

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA
UNIÃO | SAÚDE
FELIZ CIDADE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2026 2029

UNIÃO DA VITÓRIA
2025



**PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE UNIÃO DA VITÓRIA
2026-2029**

Atualização em 17/12/2025

UNIÃO DA VITÓRIA – PR



ARY CARNEIRO JR
PREFEITO MUNICIPAL DE UNIÃO DA VITÓRIA

SONIA REGINA GUZZONI DROZDA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE 2023/2026 (MESA DIRETORA)

Marlene Sonnenstrahl
PRESIDENTE

Marcelo Stelmachuk
VICE - PRESIDENTE

Salete Maria Venâncio
PRIMEIRO SECRETÁRIO

Siane Pereira Andreiov
SEGUNDO SECRETÁRIO

MENSAGEM DA SECRETÁRIA DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

A construção do Plano Municipal de Saúde de União da Vitória para o quadriênio de 2026-2029 representa um compromisso renovado com a qualidade da atenção à saúde e com a promoção do bem-estar da população. Este plano nasce a partir da escuta ativa da comunidade, da análise criteriosa dos indicadores de saúde e da necessidade contínua de aperfeiçoamento dos serviços prestados, considerando as transformações sociais, demográficas e epidemiológicas que impactam o nosso território.

A Secretaria Municipal de Saúde reafirma seu compromisso com um sistema público acessível, resolutivo e humanizado, que respeite os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. Neste novo ciclo, buscamos avançar ainda mais na consolidação da atenção primária como eixo estruturante do cuidado, ampliando o acesso, fortalecendo as equipes de saúde e promovendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde em todos os ciclos de vida.

A experiência dos anos anteriores, marcada por desafios significativos, ensinou-nos sobre a importância de um sistema de saúde resiliente, capaz de se adaptar e responder de forma ágil às necessidades emergentes. Com base nessa vivência, o presente plano orienta-se por meio de metas claras e viáveis, integrando os diversos níveis de atenção, com foco na regionalização dos serviços e na qualificação do cuidado especializado.

Este é um plano construído com responsabilidade técnica, escuta intersetorial e participação social. Com ele, almejamos que cada cidadão tenha assegurado seu direito à saúde, com acolhimento, acompanhamento e controle adequado das condições crônicas, para que todos possam viver mais e melhor.

Seguimos firmes na missão de transformar a saúde pública em um instrumento de promoção da dignidade, desenvolvimento e qualidade de vida.

Sonia Regina Guzzoni Drozda

Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória

MENSAGEM DA PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO 2023- 2026

Prezados(as) Conselheiros(as) Municipais de Saúde, profissionais, gestores e cidadãos de União da Vitória,

Com grande senso de responsabilidade e compromisso com o controle social, o Conselho Municipal de Saúde apresenta sua contribuição para a construção deste Plano Municipal de Saúde 2026-2029, documento orientador das ações e políticas públicas de saúde em nosso território nos próximos quatro anos.

A elaboração deste plano é fruto de um processo coletivo, pautado na escuta da população, na participação efetiva dos conselheiros e nas diretrizes emanadas das conferências locais e municipais de saúde. Trata-se de um importante instrumento de planejamento, que consolida os anseios e necessidades da nossa comunidade e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular.

Neste novo ciclo, o Conselho Municipal de Saúde continuará exercendo seu papel fiscalizador, propositivo e deliberativo, acompanhando a execução das metas e indicadores definidos, além de promover espaços democráticos de diálogo entre a gestão, trabalhadores e usuários.

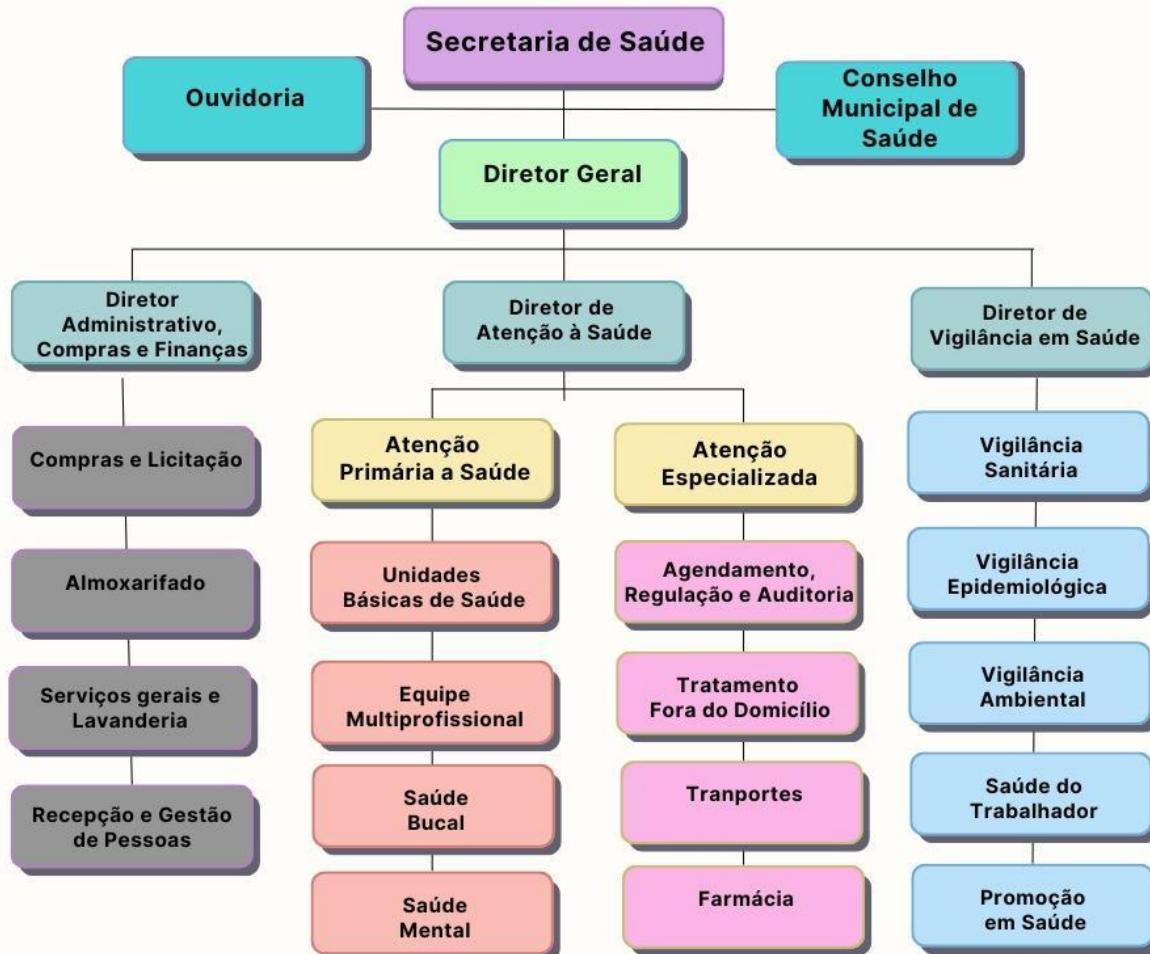
Que este plano seja mais que um documento técnico; que seja um pacto pela vida, pelo cuidado com o outro e pela construção de um sistema de saúde mais justo, eficiente e acolhedor para todos os cidadãos de União da Vitória.

Com respeito e gratidão a todos os que participaram deste processo, que se iniciou no dia 07 de março de 2023, na XIII Conferência Municipal de Saúde.

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



ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Presidente: Sonia Regina Guzzoni Drozda

Membros:

Diretora Geral – Aline Maria Bonete

Conselho Municipal de Saúde – Marlene Sonnenstrahl

Segmentos e seus representantes:

Atenção Primária em Saúde - Eliziane Lipka Hupalo

Atenção em Saúde Bucal - Flávia Muller Brittes

Atenção em Saúde Mental - Daniel Alves Osório e Marcia Janiszewski de Souza

Atenção Especializada e TFD – Victor Gabriel Emidio e Anelise Maguelniski

Atenção à Assistência Farmacêutica - Adriana Ludka

Representantes Planifica SUS e UBS: Jane Carla Becker, Francielli Portela Ferraz

Vigilância em Saúde: Herli Daniel da Silva, Ederson Vogel e Alan Luiz Niziol

Atenção a Urgência e Emergência: Angela Tavares Martins Ponczko

Equipe Técnica Secretaria de Saúde: Ester Ruby e Viviana Peters Kozakiewicz

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: Éveli da Costa Silva 6ª Regional de Saúde	Nome: Angela Maria Brzezinski 6ª Regional de Saúde
Nome: Aline Maria Bonete Secretaria Municipal de Saúde	Nome: Ester de França Ruby Secretaria Municipal de Saúde

Prestadores

Titular	Suplente
Nome: Georgia Carla Pacheco Alves Clínica São Camilo	Neiva da Silva Prestes Clínica São Camilo
Nome: Mariana Aparecida Machado Mello Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos e da Fala- APADAF	Sandra Mara Paulichen Wimmer Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos e da Fala - APADAF

Trabalhadores de Saúde

Titular	Suplente
Nome: Vanessa Mara de Lima Bostelmann Conselho Regional de Farmácia	Nome: Adriana Ludka Conselho Regional de Farmácia
Nome: Marcelo Inácio Stelmach Sindicato dos Empregados e Estabelecimento de Serviços da Saúde	Nome: Rosana do Nascimento Sindicato dos Empregados e Estabelecimento de Serviços da Saúde
Nome: Marlene Sonnenstrahl Núcleo Regional de Assistência Social (Nucress)	Nome: Lucimara Dayane Amarantes Núcleo Regional de Assistência Social (Nucress)
Valter Augustinho de Oliveira Conselho Regional de Enfermagem	Nome: Luciana Thais dos Santos Conselho Regional de Enfermagem

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: Suelen de Moura Sarnes Associação Autismo Sem Barreiras	Nome: Siane Pereira Andreiov Associação Autismo Sem Barreiras
Nome: Clemente Scistovski União Comunitária das Associações de UVA (UCAUV)	Nome: Marco Antonio Spak União Comunitária das Associações de UVA (UCAUV)
Nome: Antônio Sergio Curioni Associação Recanto da Sobriedade-ARES	Nome: Silvana Aparecida de França Associação Recanto da Sobriedade-ARES
Nome: Michele Albino de Brito Associação Beneficente Profeta Daniel	Nome: Dayane Marcella Ilchechen Associação Beneficente Profeta Daniel
Nome: Maria Singeski Associação Casa de Apoio Santa Clara	Nome: Ir. Raimunda Silva Associação Casa de Apoio Santa Clara
Nome: Marisley Sedano Dissenha Associação Beneficente Lar de Nazaré	Nome: João Paulo Rodrigues Associação Beneficente lar de Nazaré
Nome: Silvia Adriany Kochan Marcom Associação Laços de Amor Down – ALAD	Nome: Lurdes Nicolak Associação Laços de Amor Down – ALAD



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	29
Figura 5 – Economia agropecuária de União da Vitória.....	37
Figura 6 - Análise da variação relativa do emprego formal no Estado do Paraná	38
Figura 7 - Produto Interno Bruto (PIB) do Estado do Paraná.....	39
Figura 8 - análise comparativa entre os anos de 2010 e 2022 dos índices de desempenho municipal	40
Figura 9 - Análise do Índice de Desempenho Municipal da Saúde no Estado do Paraná.....	41
Figura 10 - indicadores econômicos relevantes para a compreensão do perfil social	42
Figura 11 - Taxa de escolarização em União da Vitória	47
Figura 12 - Ciclo da Assistência Farmacêutica	185

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória,2000	30
Gráfico 2 - Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória, 2022	31
Gráfico 4 - Proporção de gravidez na adolescência	53
Gráfico 5 – Variação anual na proporção de gravidez na adolescência	53
Gráfico 6 - Distribuição anual dos óbitos em União da Vitória (2020-2025)	57
Gráfico 7 - Evolução das 5 principais causas de morte (2020-2024)	58
Gráfico 8 - Evolução Anual do Total de óbitos por Causas Externas em União da Vitória (2020-2024)	72
Gráfico 9 – Distribuição proporcional de óbitos por causa externa	73
Gráfico 10 – Evolução anual de óbitos por tipo de causa externa.....	74
Gráfico 11 – Distribuição anual de óbitos por tipo de causa externa	74
Gráfico 12 – Distribuição de causas de óbitos infantis.....	81
Gráfico 13 – Razão de mortalidade proporcional (RMP)	81
Gráfico 14 – Evolução temporal das causas de óbitos infantis	82
Gráfico 15 – Distribuição de óbitos infantis por faixa etária da mãe	82
Gráfico 16 – Evitabilidade dos óbitos infantis	83
Gráfico 17 – Anos potenciais de vida perdidos (APVP) por óbitos infantis.....	84
Gráfico 18 – Comparaçāo da TMI com parâmetros de referência	85
Gráfico 19 – Variação percentual anual da TMI (2019 – 2024)	85
Gráfico 20 – Evolução do número de óbitos fetais por ano	89
Gráfico 21 – Evolução da taxa de mortalidade fetal (TMF) por ano	90
Gráfico 22 – Comparaçāo da TMF média (2009 – 2024).....	90
Gráfico 23 – Total de óbitos fetais por período.....	91
Gráfico 24 – Taxa de mortalidade fetal (TMF) por período.....	91
Gráfico 25 – Proporção estimada de óbitos fetais evitáveis	92
Gráfico 26 – Anos potenciais de vida perdidos (APVP) por óbitos fetais.....	93
Gráfico 27 – Evolução da razão entre óbitos fetais infantis	93
Gráfico 28 – Variação percentual anual do número de óbitos fetais	94
Gráfico 29 – Evolução da cobertura vacinal por vacina	104
Gráfico 30 – Evolução da cobertura média anual e coeficiente de variação.....	105
Gráfico 31 - Desempenho por Vacina.....	106



