGEM
SPRINTER 20L	ANO: 2019 MOD: 2019 VIAGEM

Contamos também com uma empresa licitada para atender eventualidades.

9.23.7. Problemas identificados na atenção especializada

- Demora em agendar consultas para certas especialidades, onde a demanda de pacientes é grande e a oferta de consultas é mínima, como: reumatologia, coloproctologia, urologia, cirurgia vascular, entre outras;

- Falta de filas de espera estaduais separadas (eletivas e urgentes);
- Encaminhamentos que os médicos fazem errado, letras ilegíveis, guias incorretas;
- Como não sabemos quais são os tipos de atendimentos que cada hospital oferece via SUS nas especialidades que são ofertadas nos sistemas, os pacientes muitas vezes retornam ao município sem atendimento, precisando serem reinseridos na fila de espera de outro hospital;
- Alguns hospitais mandam o paciente de volta ao município para realizarem exames que não são ofertados aqui, como manometria, colangiorressonância, tonometria, paquimetria, entre outros, gerando transtornos ao paciente que não tem condições de arcar com o custo ou de retornar ao hospital para verificar se é possível agendar;
- Quando os médicos encaminham o paciente para outra especialidade, estes precisam aguardar na fila de espera municipal ou estadual novamente, portanto, deveria haver uma forma de encaminhar esse paciente internamente no próprio hospital;
- Os códigos de transação liberados pelos sistemas têm prazo de validade de 6 meses a 1 ano dependendo do hospital. Para que o código possa ser gerado, é necessário aguardar a liberação da consulta novamente pelo Estado, podendo levar meses na fila. Quando os hospitais solicitam novo código (para consultas que já estão em andamento ou para quem foi transferido via central de leitos), informam ao paciente que a SMS pode gerá-lo na hora, causando uma situação desagradável;
- Os hospitais deveriam agendar o retorno do paciente *in loco* após sua consulta, visto que, o atendimento telefônico da maioria dos hospitais é ineficaz para o agendamento, muitas vezes tendo o paciente que retornar ao hospital só para marcar o retorno;
- Alguns hospitais atendem somente a primeira consulta, e o paciente não consegue retornar, devido à falta de agenda do profissional, tendo que ser reinserido novamente em fila de espera;
- Falta de manutenção e demora no conserto dos veículos danificados;
- Motoristas que não respeitam as solicitações documentais do TFD.

10. GESTÃO EM SAÚDE

10.1. Planejamento: estrutura geral da saúde

A secretaria Municipal de Saúde é um órgão específico da administração, que planeja e executa a política de atendimento público e prestação de serviços no setor aos munícipes de União da Vitória. Tem como objetivo principal, oferecer o auxílio necessário na atenção básica em saúde. É administrada pelo Secretário Fernando Ferencz, com sede localizada na Rua Castro Alves, nº 50.

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela programação, elaboração e execução da política de Saúde do Município, por meio da implementação e desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população.

É de responsabilidade da SMS a formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem a promoção de uma saúde de qualidade aos usuários do SUS. Desenvolvendo e executando as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e nutricional, de orientação alimentar e de saúde do trabalhador, saúde da mulher, da criança, do adolescente, da pessoa adulta e idosa, promovendo campanhas de esclarecimento objetivando a preservação da saúde da população do cidadão de União da Vitória.

10.2. Regionalização: Ansulpar, CIR Regional, Cresems, Cisvali

O Município de União da Vitória, participa ativamente dos processos que envolvem o interesse regional, com base na área vinculada à 6ª Regional de Saúde. O espaço é constituído por 09 municípios. Em termos de saúde, a região instituiu um Consórcio Intermunicipal de Saúde, denominado CISVALI (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu), com sede administrativa e operacional no próprio município, este disponibiliza vários serviços com atendimentos aos usuários.

A direção participa de todas as reuniões promovidas pela CIB Regional (Comissão Inter gestores Bipartite) e o município faz parte da AMSULPAR (Associação dos Municípios do Sul Paranaense).

10.3. Financiamento em Saúde

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. 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 (BRASIL, 2000a).

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 possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de União da Vitória vem cumprindo o disposto conforme Tabela 86.

Tabela 86- Percentual do Orçamento Municipal Gasto em Saúde – União da Vitória, 2015 - 2020

ANO	Percentual Aplicado em Saúde
2016	21,35%
2017	22,99%
2018	16,02%
2019	24,31%
2020	21,95%

Fonte: PM- Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO

No dia 28 de dezembro foi publicada a Portaria nº 3.992, de 28/12/2017 alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava o conteúdo da portaria nº 204/2007 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. A nova normativa estabeleceu que a transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo, antes repassados em cinco blocos, agora passam a ser realizadas em apenas uma conta financeira. E os recursos para investimentos estão sendo transferidos para uma só conta corrente específica para os investimentos.