Gráfico 32 – Percentual de anos com meta de cobertura atingida.....	107
Gráfico 33 - Variação Percentual (2019 vs 2024)	107
Gráfico 34 - Visão Geral (Heatmap).....	108
Gráfico 35 – Evolução anual de casos de AIDS (Geral).....	110
Gráfico 36 – Variação percentual anual dos casos de AIDS (Geral)	111
Gráfico 37 – Evolução anual dos casos de sífilis em gestantes	112
Gráfico 38 – Variação percentual anual de casos de sífilis em gestantes	113
Gráfico 39 – Evolução anual dos casos de sífilis congênita.....	113
Gráfico 40 – Variação percentual anual dos casos de sífilis congênita.....	114
Gráfico 41 – Evolução anual dos casos de sífilis adquirida	115
Gráfico 42 – Variação percentual anual dos casos de sífilis adquirida	115
Gráfico 43 – Evolução anual dos casos de tuberculose	119
Gráfico 44 – Variação percentual dos casos de tuberculose	120
Gráfico 45 – Evolução anual de casos de hanseníase notificados	122
Gráfico 46 – Variação percentual anual de casos de hanseníase notificados	123
Gráfico 47 – Evolução anual dos casos de hepatite B	126
Gráfico 48 – Variação percentual anual no número de casos de hepatite B	126
Gráfico 49 – Evolução anual dos casos notificados de hepatite C	127
Gráfico 50 – Variação percentual anual no número de casos de hepatite C	127
Gráfico 51 – Evolução anual das notificações de violência	129
Gráfico 52 – Variação percentual anual no número de notificações de violência	130
Gráfico 53 - Saída por Unidade	180
Gráfico 54 - Relatório de Estoque: Saída de produtos Sintético	195
Gráfico 55 - Saída sintética por ação terapêutica	195

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distância entre Município e Municípios de Referência	27
Tabela 2 - População Geral	28
Tabela 3 - Densidade Demográfica	28
Tabela 4 - População área urbana e rural	29
Tabela 5 - Estimativa Populacional	31
Tabela 6 - Taxa de Crescimento Populacional	32
Tabela 7 - Indicadores Demográficos	33
Tabela 8 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)- União da Vitória 2010	34
Tabela 9 - População ocupada por atividade econômica	35
Tabela 10 - Organização Social população ativa.....	36
Tabela 11 - Número de domicílios particulares permanentes, segundo algumas características	45
Tabela 12 - Taxa de analfabetismo segundo faixa etária	47
Tabela 13 - Número de domicílios recenseados segundo tipo de domicílio - 2022	49
Tabela 14 - Série Histórica de Nascidos Vivos – 2016 a 2024.....	51
Tabela 15 - Gravidez na Adolescência.....	52
Tabela 16 - Consultas de pré-natal	54
Tabela 17 - Principais causas de óbito por capítulo cid-10 em relação ao total de óbitos 2020-2025	56
Tabela 18 - Variação percentual das principais causas de morte entre 2020 e 2024	60
Tabela 19 - Mortalidade proporcional por faixa etária e ano.....	62
Tabela 20 - Proporção de óbitos com causa básica definida em União da Vitória (2020-2024)	65
Tabela 21 - Óbitos por causa básica definida, 2020 a 2024, segundo capítulo CID 10 em União da Vitória	67
Tabela 22 - Taxa de mortalidade prematura (30–69 anos) por DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis).....	69
Tabela 23 - Óbitos prematuros por DCNTs em União da Vitória (2019-2024).....	69
Tabela 24 - Óbitos por causas externas	71
Tabela 25 - Óbitos maternos em União da Vitória (2016-2024).....	76
Tabela 26 - Óbitos em mulheres em idade fértil investigados em União da Vitória (2020-2024).....	78

Tabela 27 - Mortalidade hospitalar de residentes	96
Tabela 28 - Série Histórica de casos de Dengue 2019 - 2024	131
Tabela 29 - Série Histórica de dengue - casos autóctones 2021-2024	132
Tabela 30 - Série histórica de números notificados de intoxicação exógena em União da Vitória	134
Tabela 31 - Série Histórica de números notificados por grupo do agente tóxico 2019 a 2024	135
Tabela 32 - Série histórica de números notificados por circunstância/contaminação 2019 a 2024	136
Tabela 33 - Série Histórica de números notificados por atividade exercida na exposição atual 2019 a 2024	137
Tabela 34 - Série Histórica de números notificados de acidente de trabalho nos anos de 2019 a 2024	139
Tabela 35 - Série histórica segundo frequência por local de acidente de 2019 a 2024	139
Tabela 36 - Série Histórica de números notificados de acidente de trabalho que evoluíram a óbito	140
Tabela 37 - Quadro Funcional da Atenção Básica	148
Tabela 38 - Equipes Secretaria de Saúde	148
Tabela 39 - Cobertura de Saúde Bucal - Abril 2024	151
Tabela 40 - Cobertura atual e potencial de adesão da Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária	153
Tabela 41 - Programa Estadual de bochecho com Fluor 2023/2024	155
Tabela 42 - Cobertura Saúde Bucal - Equipes no Projeto ART	156
Tabela 43 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico	157
Tabela 44 - Razão de mamografia rastreamento	159
Tabela 45 - Porcentagem de Hipertensos	161
Tabela 46 - Porcentagem de diabéticos	162
Tabela 47 - Porcentagem de idosos	164
Tabela 48 - Porcentagem de crianças	165
Tabela 49 - Porcentagem de Gestantes	167
Tabela 50 - Porcentagem Saúde Mental	169
Tabela 51 - Valores aplicados Assistência Farmacêutica	173
Tabela 52 - Farmacêuticos	178
Tabela 53 - Estagiários	178



Tabela 54 – Estabelecimentos	178
Tabela 55 - Análise das Principais Filas de Espera para Consultas Especializadas via TFD	199
Tabela 76 - Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde	267
Tabela 77 - Fortalecimento da Rede de Atenção	268
Tabela 78 - Atenção Especializada Ambulatorial, Hospitalar, Urgência E Emergência	271
Tabela 79 - Qualificação da Vigilância Em Saúde	272
Tabela 80 - Fortalecimento da gestão do trabalho	274
Tabela 81 - Fortalecimento do Controle Social no Sus	275
Tabela 82 - Inovação em Saúde e Cuidado.....	276

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	28
2.1.	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO GERAL ESTIMADA	28
2.2.	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (NÚMERO DE HABITANTES POR KM ²)	28
2.3.	POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA RURAL E ÁREA URBANA, DISTRIBUÍDO ANUALMENTE	29
2.4.	PIRÂMIDE ETÁRIA	30
2.5.	POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA	31
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 ..	35
3.3.	ATIVIDADE ECONÔMICA E AGROPECUÁRIA	37
3.4.	TRABALHO E RENDIMENTO: EMPREGO FORMAL	38
3.5.	PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPITA NOMINAL, PARANÁ - 2021 ..	39
3.6.	TRABALHO E DESEMPENHO MUNICIPAL SEUNDO RENDA COMPARATIVO 2010 E 2022, PARANÁ	40
3.7.	ÍNDICE DE DESEMPENHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	41
3.8.	TRABALHO E RENDIMENTO	42
3.9.	CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO: ÁGUA,ESGOTO,LIXO E REDE ELÉTRICA 2010 E 2022	44
3.10.	ESCOLA: TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO E TAXA DE ANALFABETISMO 2022 45	45
3.11.	HABITAÇÃO	47
3.12.	MEIO AMBIENTE – UNIÃO DA VITÓRIA.....	48
4.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	50
4.1.	NATALIDADE	51

4.2. NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS.....	51
4.3. PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA 2024	52
4.4. PROPORÇÃO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	54
4.5. MORTALIDADE	56
4.5.1. Óbitos por causa básica definida	65
4.5.2. Mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis.....	69
4.5.3. Mortalidade por causas externas	71
4.5.3.1. Análise por Tipo de Causa Externa	72
4.5.3.2. Conclusões	75
4.5.4. Mortalidade Materna.....	76
4.5.4.1. Razão de mortalidade materna	76
4.5.4.2. Proporção de investigação de óbitos MIF (mulher em idade fértil)	78
4.5.5. Mortalidade infantil e fetal.....	79
4.5.5.1. Mortalidade Infantil	79
4.5.5.2. Características Maternas	82
4.5.5.3. Evitabilidade dos Óbitos Infantis	83
4.5.5.4. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).....	84
4.5.5.5. Comparação com Parâmetros de Referência.....	84
4.5.5.6. Variação Percentual Anual	85
4.5.5.7. Conclusões e recomendações em relação a mortalidade infantil	86
4.6. MORTALIDADE FETAL.....	88
4.6.1. Indicadores Calculados.....	88
4.6.2. Panorama Geral da Mortalidade Fetal.....	89
4.6.3. Taxa de Mortalidade Fetal (TMF).....	89
4.6.4. Análise por Período.....	91
4.6.5. Evitabilidade	92
4.6.6. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).....	92
4.6.7. Razão Fetal/Infantil	93
4.6.8. Variação Percentual Anual	94
4.6.9. Interpretação dos Resultados.....	94
4.7. MORBIDADE HOSPITALAR DE RESIDENTES, SEGUNDO CAPÍTULO DA CID-10	96
4.7.1. Principais Causas de Internação.....	97
4.7.2. Variabilidade e Concentração das Internações	98
4.7.3. Análise de Tendências Temporais	98
4.7.4. Capítulos com Tendência de Redução.....	99
4.7.4.1. Variação Percentual 2019-2024	99

4.7.4.1.1. <i>Capítulos Mais Afetados Durante a Pandemia</i>	100
4.7.4.1.2. <i>Recuperação Pós-Pandemia</i>	100
4.7.5. Causas Externas.....	101
4.7.6. Saúde Materno-Infantil.....	101
4.7.7. Índice de Carga Assistencial (ICA)	102
4.7.8. Índice de Priorização para Gestão (IPG)	102
4.7.9. Razão de Morbidade Proporcional (RMP).....	102
4.7.10. Conclusões	103
4.7.11. Recomendações.....	103
4.8. COBERTURA VACINAL E HOMOGENEIDADE 2021 -2024	104
4.8.1. Conclusões e Recomendações	108
4.9. AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	110
4.9.1. Número de casos de aids em menores de 5 anos, infecção pelo hiv em gestantes e número de casos de hiv e aids na população geral.....	110
4.9.1.1. Análise de Casos de AIDS (Geral)	110
4.9.1.2. Análise de Casos de AIDS (< 5 anos)	111
4.9.1.3. Análise de Casos de Sífilis em Gestantes (2016-2024)	112
4.9.1.4. Análise de Casos de Sífilis Adquirida (2016-2024)	114
4.9.1.5. Conclusão	116
4.9.1.6. Recomendações	116
4.9.1.6.1. Prevenção e Promoção da Saúde	116
4.9.1.6.2. Diagnóstico Oportuno	117
4.9.1.6.3. Tratamento Adequado e Acompanhamento.....	117
4.9.1.6.4. Manejo de Parcerias Sexuais	118
4.10. SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR ANO DE DIAGNÓSTICO 2014 – 2024	118
4.10.1. Conclusão	120
4.11. NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE 2021 – 2024	121
4.11.1. Indicador de Contatos Examinados.....	122
4.11.2. Série Histórica de Casos de Hanseníase (2011-2024).....	122
4.11.3. Proporção de Contatos Domiciliares Examinados (2024).....	124
4.12. NÚMERO DE CASOS DE HEPATITE B E C POR ANO DE DIAGNÓSTICO 2021 – 2024.	125
4.12.1. Hepatite B.....	125
4.12.2. Hepatite C.....	126
4.12.3. Conclusão	128
4.13. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA	129

4.14. Númeno de casos e Dengue	131
4.15. Intoxicação exógena	134
4.16. Notificações de Saúde do Trabalhador	139
5. PERFIL ASSISTENCIAL, REDE DE ATENÇÃO, ESTRUTURA FÍSICA	141
5.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UNIÃO DA VITÓRIA (PR)	141
5.1.1. Organização e Funcionamento	141
5.2. PLANIFICA SUS	143
5.3. INFRAESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES	146
5.3.1. Equipamentos e Recursos Tecnológicos	147
5.3.2. Recursos Humanos da Atenção Primária.....	147
5.3.3. Cobertura da atenção básica, adesões, ACS, emulti, teto de financiamento	148
5.3.4. Integração com outros níveis de atenção	150
5.4. SAÚDE BUCAL.....	151
5.5. RAZÃO DE EXAMES DE CITOPATOLÓGICO REALIZADOS.....	157
5.6. LINHAS DE CUIDADO	161
5.6.1. Hipertensos	161
5.6.2. Diabéticos.....	162
5.6.3. Criança.....	165
5.6.4. Gestante	167
5.6.5. Saúde mental	169
5.7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	171
5.7.1. Componentes da assistência farmacêutica	173
5.7.1.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica- CBAF.....	173
5.7.1.2. Componente estratégico da assistência farmacêutica.....	174
5.7.1.3. Componente especializado da assistência farmacêutica	175
5.7.1.4. Programas especiais da SESA- PR.....	175
5.7.1.5. Suplementação Nutricional.....	175
5.7.1.6. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, do governo Federal.....	176
5.7.1.7. Medicamentos não constantes na Lista Básica de Medicamentos do Município	177
5.7.1.8. Judicialização de medicamentos.....	177
5.7.2. Organização da assistência farmacêutica no município	177
5.7.2.1. Recursos Humanos e estrutura	177
5.7.2.2. Ciclo da assistência farmacêutica	184
5.7.2.2.1. Padronização/ Seleção.....	185
5.7.2.2.2. Comissão de Farmácia e Terapêutica	187

5.7.2.2.3. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.....	187
5.7.2.2.4. Programação	188
5.7.2.2.5. Aquisição	191
5.7.2.2.6. Armazenamento de medicamentos.....	192
5.7.2.2.7. Distribuição	193
5.7.2.2.8. Dispensação.....	193
5.8. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	197
5.8.1. Organização do Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).....	197
5.8.1. Setor de Agendamento	201
5.8.1.1. Setor de agendamento de consultas e exames especializados.....	201
5.8.1.2. Atribuições Técnicas e Operacionais.....	204
5.8.1.3. Fluxo Operacional.....	205
5.8.1.4. Relatórios e Monitoramento	205
5.9. REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – TRIAGEM NEONATAL.....	210
5.9.1. Teste do Pezinho	211
5.9.2. Teste do Coraçãozinho.....	211
5.9.3. Teste do Olhinho	212
5.9.4. Teste da Orelhinha	212
5.9.5. Monitoramento e Fluxos	213
5.10. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	214
5.11. VIGILÂNCIA AMBIENTAL	215
5.12. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	216
5.13. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	221
5.13.1. Organização dos Serviços no Município.....	221
5.13.2. Atendimento de Urgência e Internações Psiquiátricas	222
5.13.3. Atuação do CISVALI	223
5.13.4. Diretrizes e Desafios.....	223
5.14. E- MULTI EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	224
5.15. REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	226
5.15.1. Estrutura Estadual da RCPD.....	226
5.15.2. Organização da Rede em União da Vitória	226
5.15.3. Análise dos Dados – União da Vitória.....	227
5.15.4. Necessidades e Desafios.....	228
5.15.5. Reabilitação Auditiva	232
5.15.1. Reabilitação Visual	233
5.16. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	234

5.16.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.....	234
5.16.2. Unidade de Pronto Atendimento – UPA Dr. Warib Motta.....	236
5.16.3. Papel Estratégico na Rede.....	236
5.16.4. Fluxos Assistenciais e Acolhimento	237
5.16.5. Atendimento e Estrutura Física	238
5.16.6. Equipe Multidisciplinar	238
5.16.7. Indicadores e Monitoramento	239
5.16.8. Rede Hospitalar Contratualizada	239
6. GESTÃO EM SAÚDE.....	241
6.1. PLANEJAMENTO: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL GERAL DA SAÚDE	241
6.2. REGIONALIZAÇÃO: ANSULPAR, CIR REGIONAL, CRESEMS, CISVALI...	243
6.3. FINANCIAMENTO EM SAÚDE.....	245
6.4. APLICAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS EM UNIÃO DA VITÓRIA	246
6.5. ESTRUTURA DE DESPESAS	247
6.6. ANÁLISE DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE – EXERCÍCIO 2024	248
6.6.1. Considerações sobre os Recursos Utilizados.....	249
7. INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	251
7.1. SISTEMAS NACIONAIS, ESTADUAIS E LOCAIS UTILIZADOS	251
7.2. INTEGRAÇÃO ESTADUAL E NACIONAL – SAÚDE DIGITAL.....	252
7.3. SISTEMAS LOCAIS EM OPERAÇÃO	252
7.3.1. Desafios Identificados	253
7.3.2. Perspectivas e Fortalecimento da Informação	253
7.4. ESTABELECIMENTOS E TIPO DE PRESTADOR	253
7.4.1. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS.....	253
7.5. AUDITORIAS	256
7.6. TRANSPORTE SANITÁRIO	257
8. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE	259
8.1. PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS	259
8.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA (2021–2024)	261
8.3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	262
9. CONTROLE SOCIAL	264
9.1. OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	265
10. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E AÇÕES - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	266
Diretriz 01 – Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde.....	267

Diretriz 02 – Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde	268
Diretriz 03 – Atenção especializada ambulatorial, especializada, hospitalar, urgência e emergência	271
Diretriz 04 – Qualificação da Vigilância em Saúde.....	272
Diretriz 05 – Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde..	274
Diretriz 06 – Fortalecimento do Controle Social no SUS	275
Diretriz 07 - Inovação em Saúde e Cuidado	276
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	277
REFERÊNCIAS	279
LISTA DE SIGLAS	281
ANEXO 1 - Resolução nº 24/2025 - Conselho Municipal de Saúde	283
ANEXO 2 - Mapa com a Localização dos Serviços de Saúde	284

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de União da Vitória, referente ao quadriênio 2026-2029, representa o principal instrumento de planejamento estratégico da gestão em saúde no município. Elaborado com base em princípios de equidade, participação social e regionalização do SUS, o documento orienta as ações e metas a serem desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), articulando as necessidades da população com as diretrizes nacionais de saúde pública.

Este plano é resultado de um processo democrático e participativo, construído de forma ascendente, com ampla escuta da comunidade, trabalhadores da saúde e gestores. A XIII Conferência Municipal de Saúde, realizada no dia 07 de março de 2023, foi um marco fundamental nesse processo, reunindo propostas validadas coletivamente para nortear as políticas de saúde locais para o período de vigência do plano.

A elaboração do plano está amparada pela legislação vigente, destacando-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), a Lei nº 8.142/1990, o Decreto Federal nº 7.508/2011 e a Portaria nº 2.135/2013, que definem o planejamento como eixo estruturante da gestão pública em saúde. Assim, o PMS se consolida como um compromisso legal e técnico, mas também ético e social, com foco na melhoria contínua da atenção à saúde, no fortalecimento da atenção primária, na valorização dos profissionais e na garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029 incorpora dados do diagnóstico situacional atualizado, análises epidemiológicas, perfil demográfico e sanitário, além de considerações estratégicas extraídas do Plano Plurianual Municipal (PPA), das diretrizes do Plano Estadual e Regional de Saúde e dos indicadores de saúde.

Mais do que um documento técnico, este plano expressa a visão coletiva de um SUS mais forte, humano e eficiente em União da Vitória, reafirmando o compromisso da gestão com a saúde pública de qualidade, voltada para resultados e centrada nas necessidades reais da população.

A proposta inicial do PMS foi analisada e aprovada em Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde em 26 de setembro de 2025, com a Resolução nº 24/2025 (anexo 1)

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE UNIÃO DA VITÓRIA

1.1.1. Origem e formação

União da Vitória localiza-se no sul do estado do Paraná, na divisa com Santa Catarina, sendo separada de Porto União (SC) pelo rio Iguaçu. A cidade está situada a uma altitude média de 756 metros, com clima subtropical úmido e relevo caracterizado por vales, planaltos e áreas de Mata Atlântica preservada.

A ocupação da região iniciou-se em 1842, com a descoberta de um vau no rio Iguaçu por Pedro Siqueira Cortes, facilitando a travessia de tropas e mercadorias. Esse ponto estratégico impulsionou o desenvolvimento de um entreposto comercial, inicialmente denominado Porto União da Vitória. Em 1890, o local foi elevado à categoria de município, recebendo o nome de União da Vitória.

A cidade desempenhou papel significativo durante a Guerra do Contestado (1912–1916), conflito que envolveu disputas territoriais entre Paraná e Santa Catarina. Em 1917, a assinatura de um tratado definiu a divisão das cidades gêmeas, estabelecendo União da Vitória no lado paranaense e Porto União no lado catarinense.

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 localizado no estado do Paraná, na Região Sul do Brasil. Integra a Mesorregião do Sudeste Paranaense e pertence à Microrregião de União da Vitória. A cidade está situada na fronteira com o estado de Santa Catarina, fazendo divisa com o município de Porto União, com o qual forma um núcleo urbano conurbado e interdependente, popularmente conhecido como “Gêmeas do Iguaçu”. Com uma população de 55.033 habitantes, localiza-se a aproximadamente 243 km a oeste de Curitiba, capital do estado, e a 1.472 km de Brasília, capital do país.

Apresenta clima subtropical úmido mesotérmico, de verões frescos e com ocorrência de geadas serenas e frequentes, 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

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 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 à área urbana da cidade.

Figura 3 - Limites entre municípios.



Fonte: IPARDS (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 ao sudoeste com General Carneiro, Concórdia, 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 ao 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, Antônio 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 à inexistência ou à 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 2025	Município Referência					Referências Curitiba e Região Metropolitana	
União da Vitória	55.033	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/2025

2. PERFIL DEMOGRÁFICO

2.1. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO GERAL ESTIMADA

A população geral estimada para o ano de 2022 em União da Vitória foi de 55.033 habitantes (Tabela 2).

Tabela 2 - População Geral

POPULAÇÃO GERAL ESTIMADA 2022 SEGUNDO MUNICÍPIO - IBGE	
Município	Nº estimado
União da Vitória	55.033

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 77,56 hab/ km² (Tabela 3)

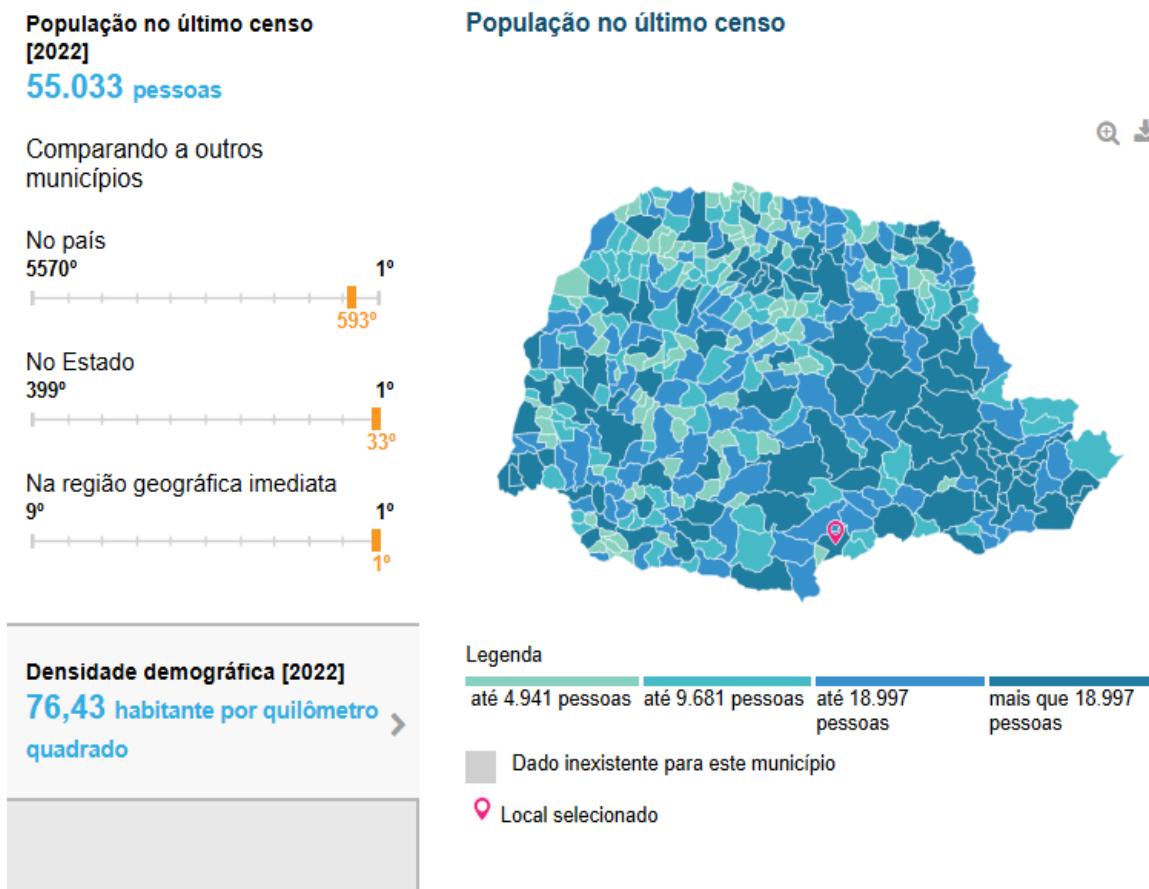
Tabela 3 - Densidade Demográfica

DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2024	
Município	Hab/km ²
União da Vitória	77,56

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

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2022) União da Vitória possui 55.033 habitantes, sendo o 33º município mais populoso do Paraná (Figura 5).

Figura 4 - População no último censo



Fonte: IBGE, Censo 2022

2.3. POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA RURAL E ÁREA URBANA, DISTRIBUÍDO ANUALMENTE

Segundo o censo de 2022, 51.881 (94,27%) habitantes vivem na zona urbana e 3.152 (5,735%) na zona rural (Tabela 4). Embora o IBGE de 2022 não detalhe especificamente a divisão entre população urbana e rural para o município, a população urbana é significativamente maior, representando cerca de 98,2% da população total em 2022.