A partir de janeiro de 2018 os recursos do Ministério da Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, estão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde;

Os municípios terão flexibilização no uso dos recursos em cada conta dos blocos de custeio e investimento durante todo o exercício, no entanto, deverão demonstrar ao final do exercício financeiro a vinculação dos recursos federais repassados, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram realizados os repasses.

O Fundo Nacional de Saúde divulgará, em seu sítio eletrônico, as informações sobre as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por Grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

- I. Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde
 - a) Atenção Básica;
 - b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
 - c) Assistência Farmacêutica;
 - d) Vigilância em Saúde; e
 - e) Gestão do SUS.

- II. Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde
 - a) Atenção Básica
 - b) Atenção Especializada
 - c) Vigilância em Saúde;
 - d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e
 - e) Gestão do SUS.

Importante destacar que essa memória de cálculo, seja qual for o nível de detalhamento dela, serve para fins de transparência e registro de série histórica do próprio FNS, mas não vinculam o uso dos recursos, não configuram “caixinhas”. A norma, inclusive é explícita, quando diz que essas referências (memórias) “não ensejarão, em hipótese alguma, necessidade de identificação, nos orçamentos dos Municípios, Estados e Distrito Federal”. Os municípios terão maior flexibilidade financeira, no entanto, devem, ao final do exercício, cumprir o Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que originou o repasse

A realização de uma gestão orçamentário-financeira do SUS é necessária para a integração das funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, para tanto, existem instrumentos orçamentários como a Lei de orçamento anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual de Saúde.

10.4. Educação em Saúde

A SMS de União da Vitória, em parceria com a 6º Regional de Saúde promovem ações voltadas ao desenvolvimento de pessoas, alinhadas aos princípios da Educação Permanente e Continuada, organizando e gerenciando a realização de cursos e capacitações, oportunizando ao servidor municipal a participação em atividades de formação, cursos, eventos internos e externos, dentre outras ações que promovam a integração ensino-serviço, realizando o gerenciamento de estágios e possibilitando acesso aos diferentes cenários para atividades práticas curriculares das Instituições de Ensino (IE) conveniadas à PM, com vistas a possibilitar tais IE utilizem os diferentes setores da SMS para promoção de adequada formação acadêmica, voltada as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

10.5. Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde de União da Vitória (CMS) foi criado a partir da lei municipal nº 3.726, de 12 de agosto de 2009. É um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo.

Sua última eleição foi em 26 de fevereiro de 2019 e está composto por 24 membros titulares e 24 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde.

Ordinariamente este conselho têm reuniões mensais ou bimensais, constituindo-se em espaço de discussão e encaminhamento dos problemas de saúde das comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde. A Conferência de Saúde ocorre a cada 4 anos.

As conferências locais e a Conferência Municipal de Saúde realizadas demonstram a evolução da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS.

10.6. Operacionalização do Plano Municipal de Saúde

A Programação Plurianual constitui-se em instrumento de gestão que demonstra a operacionalização no quadriênio das ações e das metas expressas no Plano Municipal de Saúde.

A programação plurianual está expressa em metas anuais na Programação Anual de Saúde (PAS), explicitando quais compromissos serão cumpridos no decorrer de cada ano.

Para a obtenção dos resultados esperados da execução das metas da PAS, deve-se levar em consideração a descentralização da responsabilidade pelas ações de saúde aos setores responsáveis. Todas as metas apresentadas possuem prazos para seus alcances, e, desta forma, o Plano Municipal de Saúde está detalhado nos quatro anos que o compõem.

11. DIRETRIZES DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

11.1. Diretriz 01 – Qualificação da Gestão em Saúde

Tabela 87- Qualificação da Gestão em Saúde

Objetivo 1: Qualificar o processo de gestão do financiamento em saúde			META PREVISTA			
META 2022 – 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
1	Promover concurso público para diversas categorias profissionais da SMS, para reposição dos déficits	Número absoluto de Concurso Público realizado	1	-	-	1
2	Adequar à estrutura física dos Postos de Saúde, através de ampliação e/ou reforma, compra de equipamentos	Número de Postos de Saúde reformados ou ampliados por ano	-	3	3	3
3	Construir Unidades Básicas de Saúde UBS São Brás, UBS Cristo Rei e sede CISVALI	Número de UBS construída em substituição às unidades que estão fora do padrão do MS	-	-	-	3
4	Adquirir veículos para os serviços de saúde do municípios.	Percentual de carros de transporte adquiridos conforme necessidade	7	7	1	1

11.2. Diretriz 02 – Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Paraná

Tabela - Fortalecimento da Rede de Atenção

Objetivo 1: Fortalecer as ações de promoção da saúde com foco nos temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
5	Manter a cobertura de Acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Auxílio Brasil	80%	80%	80%	80%
Objetivo 2: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
6	Ampliar a Cobertura de Estratégia de Saúde da Família	Número de equipes implantadas e homologadas pelo MS (14 ESF)	-	-	-	1

7	Consolidar a implantação das linhas de cuidado de atenção às condições crônicas (diabéticos, hipertensos, idosos, saúde mental)	Percentual de Unidades de Saúde com processo de trabalho reorganizada, com estratificação de risco para idosos, e pacientes crônicos	40%	50%	60%	70%
Objetivo 3: Fortalecer a linha de cuidado em Saúde Bucal			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
8	Promover a ampliação da Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na atenção básica.	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica	27%	32%	34%	35%
Objetivo 4: Ampliar o acesso das mulheres às ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama e colo de útero			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
9	Ampliar o percentual de exames de citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, segundo Previne Brasil	Percentual exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no período avaliado	40%	40%	40%	40%
10	Atingir a cobertura exames de mamografias de rastreamento em mulheres de 50-69 anos, na população residente.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária	40%	40%	40%	40%
Objetivo 5: Qualificar e ampliar a linha de cuidado à Saúde da Mulher e Atenção Materno-Infantil			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022			
11	Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)	Número de óbitos infantil em determinado período e local de residência	4	9	9	8

12	Manter a taxa da Mortalidade Materna (RMM)	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0	0
Objetivo 6: Implementar a linha de cuidado em Saúde Mental na Rede de Atenção à Saúde			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
13	Implantar a Linha de Cuidado em Saúde Mental nas unidades de Atenção Básica	Número de Equipes com Linha de Saúde Mental implantada	15	15	15	15
14	Realizar Ações de matriciamento sistemático no CAPS com Equipes de Atenção Básica	Ações de matriciamento sistemáticos realizadas por CAPS com Equipes de Atenção Básica	12	12	12	12
Objetivo 7: Promover o cuidado integral e humanizado às pessoas em situação de violência, com foco na atenção, promoção e cuidado em saúde			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
15	Monitorar a implantação do Protocolo Municipal de Enfrentamento às Violências.	Ampliar o número de notificação de violência interpessoal e auto provocada em relação ao ano base 2021.	-	120	140	150
Objetivo 8: Proporcionar acesso e assistência qualificada em tempo oportuno às pessoas em situação de urgência em todo o território do Paraná			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
10	Manter a Rede de Urgência e Emergência em funcionamento no município	Rede de Urgência e Emergência implantada	1	1	1	1
11	Implantação de Gestão Compartilhada para gerenciamento dos serviços da UPA	Gestão Compartilhada implantada	1	1	1	1
12	Garantir o funcionamento, do SAMU, juntamente com os demais municípios da Regional de Saúde	Serviço implantado	1	1	1	1

Objetivo 9: Fortalecer a Assistência Farmacêutica no Município de União da Vitória			META PREVISTA			
META 2022 - 2025	INDICADOR	2022	2023	2024	2025	
13	Readequação do espaço físico e/ou descentralização da Farmácia Municipal de União da Vitória e Central de Abastecimento Farmacêutico (Distrito de São Cristóvão e Região Sul)	-	1	-	1	
14	Realizar a atualização anual da Remume e a disponibilização permanente dos medicamentos padronizados	1	1	1	1	
15	Adquirir elenco de medicamentos conforme REMUME/REREME.	80%	80%	80%	80%	
Objetivo 10: Qualificar os ambulatórios multiprofissionais especializados, contribuindo para a regionalização das ações e serviços de saúde			META PREVISTA			
META 2022 - 2025	INDICADOR	2022	2023	2024	2025	
16	Ampliar a Oferta de Consultas Especializadas.	-	3% 12.575	3% 12.952	3% 13.340	

17	Contratação de empresa especializada para realização de rastreamento e diagnóstico de Câncer	Contrato realizado	-	1	1	1
----	--	--------------------	---	---	---	---