Tabela 4 - População área urbana e rural

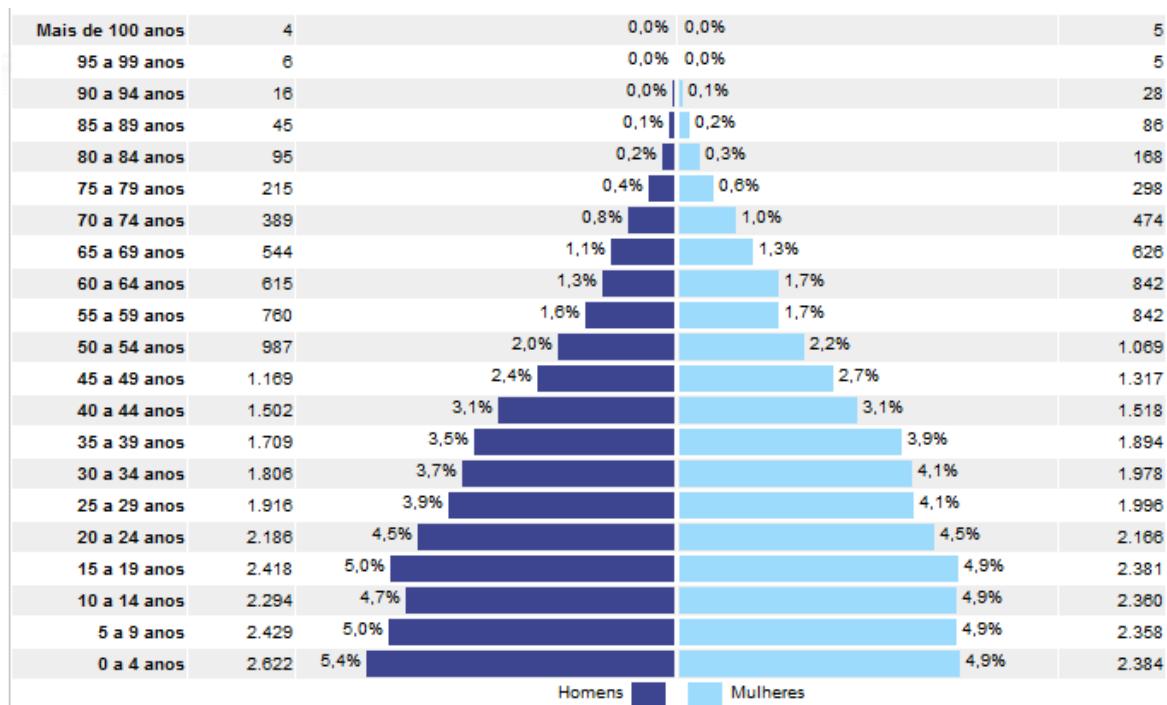
POPULAÇÃO RESIDENTE SEGUNDO ÁREA URBANA E RURAL – 2022		
Município	ÁREA RURAL	ÁREA URBANA
União da Vitória	3.152	51.881

Fonte: Caderno Estatístico IPARDES, 2022

2.4. PIRÂMIDE ETÁRIA

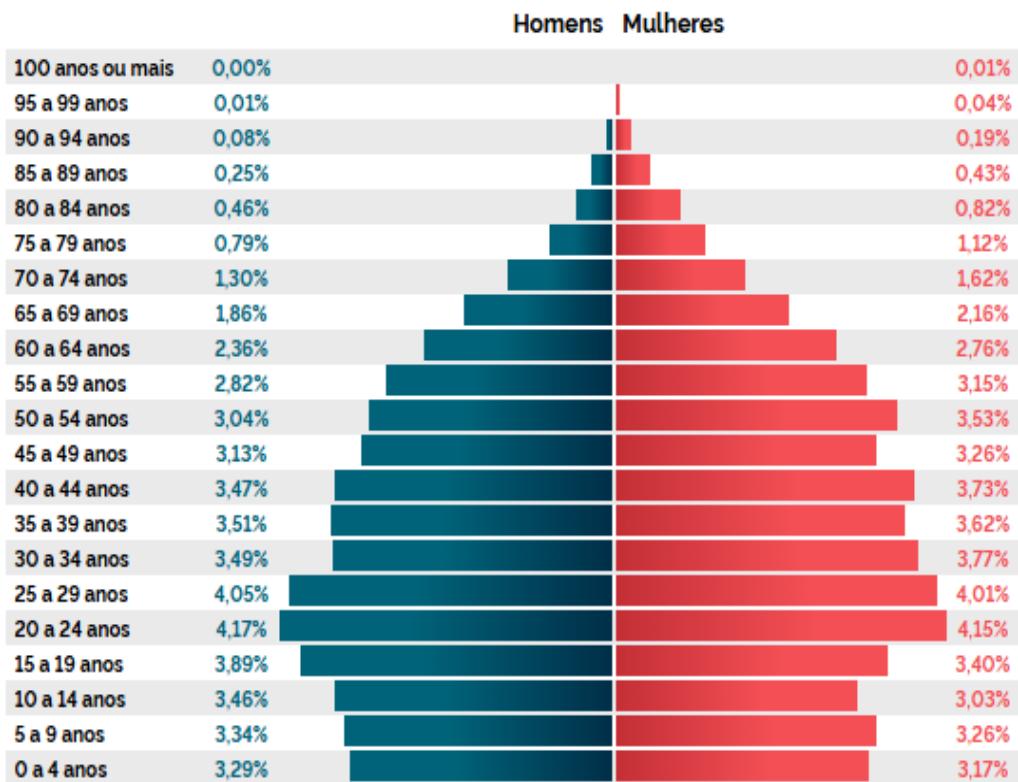
Comparando a estrutura etária da população através do gráfico de 2000 a 2022, verifica-se uma redução na taxa de natalidade, expansão da população adulta e idosa, seguindo a tendência estadual e nacional de inversão da pirâmide etária que vem se desenhando ao longo dos anos. Demonstrando a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde da população idosa e às condições crônicas de saúde.

Gráfico 1 - Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória, 2000



FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 2010

Gráfico 2 - Pirâmide Etária segundo sexo e faixa etária – União da Vitória, 2022



FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 2022

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 44,36% (24.409) dos habitantes, reafirmando a representação de pirâmide adulta conforme analisado acima.

Tabela 5 - Estimativa Populacional

Município	ESTIMATIVA POPULACIONAL SEGUNDO MUNICÍPIO POR IDADE E SEXO - 2024												População Total
	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 +		
União da Vitória	3.552	3.635	3.572	4.013	9.013	7.914	7.482	6.901	5.030	2.865	1.259		55.033

Fonte: IPARDES, 2025

2.6. TAXA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL

Tabela 6 - Taxa de Crescimento Populacional

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	0,36
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 (2022)

A população do município é de 55.033 habitantes, sendo 26.841 (48,77%) do sexo masculino e 28.192 (51,23%) do sexo feminino. E a estimativa da população total no município para o ano de 2024 foi de 56.397 habitantes.

Avaliando as taxas de crescimento populacional, comparando o período de 2010/2020 com 2020/2030, verifica-se que o ritmo de crescimento populacional está desacelerando. A população continua aumentando, porém em velocidade menor que na década de 2020.

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 RIPSA.

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 ou crescimento lento 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 é de 57,01%, com uma proporção de 11,2% de 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	57,01	75,2	11,2	40,29

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 melhorias 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, embora ainda abaixo de Porto União – SC, cidade vizinha que possui um IDHM de 0,786.

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

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

A principal ocupação da população do município de União da Vitória está relacionada com o comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas, seguido da indústria de transformação. Economia fortemente baseada no setor de serviços, onde o comércio é o principal empregador, indicando que grande parte da população trabalha em atividades ligadas a venda de produtos, atendimento ao público e prestação de serviços. Mostra uma economia dinâmica, voltada para o consumo local e regional. Presença significativa do setor de manutenção e reparação, voltada as oficinas, autopeças e serviços mecânicos, o que indica que o município funciona como polo de atendimento veicular, possivelmente pela posição geográfica e fluxo rodoviário da região, além da indústria de transformação como segunda base econômica, ligada a madeira, móveis, alimentos, têxtil e vestuário, reforçando o perfil de economia diversificada, com empregos de nível técnico e operacionais.

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 extractivas	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

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, do sexo

masculino e residem na área urbana do município.

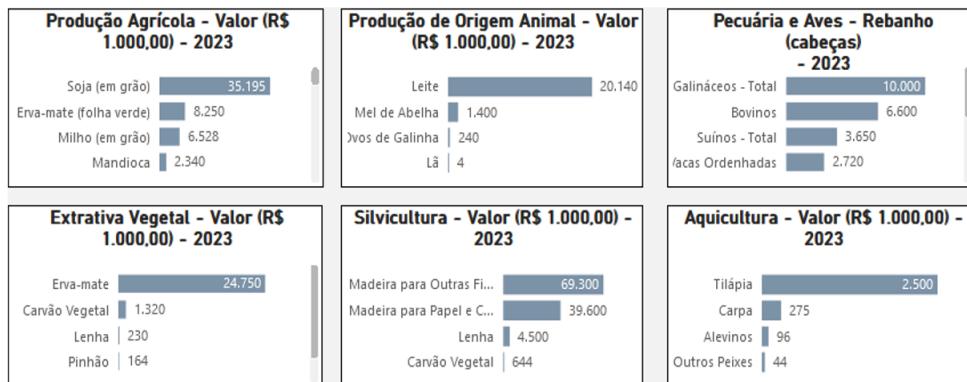
Tabela 10 - Organização Social população ativa

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

TIPO DE DOMICÍLIO			
INFORMAÇÕES	PIA (10 anos e mais)	PEA (10 anos e mais)	POPULAÇÃO OCUPADA
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. ATIVIDADE ECONÔMICA E AGROPECUÁRIA

Figura 5 – Economia agropecuária de União da Vitória



Fonte: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Informacoes-Municipais-e-Regionais>

A economia agropecuária de União da Vitória, no ano de 2023, apresentou expressiva contribuição para o desenvolvimento municipal, com destaque para os segmentos de produção agrícola, extrativismo vegetal, pecuária, silvicultura e aquicultura, conforme dados do IPARDES.

Na produção agrícola, a cultura da soja em grão liderou em valor de produção, alcançando R\$ 35.195,00, seguida da erva-mate (folha verde), com R\$ 8.250,00, do milho R\$ 6.528,00 e da mandioca R\$ 2.340,00. Esses dados refletem a predominância de culturas de exportação e subsistência no cenário rural local.

A produção de origem animal também se destacou, especialmente a produção de leite, com valor estimado de R\$ 20.140,00. A produção de ovos de galinha R\$ 1.400,00, mel de abelha R\$ 1.140,00 e lã R\$ 4.000,00 complementam o setor. Em relação ao rebanho, destacam-se os galináceos (10.000 cabeças), bovinos (6.600 cabeças), suínos (3.650 cabeças) e vacas ordenhadas (2.720 cabeças), evidenciando a diversidade da pecuária no município.

O extrativismo vegetal registrou maior valor na coleta da erva-mate, com R\$ 24.750.000,00, consolidando a importância histórica e econômica desse produto na região. Também foram contabilizados valores para carvão vegetal R\$ 1.320,00, lenha R\$ 230.000,00 e pinhão R\$ 164.000,00.

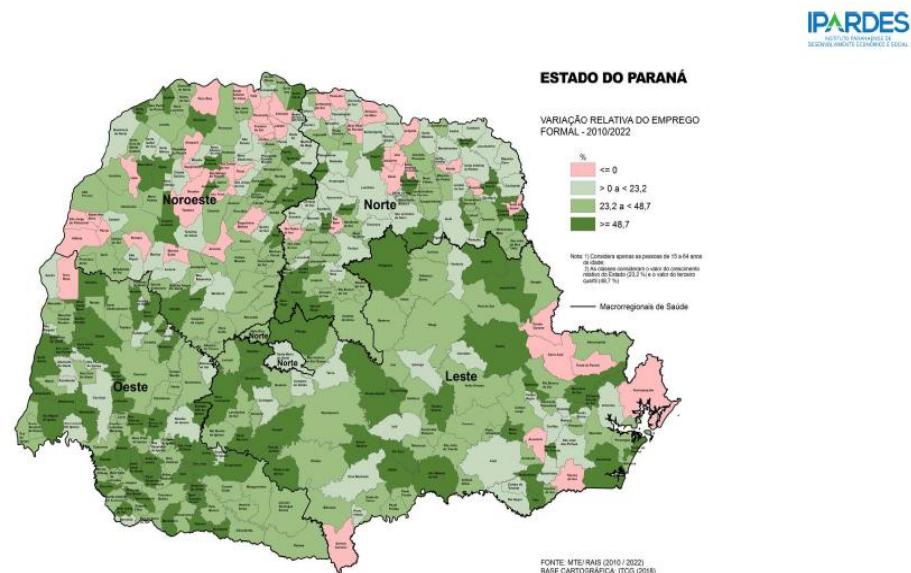
A silvicultura apresentou significativa expressão econômica, com destaque para a madeira destinada a outras finalidades R\$ 69.300,00 e para papel e celulose R\$ 39.600.000,00, além de madeira para lenha R\$ 4.500,00 e carvão vegetal R\$ 644.000,00, o que demonstra a relevância do setor florestal no contexto local.

Além disso, a aquicultura registrou como principal atividade a produção de tilápia, com R\$ 2.500,00. Seguem-se, em menor escala, a carpa R\$ 275.000,00, alevinos R\$ 96.000,00 e outros peixes R\$ 44.000,00, indicando uma atividade em expansão.

Esses dados revelam um panorama diversificado da economia primária do município, com forte dependência de atividades agroflorestais e potencial para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à sustentabilidade, segurança alimentar e geração de renda no campo.

3.4. TRABALHO E RENDIMENTO: EMPREGO FORMAL

Figura 6 - Análise da variação relativa do emprego formal no Estado do Paraná



A análise da variação relativa do emprego formal no Estado do Paraná, no período de 2010 a 2022, demonstra uma tendência heterogênea entre as regiões, conforme o mapa elaborado pelo IPARDES. A cartografia evidencia que áreas com tonalidade verde escura registraram crescimento mais expressivo, enquanto áreas em rosa indicam decréscimo ou baixo crescimento do emprego formal.

No recorte regional, União da Vitória encontra-se em uma zona marcada por crescimento moderado do emprego formal, com variação entre 23,2% e 44,7%, conforme legenda do mapa. Este desempenho sinaliza um avanço relevante na geração de postos de trabalho formais ao longo do período analisado, embora ainda não atinja os patamares de crescimento observados em regiões mais industrializadas ou metropolitanas do estado.