11.3. Diretriz 03 – Qualificação da Vigilância em Saúde

Tabela 88- Qualificação da Vigilância em Saúde

Objetivo 1: Qualificar as ações de Atenção e Vigilância em Saúde			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
18	Manter o Comitê de Mortalidade e investigar os óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos e infantis	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos e óbitos infantis investigados	100%	100%	100%	100%
19	Reduzir o número/taxa de registros de óbitos prematuros (30 a 69 anos) em relação as DCNT (doenças crônicas não transmissíveis)	Número/taxa de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos)	106	105	104	100
20	Qualificar o registro das ações de controle sanitário no sistema estadual de informação em vigilância sanitária (SIEVISA)	Número de registros das inspeções sanitárias realizadas com status “concluído” no sistema SIEVISA.	8	8	8	8
21	Desenvolver ações de controle sanitário com foco no risco	Proporção de inspeções sanitárias realizadas em estabelecimento cadastrados no SIEVISA como alto risco.	100%	100%	100%	100
22	Realizar o registro de inspeção das ILPIs cadastradas no SIEVISA.	Registro de inspeção em das ILPI da área de abrangência cadastradas	100%	100%	100%	100%
23	Reduzir (<10%) a porcentagem de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico.	Taxa de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau 2 (GIF2) no diagnóstico e no ano vigente.	<10%	<10%	<10%	<10%

24	Avaliar contatos de hanseníase do ano vigente e dos casos de 5 anos anteriores.	Percentual de contatos de casos novos avaliados.	90%	90%	90%	90%
25	Promover capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais da atenção e vigilância em saúde	Número de profissionais capacitados no município.	3	3	3	3
26	Investigar os acidentes de trabalho típicos que resultaram em óbito e amputação e investigar dos at com crianças e adolescentes (típicos e de trajeto).	Percentual de investigações dos casos notificados no SINAN de acidente de trabalho que resultaram em óbitos, amputações e com crianças e adolescentes (típicos e de trajeto)	100%	100%	100%	100%
27	Promover fatores de proteção e realizar ações para prevenção e controle dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (dcnt)	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por dcnt em determinado ano e local.	-	128	122	115
28	Realizar Levantamento de Índice de Infestação	Número de levantamentos rápidos de índice de infestação realizados no período.	6	6	6	6
29	Alcançar 75% de homogeneidade das coberturas vacinais do Calendário Básico das Crianças menores de 2 anos de idade	Proporção de vacinas selecionadas do calendário básico de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade	75%	75%	75%	75%
30	Investigar os casos intoxicação exógena utilizando o Roteiro Complementar para Investigação de Intoxicações Exógenas (agrotóxicos)	Percentual dos casos notificados de intoxicações exógenas investigados e encerrados no período de 180 dias.80%	80%	80%	80%	80%
31	Reduzir em 5% o número de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano em relação ao ano anterior.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	0	0	0
32	Encerrar os casos de óbitos de SRAG hospitalizados em até 60 dias após a internação.	Proporção de casos de SRAG hospitalizados encerrados em até 60 dias após internação.	80%	80%	80%	80%
33	Digitar os casos e óbitos por SRAG digitados em até 7 dias da internação.	Proporção de casos e óbitos por SRAG digitados em até 7 dias da internação.	80%	80%	80%	80%

34	Realizar o registro de movimentação dos insumos utilizados nas estratégia de vacinação.	Proporção de municípios que realizam movimentação no Sistema de Insumos Estratégicos.	100%	100%	100%	100%
35	Reduzir o número de casos de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	0	0	0
Objetivo 2: Monitorar os agravos de interesse em saúde pública que sofrem influência do meio ambiente e os fatores ambientais, propondo medidas de intervenção para prevenção e controle			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
36	Aumentar o número de análises realizadas em amostras de água para consumo humanos quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Pactuação da proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humanos quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	80%	80%	80%	80%
Objetivo 3: Implementar ações de gerenciamento do risco sanitário e agravos à saúde decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde e de interesse à saúde			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
37	Aumentar o número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da Dengue	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da Dengue	80%	80%	80%	80%

11.4. Diretriz 04 – Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde

Tabela 89- Fortalecimento da gestão do trabalho

Objetivo 1: Qualificar a gestão de pessoas da Secretaria Municipal de Saúde		META PREVISTA				
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025

38	Capacitação das equipes municipais para desenvolver ações e nos processos de construção e disseminação do conhecimento voltados às necessidades do SUS	Número de capacitações realizadas	8	8	8	8
----	--	-----------------------------------	---	---	---	---