O crescimento do emprego formal em União da Vitória está relacionado à expansão

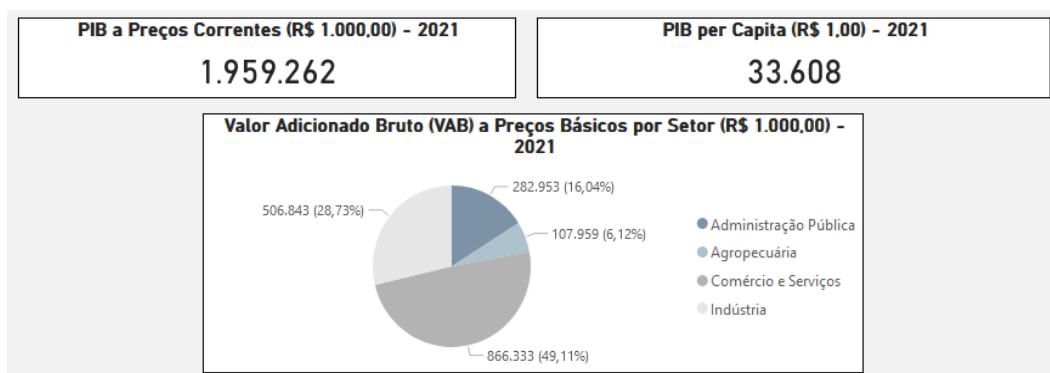
de setores como o comércio, serviços e, principalmente, a agroindústria, que tem impulsionado a contratação com carteira assinada. Além disso, políticas públicas de incentivo ao empreendedorismo e à formalização de micro e pequenas empresas contribuíram para esse cenário positivo.

Apesar do avanço, a região ainda enfrenta desafios no que diz respeito à qualidade dos postos de trabalho gerados, à informalidade residual e à concentração de oportunidades em áreas urbanas. Por esse motivo, torna-se imprescindível o fortalecimento de políticas intersetoriais voltadas à qualificação profissional, incentivo ao primeiro emprego e atração de investimentos, visando maior equidade no desenvolvimento econômico local.

Dessa forma, o monitoramento contínuo da evolução do emprego formal deve compor a base de planejamento de políticas públicas, inclusive na saúde, uma vez que o vínculo formal de trabalho tem impacto direto na cobertura de seguridade social e no acesso a serviços públicos de forma mais equitativa e segura.

3.5. PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPITA NOMINAL, PARANÁ - 2021

Figura 7 - Produto Interno Bruto (PIB) do Estado do Paraná



Conforme dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o Produto Interno Bruto (PIB) do Estado do Paraná, a preços correntes em 2021, foi de R\$ 1.959.262.000,00. O valor do PIB per capita no mesmo período atingiu R\$ 33.608,00, refletindo a média da geração de riqueza por habitante no estado.

A composição do Valor Adicionado Bruto (VAB) evidencia o predomínio do setor de comércio e serviços, responsável por R\$ 866.333.000,00, representando 49,11% da economia estadual. Esse dado demonstra a força do setor terciário na estrutura produtiva paranaense, sendo responsável pela maior parte da renda gerada e dos empregos formais.

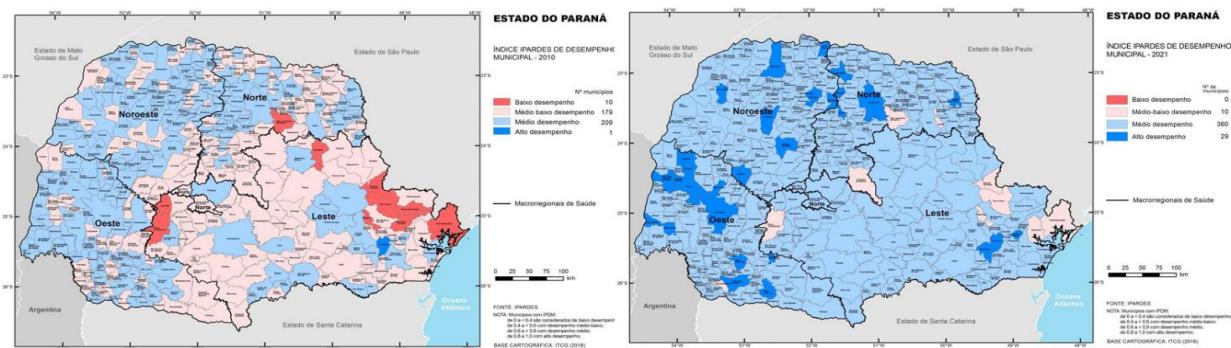
Na sequência, o setor industrial respondeu por R\$ 506.843.000,00 (28,73%), evidenciando o peso da atividade manufatureira e agroindustrial na economia do estado. A administração pública somou R\$ 282.953.000,00 (16,04%), revelando o papel importante do setor estatal na estrutura econômica, especialmente em regiões onde a presença do setor privado é menos expressiva.

A agropecuária, embora com menor participação percentual, contribuiu com R\$ 107.959.000,00 (6,12%), demonstrando a relevância da produção rural, principalmente no contexto da segurança alimentar e da balança comercial, dada a vocação agrícola do Paraná.

Estes dados confirmam a complexidade e diversidade da economia paranaense, e fornecem subsídios para a formulação de políticas públicas que considerem os diferentes perfis produtivos. No contexto municipal, é essencial alinhar as estratégias de desenvolvimento à vocação econômica local, visando à geração de emprego, aumento da arrecadação e fortalecimento das ações intersetoriais, incluindo aquelas voltadas à saúde.

3.6. TRABALHO E DESEMPENHO MUNICIPAL SEUNDO RENDA COMPARATIVO 2010 E 2022, PARANÁ

Figura 8 - análise comparativa entre os anos de 2010 e 2022 dos índices de desempenho municipal



A análise comparativa entre os anos de 2010 e 2022 dos índices de desempenho municipal, segundo rendimento nominal mensal, revela mudanças significativas na estrutura socioeconômica do Estado do Paraná. Os mapas disponibilizados pelo IPARDES demonstram uma melhora geral no desempenho da maioria dos municípios paranaenses, destacando-se a ampliação da faixa azul (alta renda) no mapa de 2022.

Em 2010, o território estadual apresentava ampla presença de municípios classificados como de baixo desempenho, em especial nas regiões Centro-Sul, Norte Pioneiro e parte do Oeste. No entanto, no ano de 2022, observa-se um avanço expressivo da classificação alta e

média-alta de rendimento nominal mensal, com redução visível das áreas em vermelho (baixo desempenho).

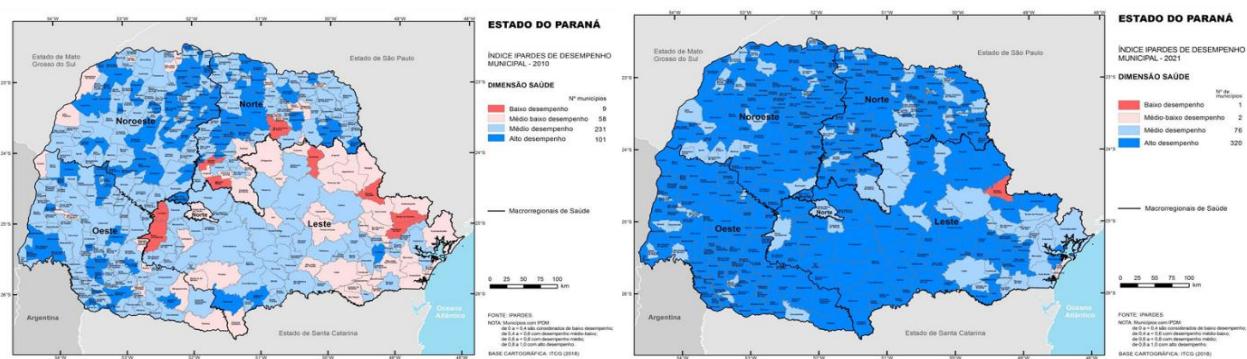
União da Vitória está incluída, no cenário de 2022, como município de desempenho intermediário a alto, indicando progressos na geração de renda da população local ao longo da década. Tal avanço pode estar associado a políticas públicas de fomento ao emprego, expansão do setor educacional, diversificação da economia e melhoria dos indicadores sociais.

A melhoria no rendimento da população reflete diretamente sobre os determinantes sociais da saúde, impactando positivamente na acessibilidade aos serviços de saúde, na qualidade da alimentação, na habitação, e na condição de vida em geral. Esse panorama reforça a necessidade de integração entre as ações de saúde e as políticas de desenvolvimento econômico local.

No planejamento em saúde, é essencial considerar tais dados para orientar a alocação de recursos, a definição de grupos vulneráveis e o planejamento de ações de promoção da equidade, especialmente em regiões que ainda permanecem com indicadores de baixo desempenho.

3.7. ÍNDICE DE DESEMPENHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Figura 9 - Análise do Índice de Desempenho Municipal da Saúde no Estado do Paraná



A análise do Índice de Desempenho Municipal da Saúde no Estado do Paraná, com base nos dados comparativos entre os anos de 2010 e 2021, evidencia avanços significativos nas condições de saúde dos municípios paranaenses. Em 2010, observava-se uma distribuição bastante heterogênea do desempenho da saúde no estado, com uma presença expressiva de municípios com baixo e médio-baixo desempenho. As regiões Centro-Sul, Sudoeste e Leste concentravam muitos municípios em situação crítica, demonstrando desigualdades estruturais

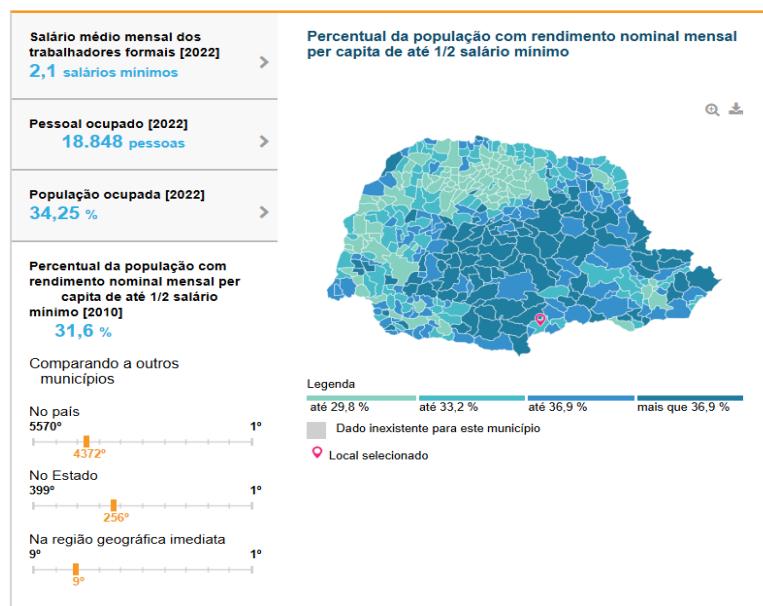
e fragilidades na oferta e na qualidade dos serviços de saúde. Havia ainda uma considerável quantidade de municípios em nível apenas intermediário, o que exigia estratégias amplas de fortalecimento da atenção básica, qualificação da rede de serviços e investimentos em infraestrutura e recursos humanos.

Já em 2021, a configuração do desempenho em saúde mudou drasticamente. Houve uma nítida ampliação dos municípios classificados com alto desempenho, que passaram a compor a maioria no estado. Apenas um município foi classificado com desempenho baixo e outros dois com desempenho médio-baixo, demonstrando que as políticas públicas de saúde implementadas ao longo da última década contribuíram de forma efetiva para a melhoria dos indicadores de saúde. Esse avanço está diretamente relacionado à expansão da Estratégia Saúde da Família, ao fortalecimento das ações da atenção primária e ao aumento do acesso a serviços essenciais, como consultas, exames, vacinação e medicamentos.

O caso de União da Vitória é um exemplo representativo dessa evolução. O município, que em 2010 apresentava desempenho intermediário, passou a integrar o grupo de alto desempenho em 2021. Isso demonstra que os investimentos realizados na saúde local surtiram efeitos positivos e devem ser mantidos e aprimorados nos próximos anos.

3.8. TRABALHO E RENDIMENTO

Figura 10 - indicadores econômicos relevantes para a compreensão do perfil social



FONTE: IBGE

Os dados mais recentes do IBGE (2022) mostram que o município de União da Vitória apresenta indicadores econômicos relevantes para a compreensão do perfil social e suas implicações na saúde da população. O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,1 salários mínimos, o que aponta para uma remuneração intermediária quando observado grande parte dos municípios brasileiros. O município conta com um total de 18.848 pessoas ocupadas, representando 34,25% da população, dado que sugere boa inserção no mercado formal de trabalho, embora ainda haja margem para avanços, principalmente no enfrentamento da informalidade.

No entanto, um dado que merece atenção é que 31,6% da população ainda vive com rendimento nominal mensal per capita inferior a meio salário mínimo, o que configura um importante indicador de vulnerabilidade social. União da Vitória encontra-se na posição 256º em relação aos 399 municípios quanto ao percentual da população com renda inferior a meio salário mínimo, evidenciando um quadro socioeconômico que exige políticas públicas voltadas para redução da pobreza e promoção de inclusão social.

Esses dados evidenciam uma realidade social mista: embora exista uma parcela expressiva da população com bons níveis de renda e emprego formal, cerca de um terço ainda vive em condições que demandam atenção especial das políticas públicas. Na saúde, esse cenário tem implicações diretas. A menor vulnerabilidade econômica em grande parte da população favorece o acesso a serviços, maior adesão a programas de prevenção e promoção da saúde, bem como menor pressão sobre os atendimentos de urgência e emergência. Ainda assim, é imprescindível manter o foco na população de menor renda, promovendo ações que garantam equidade e acesso universal aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, o município de União da Vitória para o quadriênio 2026–2029 deve priorizar estratégias de fortalecimento da atenção primária à saúde, com foco nas regiões de maior vulnerabilidade social. Recomenda-se a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), ações intersetoriais com a assistência social e educação, além da garantia de acesso a medicamentos, exames e programas de promoção da saúde, assegurando que toda a população, independentemente de sua condição econômica, tenha acesso digno e de qualidade aos serviços de saúde.