11.5. Diretriz 05 – Fortalecimento do Controle Social no SUS

Tabela 90- Fortalecimento do controle social

Objetivo 1: Deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
39	Garantir a realização de no mínimo 10 reuniões no ano do CMS	Número de reuniões realizadas	10	10	10	10
Objetivo 2: Fortalecer e melhorar a qualificação dos conselheiros de saúde			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
40	Realização de capacitação aos Conselheiros Municipais de Saúde	Número de Capacitações realizadas	-	-	1	-
Objetivo 3: Fortalecer as ouvidorias do SUS e desenvolver estratégias para que se efetivem como um instrumento de gestão e cidadania			META PREVISTA			
META 2022 - 2025		INDICADOR	2022	2023	2024	2025
41	Acolher, analisar e responder as manifestações demandadas da Ouvidoria dentro do prazo estabelecido	Percentual de respostas dentro do prazo estabelecido/ano	95%	95%	95%	95%

11.6. Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde requer monitoramento e avaliações periódicas. Estas ações visam o seu acompanhamento para tomada de decisões e busca do alcance pleno das metas acordadas.

Esse monitoramento do Plano Municipal de Saúde será coordenado pela equipe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, divulgado internamente para os técnicos que atuam na gestão e as equipes da ponta dos serviços para que todos atuem em prol dos mesmos objetivos. Os objetivos, metas, ações e indicadores serão acompanhados quadrimestralmente pela coordenação municipal com o apoio dos profissionais co-responsáveis pela execução, avaliando o alcance das metas propostas e as estratégias e medidas que serão adotadas para corrigir ou ajustar os problemas identificados. Essa avaliação será apresentada quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde em Audiências Públicas Quadrimestrais na Câmara Municipal de União da Vitória, obrigatórias pela Lei 141/2012.

Será também sistematizado anualmente através do Relatório Anual de Gestão (RAG), conforme previsto no Art. 4º, da Portaria 2.135/2013 que é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS).

No início de cada ano, será apresentada para aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) para o exercício.

Carlos Diego Train
Secretário Municipal de Saúde

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jan. 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 22 mar. 2021

BRASIL. Lei n. 13.257, de 8 de março de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, 9 mar. 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, set. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIM – Sistema de Informações de Mortalidade. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Crescer Saudável 2020/2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10497>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centraisde-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 22 mar. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2020-2023. Curitiba, 2020. Disponível em: http://www.conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Plano_Estadual_de_Saude/PLANO_ESTADUAL_SAUDE_2020_2023.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Grupo de Recursos Humanos Setorial. Análises para o Planejamento Regional Integrado das Macrorregionais de Saúde. Curitiba: SESA, 2019d.

LISTA DE SIGLAS

ACE - Agente de Combate de Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome (inglês) ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (português)

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAE – Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS – Atenção Primária em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CE – Causas Externas

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIR – Comissão Intergestores Regional

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUL – Departamento de Informática do SUS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DNV – Declaração de Nascidos Vivos

HB – Hepatite B

HC – Hepatite C

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HOSPSUS – Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IIP- Índice de Infestação Predial

IVCF-20 – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional

LOA – Lei Orçamentária Anual

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PPA – Plano Plurianual de Governo

PNE – Paciente com Necessidades Especiais
PRI – Planejamento Regional Integrado
PSE – Programa Saúde na Escola
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
REMUME – Relações Municipais de Medicamentos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMM – Razão de Mortalidade Materna
RS – Regional de Saúde
SAMU – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SE – Semana Epidemiológica
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIDORA – Síndromes e Doenças Raras
SIH – Sistema de Informação de Internações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMPR – Sistema Integrado de Saúde Mental do Paraná
SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISAGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano
SVO – Serviço de Verificação de Óbitos
SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde
TB – Tuberculose
TDO – Tratamento Diretamente Observado
UPA – Unidades de Pronto Atendimento

ANEXO

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA
VITÓRIA PR - COMUSUV**

Secretaria Executiva Dos Conselhos
Rua: Visconde de Guarapuava, 15 – Centro – União da Vitória
Telefone: (42) 3522-9442

RESOLUÇÃO N.º 15/2021

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de União da Vitória, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Federal n.º 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal n.º 1.622.

Em reunião ordinária realizada em 31 de agosto de 2021.

RESOLVE:

Art. 1.º- Aprovar o Plano Municipal de Saúde 2022-2025

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

União da Vitória-PR, 08 de setembro de 2021.

Marlene Sonnenstrahl
Presidente do Conselho Municipal de Saúde