3.9. CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO: ÁGUA,ESGOTO,LIXO E REDE ELÉTRICA 2010 E 2022

Com base nos dados do Censo Demográfico 2022 e do IPARDES, observa-se que o município de União da Vitória apresentou avanços significativos em relação à infraestrutura básica dos domicílios nos últimos doze anos. Em 2010, havia 16.388 domicílios particulares permanentes registrados, número que cresceu para 19.982 em 2022. Este crescimento representa um aumento de aproximadamente 21,9% no número total de domicílios, o que pode ser atribuído ao desenvolvimento urbano, ao crescimento populacional e à ampliação de áreas habitadas no município.

Quanto ao abastecimento de água, em 2022, 19.959 domicílios possuem água canalizada, o que representa aproximadamente 99,88% dos domicílios registrados no município. Considerando a população total de União da Vitória de 55.033 habitantes, estima-se que cerca de 36.710 pessoas tenham acesso direto à água tratada nos domicílios. Esse número corresponde a aproximadamente 66,7% da população total. No entanto, é importante destacar que esse dado não distingue diretamente entre áreas urbanas e rurais. Ainda assim, os dados do IBGE apontam que a cobertura urbana com rede de abastecimento é praticamente universal, enquanto as áreas rurais concentram a pequena parcela da população ainda fora do alcance direto do sistema de abastecimento por rede pública.

Em relação ao esgotamento sanitário, 19.982 domicílios contam com banheiro e/ou instalações sanitárias adequadas, o que representa 100% dos domicílios permanentes, segundo os dados de 2022. Ainda que a informação não detalhe se o esgoto é tratado ou lançado de forma inadequada, a universalização da presença de banheiros representa um importante indicador de dignidade habitacional e de prevenção de doenças de veiculação hídrica. Assumindo uma média semelhante de ocupação, cerca de 36.710 habitantes estariam vivendo em domicílios com esgotamento sanitário, o que equivale também a 66,7% da população municipal com esse acesso direto. Cabe destacar, entretanto, que o dado de 100% se refere à presença de banheiro no domicílio, e não necessariamente à conexão com rede de esgoto tratada — elemento que ainda exige maior detalhamento técnico para ser afirmado com precisão.

Quanto à coleta de lixo, 19.399 domicílios têm destino do lixo classificado como “coletado”, o que representa 97,1% do total de domicílios. Esse dado reforça o avanço das políticas públicas de saneamento e urbanização no município, demonstrando uma ampla cobertura dos serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos. Já em relação à energia

elétrica, o salto de 16.256 domicílios em 2010 para 25.357 em 2022 indica não apenas crescimento no número de residências, mas também melhorias no acesso a serviços essenciais, sendo este um dos direitos básicos fundamentais assegurados à população.

Em síntese, os dados revelam uma importante evolução no acesso a serviços essenciais em União da Vitória entre 2010 e 2022, com destaque para a quase universalização do abastecimento de água, da presença de instalações sanitárias e do serviço de coleta de lixo. Apesar dos avanços, o plano municipal de saúde deve continuar atento às populações da zona rural ou em áreas de expansão urbana, onde ainda pode haver carência na efetiva qualidade dos serviços ofertados, sobretudo em relação ao esgotamento tratado e ao abastecimento de água com segurança. Estes fatores são diretamente determinantes para a saúde pública, pois impactam diretamente a incidência de doenças infecciosas, a saúde infantil, a nutrição e o bem-estar da população.

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

CARACTERÍSTICAS	Nº DE DOMICÍLIOS	
	2010	2022
Número de domicílios particulares permanentes	16.388	19.982
Abastecimento de água (Água canalizada)	16.212	19.959
Esgotamento sanitário (Banheiro ou sanitário)	16.273	19.982
Destino do lixo (Coletado)	15.373	19.399
Energia elétrica	16.256	25.357

FONTE: IBGE 2022 - Censo Demográfico - Dados da amostra

3.10. ESCOLA: TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO E TAXA DE ANALFABETISMO 2022

A análise dos dados educacionais do município de União da Vitória, conforme os indicadores do Censo Demográfico e do IBGE 2022, revela um cenário positivo em relação ao acesso à educação, mas que ainda exige atenção quanto à qualidade do ensino e à erradicação do analfabetismo entre os adultos. A taxa de escolarização da população entre 6 e 14 anos é de 98,2%, um valor elevado que coloca o município em posição de destaque nacional e estadual — 1º lugar entre os 399 municípios do Paraná. Esse índice indica que praticamente todas as crianças em idade escolar obrigatória estão matriculadas e frequentando a escola, o que

representa um fator essencial para o desenvolvimento humano, a redução das desigualdades sociais e a melhoria de longo prazo nos indicadores de saúde, uma vez que maior escolaridade está diretamente relacionada ao melhor cuidado com a saúde, à maior adesão a campanhas preventivas e à melhor compreensão sobre hábitos saudáveis.

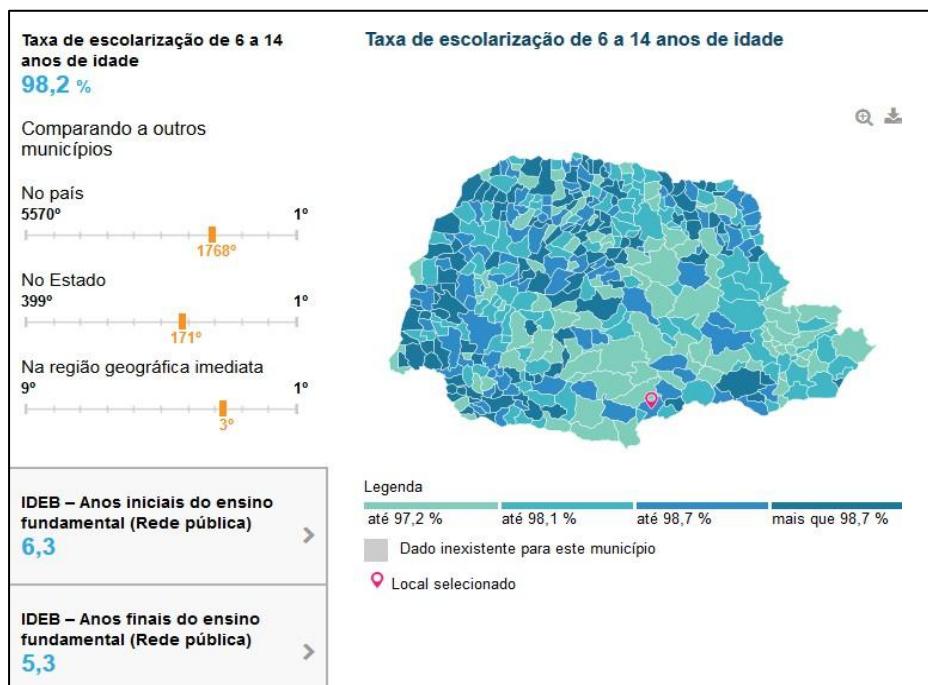
O desempenho educacional medido pelo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) também oferece dados relevantes. União da Vitória apresentou IDEB de 6,3 nos anos iniciais do ensino fundamental e 5,3 nos anos finais, ambos dentro da rede pública. Os anos iniciais mostram um desempenho acima da média nacional e em consonância com as metas projetadas pelo Ministério da Educação. Já os anos finais apresentam um leve recuo, o que evidencia a necessidade de investimentos mais estruturantes na transição do ensino fundamental, com foco em qualidade do ensino, formação de professores e estratégias pedagógicas que evitem a evasão e o desinteresse estudantil. No que diz respeito ao analfabetismo, os dados segmentados por faixa etária revelam desigualdades importantes entre gerações. A taxa geral de analfabetismo da população com 15 anos ou mais era de 4,04% em 2010 e caiu para 2,61% em 2022, representando um avanço significativo. As faixas mais jovens, como as de 15 a 24 anos, apresentaram taxas de apenas 0,64%, o que confirma o impacto positivo das políticas de escolarização dos últimos anos. Por outro lado, os grupos com 50 anos ou mais apresentaram as maiores taxas de analfabetismo: 3,47% entre 50 e 59 anos e 9,72% na faixa de 60 anos ou mais. Esses dados demonstram que o problema do analfabetismo em União da Vitória está concentrado nas gerações mais velhas, que cresceram em contextos de menor acesso à educação básica.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde de União da Vitória 2026–2029 deve considerar os indicadores educacionais como parte do diagnóstico dos determinantes sociais da saúde. A quase universalização da escolarização infantil é um ponto forte que precisa ser mantido e fortalecido, enquanto a diferença entre o IDEB dos anos iniciais e finais exige ações intersetoriais entre saúde, educação e assistência social para garantir que crianças e adolescentes permaneçam na escola com aprendizado de qualidade. Além disso, é importante retomar políticas de alfabetização de adultos e idosos, considerando que a baixa escolaridade nessa parcela da população está relacionada à menor adesão a tratamentos, menor compreensão de orientações médicas e maior vulnerabilidade às doenças crônicas e infecciosas. A saúde e a educação são áreas que se complementam e, quando bem integradas, geram ganhos significativos em todas as etapas da vida da população.

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 11 - Taxa de escolarização em União da Vitória



3.11. HABITAÇÃO

O município de União da Vitória apresenta, nos últimos anos, um cenário habitacional relativamente consolidado nas áreas urbanas, com a predominância de domicílios permanentes construídos em alvenaria e com acesso a serviços básicos como água, esgoto e energia elétrica. Os dados do Censo 2022 indicam que 99,8% dos domicílios contam com abastecimento de

água canalizada e 100% possuem banheiro ou instalação sanitária, o que demonstra uma boa cobertura da infraestrutura urbana básica.

No entanto, ainda existem áreas que demandam atenção social e urbanística, especialmente nas margens dos rios e em áreas de risco sujeitas a enchentes e deslizamentos, historicamente impactadas por eventos climáticos. União da Vitória possui histórico de enchentes cíclicas que impactam diretamente a população residente em áreas ribeirinhas, gerando demandas por reassentamento, regularização fundiária e políticas de habitação social.

A presença de comunidades com vulnerabilidade habitacional, como ocupações irregulares, residências precárias ou em áreas ambientalmente sensíveis, exige uma atuação integrada entre as Secretarias de Saúde, Assistência Social e Urbanismo, garantindo acesso à moradia digna, saneamento e saúde. A ausência de favelas organizadas em grandes proporções no município não exclui a necessidade de ações voltadas ao enfrentamento da pobreza urbana, especialmente com foco na prevenção de doenças infecciosas, segurança alimentar e vigilância ambiental.

3.12. MEIO AMBIENTE – UNIÃO DA VITÓRIA

União da Vitória se destaca pela sua diversidade ambiental e localização estratégica às margens do rio Iguaçu, o que garante ao município um rico ecossistema, mas também o torna vulnerável a desastres naturais como enchentes, inundações e impactos de uso indevido do solo. O uso de defensivos agrícolas e a expansão urbana desordenada têm contribuído para a degradação de áreas naturais, assoreamento de rios e comprometimento da qualidade da água, especialmente nas regiões de divisa com áreas rurais e zonas de produção agropecuária.

A atuação do município na área ambiental envolve ações voltadas à preservação das matas ciliares, educação ambiental nas escolas e controle do uso de agrotóxicos, mas ainda enfrenta desafios na fiscalização e no equilíbrio entre desenvolvimento econômico e preservação ambiental. A coleta de lixo, presente em 97,1% dos domicílios, contribui positivamente para a saúde ambiental, mas a destinação final dos resíduos sólidos e o controle de lixões irregulares devem ser monitorados e regulamentados com maior rigor.

O município também possui áreas de preservação permanente e projetos voltados à recuperação ambiental, embora ainda não estejam plenamente integrados às políticas públicas de saúde. A vulnerabilidade ambiental é um fator de risco importante para doenças respiratórias, doenças transmitidas por vetores e agravamento de condições crônicas,

especialmente em populações mais pobres. Por isso, é essencial considerar o meio ambiente como um determinante social da saúde, fortalecendo ações intersetoriais com as áreas de meio ambiente, agricultura e educação, além de incluir medidas de vigilância ambiental e enfrentamento dos efeitos das mudanças climáticas.

Tabela 13 - Número de domicílios recenseados segundo tipo de domicílio - 2022

Número de domicílios recenseados segundo tipo de domicílio - 2022	
INFORMAÇÃO	2022
Domicílios Particulares Permanentes Ocupados - Casa	17.201
Domicílios Particulares Permanentes Ocupados - Casa de Vila ou em Condomínio	98
Domicílios Particulares Permanentes Ocupados - Apartamento	2.659
Domicílios Particulares Permanentes Ocupados - Habitação em Casa de Cômodos ou Cortiço	19
Domicílios Particulares Permanentes Ocupados - Habitação Indígenas sem Paredes ou Maloca	-
Domicílios Particulares Permanentes Ocupados - Estrutura Residencial Permanente Degrada ou Inacabada	5

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da sinopse

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O município de União da Vitória apresenta um perfil epidemiológico com características diversas, refletindo tanto avanços em determinadas áreas da saúde quanto desafios persistentes que demandam atenção contínua. De modo geral, observa-se tendência de estabilidade ou redução nos principais indicadores de mortalidade. Em alguns períodos, contudo, as taxas superam referências regionais ou metas, indicando necessidade de aprimoramento contínuo da assistência materno-infantil.

No campo da imunização, o município demonstrou capacidade de recuperação da cobertura vacinal após períodos de queda, especialmente os observados durante a pandemia de COVID-19, alcançando níveis satisfatórios para a maioria dos imunobiológicos nos anos mais recentes. Contudo, vacinas específicas, como a da febre amarela, ainda podem apresentar coberturas abaixo do ideal, exigindo monitoramento e estratégias direcionadas.

Em relação às doenças transmissíveis, o cenário é misto. Enquanto a tuberculose e a hanseníase apresentam tendência de redução ou baixa endemicidade, respectivamente, a sífilis, especialmente em sua forma adquirida, surge como um desafio crescente, com aumento expressivo de casos. A sífilis em gestantes também requer atenção para evitar a transmissão vertical, embora a sífilis congênita tenha apresentado redução após picos anteriores. Quanto ao HIV/aids, observa-se uma estabilidade com picos e quedas, mas com um dado positivo de ausência de transmissão vertical em menores de cinco anos nos períodos analisados.

As notificações de violência apresentam um comportamento oscilante, com períodos de queda seguidos por aumentos expressivos, como o observado em 2022, possivelmente influenciado pelo contexto pós-pandêmico e pela dinâmica da subnotificação. A gravidez na adolescência, por sua vez, demonstrou uma importante tendência de redução ao longo dos últimos anos, alcançando patamares mais baixos recentemente, o que representa um avanço significativo para a saúde pública local.

Este panorama geral indica que União da Vitória tem obtido progressos em indicadores importantes, mas enfrenta desafios contínuos no controle de algumas doenças transmissíveis e na abordagem de questões complexas como a violência. A vigilância epidemiológica constante e o fortalecimento das ações de prevenção e controle são fundamentais para a melhoria contínua da saúde da população.

4.1. NATALIDADE

A natalidade é um indicador demográfico que se refere ao número de nascimentos vivos ocorridos em uma população durante um determinado período, geralmente expresso por mil habitantes. É um componente fundamental da dinâmica populacional influenciando diretamente o crescimento ou declínio da população de uma região. A natalidade não se restringe ao número de nascimentos, é um indicador associado a qualidade de vida, ao acesso aos serviços de saúde, ao planejamento reprodutivo e às condições socioeconômicas.

Percebe-se que, em União da Vitória, a natalidade está com tendência de declínio, seguindo o padrão observado 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 e masculina; 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

Tabela 14 - Série Histórica de Nascidos Vivos – 2016 a 2024

	Número de Nascidos Vivos								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
União da Vitória	758	842	816	848	782	766	751	683	677

Fonte: SINASC 04/2025

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, observa-se observando a série histórica, nota-se redução no número de nascimentos, com oscilações entre 2016 e 2019 e diminuição a partir de 2020. De 2020 a 2024 houve uma redução de 13,43% do número total de nascidos vivos.

4.3. PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA 2024

Tabela 15 - Gravidez na Adolescência

PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 19 ANOS									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
União da Vitória	16,04	17,95	16,91	14,99	16,99	13,19	13,18	9,08	9,67

A gravidez na adolescência (definida aqui como a ocorrência em jovens de 10 a 19 anos) é um fenômeno complexo com importantes implicações sociais e de saúde pública. Ela está associada a maiores riscos de complicações na gestação e no parto, tanto para a mãe quanto para o bebê, além de frequentemente impactar a trajetória educacional, profissional e social das jovens mães. A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes em relação ao total de nascidos vivos é indicador-chave para monitorar a efetividade das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva. 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 da vida, além de disponibilizar, de forma gratuita, métodos contraceptivos.

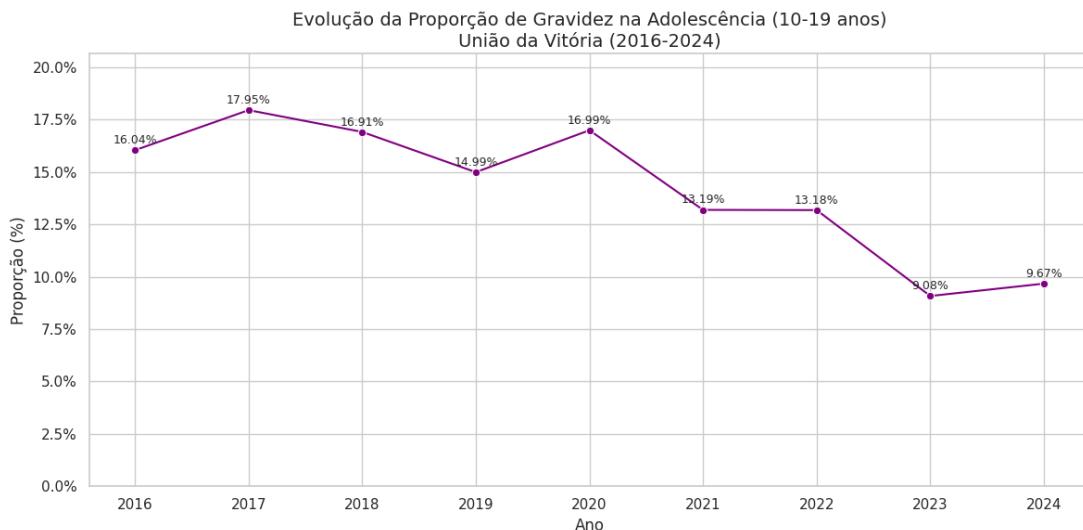
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação nesta fase é uma condição que eleva a prevalência de complicações para a mãe, para o feto e para o recém-nascido, além de agravar problemas socioeconômicos já existentes.

No período de 2016 a 2024 (9 anos), a proporção média de gravidez na adolescência em União da Vitória foi de 14,22%. A série histórica apresentou flutuações, com a proporção máxima de 17,95% registrada em 2017 e a proporção mínima de 9,08% observada em 2023.

No início do período, em 2016, a proporção era de 16,04%. Ao final da série, em 2024, a proporção foi de 9,67%. Comparando o início e o fim do período, houve uma redução absoluta de 6,37 pontos percentuais, o que representa uma redução percentual de 39,7%.

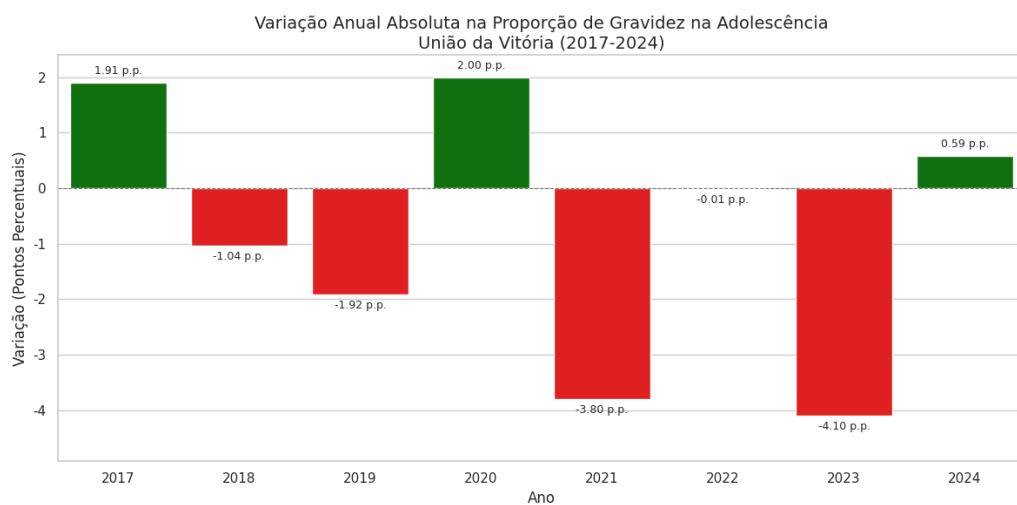
A evolução anual da proporção de gravidez na adolescência pode ser visualizada no gráfico de linha abaixo:

Gráfico 3 - Proporção de gravidez na adolescência



O gráfico de barras abaixo ilustra a variação absoluta anual, destacando a queda acentuada ocorrida entre 2022 e 2023, bem como a oscilação nos anos anteriores.

Gráfico 4 – Variação anual na proporção de gravidez na adolescência



A análise da proporção de gravidez na adolescência em União da Vitória entre 2016 e 2024 revela uma tendência geral de redução significativa. A queda de quase 40% no indicador ao longo dos nove anos, saindo de 16,04% para 9,67%, é um resultado positivo e expressivo.

A trajetória, no entanto, não foi linear. Apesar de um pico em 2017 (17,95%), houve quedas em 2018 e 2019, seguidas por um novo aumento em 2020 (16,99%), que pode ter sido influenciado por fatores relacionados ao início da pandemia de COVID-19 (como dificuldades no acesso a métodos contraceptivos ou alterações no comportamento sexual). A partir de 2021,

a tendência de queda se intensificou, com reduções importantes em 2021 (-3,80 p.p.) e, principalmente, em 2023 (-4,10 p.p.), levando o indicador ao seu menor nível histórico (9,08%). A leve alta observada em 2024 (+0,59 p.p.) interrompe a sequência de quedas, mas mantém a proporção abaixo de 10%.

Apesar da tendência positiva de redução, a proporção de quase 10% de nascidos vivos de mães adolescentes em 2024 ainda representa um desafio para a saúde pública e para o desenvolvimento social do município. A gravidez na adolescência continua sendo um fator de vulnerabilidade que demanda atenção contínua.

Recomenda-se o monitoramento contínuo do indicador para confirmar a sustentabilidade da redução.

Manutenção e ampliação das políticas de educação sexual e reprodutiva para adolescentes, garantindo acesso facilitado a informações e métodos contraceptivos.

Fortalecimento da rede de apoio psicossocial às adolescentes grávidas e mães, visando minimizar os impactos negativos na saúde e na trajetória de vida.

4.4. PROPORÇÃO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Tabela 16 - Consultas de pré-natal

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, 2019 - 2024, UNIÃO DA VITÓRIA - PR											
Ano do nascimento	Nenhuma	%	1 - 3 vezes	%	4 - 6 vezes	%	7 e +	%	Não informado	Ignorado	Total
2019	9,0	1,1	12,0	1,4	99,0	11,7	728,0	85,8	0,0	0,0	848,0
2020	5,0	0,6	15,0	1,9	69,0	8,8	693,0	88,6	0,0	0,0	782,0
2021	5,0	0,7	12,0	1,6	59,0	7,7	690,0	90,1	0,0	0,0	766,0
2022	2,0	0,3	12,0	1,6	55,0	7,3	682,0	90,8	0,0	0,0	751,0
2023	7,0	1,0	9,0	1,3	45,0	6,6	621,0	90,9	0,0	0,0	683,0
2024	7,0	1,0	5,0	0,7	38,0	5,6	627,0	92,6	0,0	0,0	677,0
Total	35,0	0,8	65,0	1,4	365,0	8,1	4041,0	89,7	0,0	0,0	4507,0

Fonte: SINASC/PR, consulta em 31/03/2025

Os dados indicam uma evolução positiva na assistência pré-natal em União da Vitória, evidenciando o comprometimento da rede municipal com a saúde materno-infantil. Observa-se aumento progressivo da proporção de gestantes que realizam o número adequado de consultas, mesmo diante da redução no número total de nascimentos. A cobertura de sete ou mais consultas, considerada ideal pelo Ministério da Saúde, manteve-se acima de 85% em todos os anos analisados, alcançando 92,6% em 2024. Esse resultado reflete a consolidação das ações de acompanhamento pré-natal e o fortalecimento da atenção primária no município.

Entre 2019 e 2024, a proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas passou de 85,8% para 92,6%, representando um avanço expressivo na cobertura e na qualidade da assistência. Paralelamente, verificou-se uma redução gradativa no número de nascimentos, que passou de 848 em 2019 para 677 em 2024, o que corresponde a uma diminuição de aproximadamente 20,2%. Apesar dessa queda no número absoluto de partos, o acompanhamento pré-natal tornou-se mais efetivo, com maior adesão das gestantes às consultas recomendadas.

A proporção de gestantes com número inadequado de consultas (menos de sete) apresentou redução significativa, caindo de 14,2% em 2019 para 7,3% em 2024. Esse resultado demonstra avanços importantes nas estratégias de captação precoce de gestantes e na ampliação do vínculo com as equipes da Estratégia Saúde da Família. Destaca-se também a expressiva diminuição do número de gestantes sem nenhuma consulta pré-natal, que passou de 9 casos (1,1%) em 2019 para 7 (1,0%) em 2024, alcançando seu melhor resultado em 2022, quando apenas duas gestantes não realizaram acompanhamento.

Ao analisar a distribuição por faixas de consultas, observa-se redução em todas as categorias de acompanhamento insuficiente. As gestantes que realizaram de quatro a seis consultas reduziram de 11,7% em 2019 para 5,6% em 2024, enquanto aquelas que tiveram entre uma e três consultas caíram de 1,4% para 0,7% no mesmo período. Essa tendência indica melhoria consistente na adesão ao pré-natal completo e na efetividade do acompanhamento pelas equipes de atenção primária. A proporção de gestantes sem consultas manteve-se estável em torno de 1% do total, evidenciando que os casos de ausência de acompanhamento são pontuais e objeto de monitoramento constante pelos serviços de saúde.

A qualidade das informações registradas também merece destaque. Durante todo o período analisado, não foram identificados dados não informados, o que demonstra eficiência no registro e na consolidação das informações pelos sistemas de informação do município. Apenas um caso (0,02% do total) foi classificado como “ignorado”, o que reforça a consistência e a confiabilidade dos dados utilizados para o planejamento em saúde.

De forma geral, os resultados evidenciam avanços importantes na assistência pré-natal em União da Vitória, tanto em termos de cobertura quanto de qualidade das informações. Esses progressos refletem o compromisso das equipes de saúde com o cuidado integral à gestante, a efetividade das estratégias de busca ativa e a consolidação da atenção primária como eixo estruturante da rede de atenção materno-infantil no município.

4.5. MORTALIDADE

Tabela 17 - Principais causas de óbito por capítulo cid-10 em relação ao total de óbitos 2020- 2025

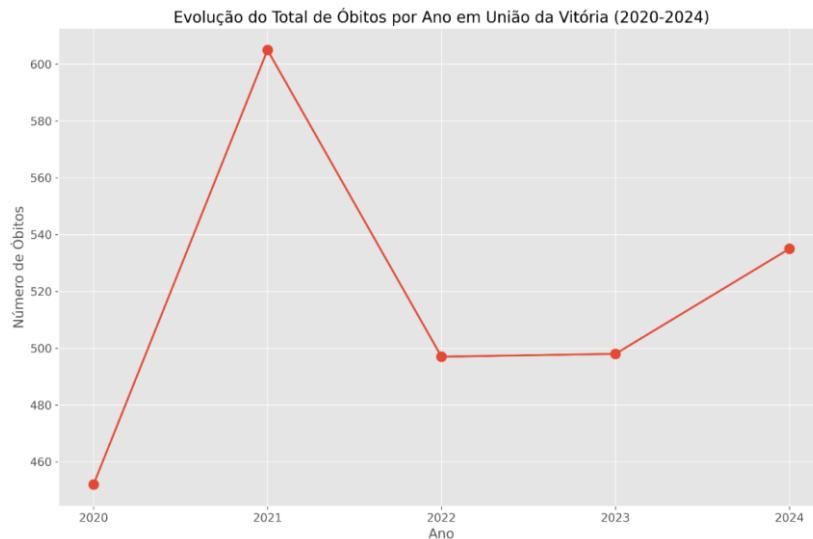
SÉRIE HISTÓRICA MAORTALIDADE GERAL SEGUNDO CAPÍTULO CID -10 - UNIÃO DA VITÓRIA, 2025							
Causa (Cap CID10)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	28	154	28	26	18	1	255
II. Neoplasias (tumores)	66	909	89	109	104	7	465
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	4	3	2	4	0	15
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	33	40	24	31	40	0	168
V. Transtornos mentais e comportamentais	10	12	15	11	8	1	57
VI. Doenças do sistema nervoso	26	25	18	26	39	0	134
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0
VIII. Doenças de ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	117	110	128	129	135	3	622
X. Doenças do aparelho respiratório	57	53	81	49	70	1	311
XI. Doenças do aparelho digestivo	26	33	23	27	25	1	135
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	1	0	3	0	5
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	2	2	2	1	4	0	11
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	15	9	12	13	1	56
XV. Gravidez parto e puerpério	0	2	0	0	0	0	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	7	11	10	5	9	0	42
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	2	4	3	2	0	17
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	7	4	4	7	19	49
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	58	44	58	63	54	1	278
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0
Total	452	605	497	498	535	35	2622

Fonte: TABNET, consulta 26/02/2025

A análise epidemiológica da mortalidade é fundamental para o planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde, permitindo identificar as principais causas de óbito, suas tendências temporais e os grupos mais vulneráveis.

O período analisado (2020-2025) é particularmente relevante por incluir os anos da pandemia de COVID-19, possibilitando observar seu impacto no perfil de mortalidade da população local, bem como a evolução das demais causas de óbito ao longo desses anos. É importante ressaltar que os dados de 2025 são parciais, contemplando apenas os primeiros meses do ano, o que explica o número reduzido de óbitos nesse período.

Gráfico 5 - Distribuição anual dos óbitos em União da Vitória (2020-2025)



Fonte: TABNET, consulta 26/02/2025

No período analisado (2020-2025), foram registrados 2.622 óbitos em União da Vitória. A distribuição anual dos óbitos apresentou variações significativas, com um pico em 2021 (605 óbitos), possivelmente relacionado à pandemia de COVID-19, seguido por uma estabilização em torno de 500 óbitos nos anos subsequentes.

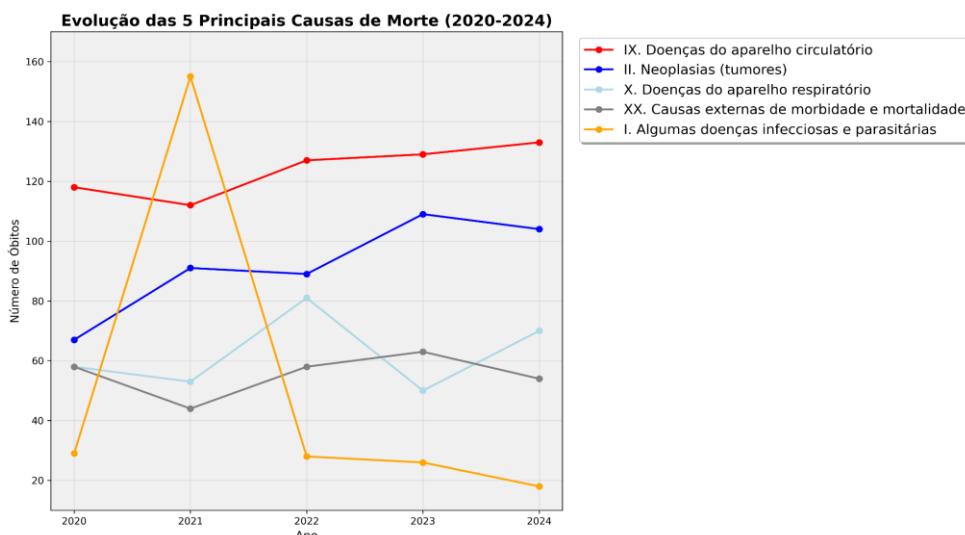
As cinco principais causas de morte no município de União da Vitória, conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) extraídos do TABNET/DATASUS, representaram 73,64% de todos os óbitos no período de 2020 a 2024, demonstrando sua relevância epidemiológica e a necessidade de atenção prioritária no planejamento das políticas públicas de saúde.

A análise da evolução temporal revela os seguintes padrões:

1. Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo IX - CID-10): 622 óbitos (23,72% do total), permanecem como a principal causa de mortalidade em todo o período analisado, com tendência de crescimento moderado, reforçando a importância do fortalecimento das ações de prevenção e controle de doenças cardiovasculares, com ênfase em hipertensão, diabetes e fatores de risco modificáveis como tabagismo, sedentarismo e obesidade.
2. Neoplasias (Capítulo II): 465 óbitos (17,73% do total) Ocupam o segundo lugar em número de óbitos, com pequena oscilação entre os anos, mas com tendência de aumento em 2024. Esse padrão indica a necessidade de ampliação da cobertura dos programas de rastreamento, diagnóstico precoce e acesso oportuno ao tratamento oncológico.

3. Doenças do Aparelho Respiratório (Capítulo X): 311 óbitos (11,86% do total), apresentaram elevação significativa em 2021, possivelmente relacionada à pandemia de COVID-19, com posterior redução, mas mantendo-se como uma das causas relevantes. A vigilância contínua das doenças respiratórias e a reestruturação da linha de cuidado para doenças pulmonares crônicas são essenciais.
4. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (Capítulo XX): 278 óbitos (10,60% do total), incluem acidentes e violências, com aumento progressivo entre 2021 e 2024, destacando-se como uma preocupação crescente. Essa tendência exige articulação intersetorial com políticas de segurança pública, trânsito e prevenção da violência.
5. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (Capítulo I): 255 óbitos (9,73% do total), tiveram pico expressivo em 2021, reflexo direto do impacto da pandemia de COVID-19, com acentuada queda nos anos subsequentes. Isso demonstra a influência de eventos epidêmicos na carga de mortalidade e a importância de um sistema de vigilância epidemiológica robusto.

Gráfico 6 - Evolução das 5 principais causas de morte (2020-2024)



Fonte: TABNET, consulta 26/02/2025

A análise da mortalidade no município de União da Vitória no período de 2020 a 2024 evidencia a predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como principais causas de óbito, refletindo o estágio avançado da transição epidemiológica na região. Conforme dados extraídos do TABNET (consulta realizada em 26 de fevereiro de 2025), as cinco principais causas de morte — doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas de morbidade e mortalidade e algumas

doenças infecciosas e parasitárias — concentraram, juntas, 73,64% do total de óbitos registrados no período, evidenciando sua importância epidemiológica para o planejamento em saúde.

As doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID-10) mantiveram-se como a principal causa de óbito em quase todos os anos analisados, com exceção de 2021, quando foram superadas pelas doenças infecciosas. Observou-se um crescimento do número absoluto de óbitos por essa causa, passando de 117 em 2020 para 135 em 2024 — um aumento de 15,38%. Em termos proporcionais, as mortes por doenças circulatórias permaneceram elevadas ao longo dos anos, representando 25,88% dos óbitos em 2020, 18,18% em 2021, 25,75% em 2022, 25,90% em 2023 e 25,23% em 2024. Este padrão reforça a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção e controle de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade, bem como da ampliação da atenção primária à saúde.

As neoplasias (Capítulo II) apresentaram crescimento significativo no período, com aumento de 57,58% no número de óbitos — de 66 em 2020 para 104 em 2024. Em proporção, representaram 14,60% das mortes em 2020 e 19,44% em 2024, tendo alcançado 21,89% em 2023. Esse crescimento pode refletir tanto o envelhecimento populacional quanto desafios relacionados ao diagnóstico precoce e acesso ao tratamento oncológico, agravados pelas restrições impostas pela pandemia da COVID-19.

As doenças do aparelho respiratório (Capítulo X) apresentaram flutuações relevantes, com pico em 2022 (81 óbitos), e aumento de 22,81% entre 2020 (57 óbitos) e 2024 (70 óbitos). Proporcionalmente, representaram 12,61% dos óbitos em 2020, caíram para 8,76% em 2021, e atingiram 16,30% em 2022. A oscilação pode estar associada a complicações respiratórias da COVID-19, doenças sazonais e fatores ambientais.

As causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX), como acidentes e violências, apresentaram uma discreta redução de 6,90% no período — de 58 óbitos em 2020 para 54 em 2024. Em termos proporcionais, a variação oscilou entre 7,27% (2021) e 12,83% (2020), demonstrando relativa estabilidade, mas ainda exigindo estratégias intersetoriais de prevenção e vigilância.

As doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I) tiveram comportamento atípico, com um pico abrupto em 2021 (154 óbitos, 25,45% dos óbitos do ano), seguido de queda progressiva, chegando a 18 óbitos em 2024 (3,36%). Este padrão está diretamente relacionado

ao impacto da pandemia da COVID-19 em 2021 e ao subsequente controle por meio da vacinação e das medidas de saúde pública adotadas no município.

No ano de 2024, a análise da distribuição proporcional das causas de morte evidenciou a seguinte composição: doenças do aparelho circulatório (25,23%), neoplasias (19,44%), doenças respiratórias (13,08%), causas externas (10,09%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,48%), doenças do sistema nervoso (7,29%), doenças do aparelho digestivo (4,67%), doenças infecciosas e parasitárias (3,36%), doenças do aparelho geniturinário (2,43%) e outras causas (6,93%).

A comparação entre os anos de 2020 e 2024 permite identificar uma manutenção do protagonismo das doenças crônicas, com pequeno declínio proporcional das doenças infecciosas após o auge da pandemia, indicando a consolidação do perfil epidemiológico típico de regiões em transição demográfica avançada. Tais informações são fundamentais para o redirecionamento das políticas públicas locais de saúde, priorizando a prevenção, diagnóstico precoce e o manejo adequado das doenças crônicas, além da manutenção da vigilância em saúde diante de potenciais emergências sanitárias.

Tabela 18 - Variação percentual das principais causas de morte entre 2020 e 2024

Causa de Morte	2020	2024	Variação (%)
Doenças do aparelho circulatório	117	135	+15,38%
Neoplasias (tumores)	66	104	+57,58%
Doenças do aparelho respiratório	57	70	+22,81%
Causas externas	58	54	-6,90%
Doenças infecciosas e parasitárias	28	18	-35,71%

Fonte: TABNET, consulta 26/02/2025

A análise do perfil epidemiológico de mortalidade de União da Vitória no período de 2020 a 2025 evidencia um predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como principais causas de óbito, reforçando a necessidade de manutenção e fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção e ao controle dos fatores de risco associados. As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias representam, juntas, mais de 40% das mortes registradas no município, configurando-se como os principais desafios de saúde da população adulta e idosa. Esse cenário demanda a intensificação de estratégias de prevenção e acompanhamento de condições como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e tabagismo, alinhadas à promoção de hábitos de vida saudáveis e à ampliação do acesso ao

diagnóstico precoce.

O impacto da pandemia de COVID-19 foi marcante sobre o perfil de mortalidade local, especialmente no ano de 2021, quando se observou um expressivo aumento dos óbitos por doenças infecciosas e respiratórias. Esse pico, seguido de posterior estabilização, evidencia a influência das emergências sanitárias na dinâmica da mortalidade municipal e ressalta a importância de um sistema de vigilância epidemiológica robusto, capaz de responder de forma ágil a situações de crise. A partir de 2022, verifica-se uma normalização gradual das taxas, com redução significativa das mortes por causas infecciosas e retomada do padrão de prevalência das DCNTs.

Entre os grupos de causas, destaca-se o crescimento expressivo das neoplasias, com aumento de 57,58% no número de óbitos entre 2020 e 2024. Esse avanço reflete, possivelmente, tanto o envelhecimento populacional quanto fragilidades no diagnóstico precoce e no acesso oportuno ao tratamento oncológico, agravadas pelas restrições de atendimento observadas durante o período pandêmico. Já as doenças do aparelho respiratório apresentaram aumento de 22,81%, resultado que pode estar associado às sequelas da COVID-19 e a fatores ambientais e sazonais. Por outro lado, as causas externas e as doenças infecciosas demonstraram tendência de redução, embora as mortes por causas externas ainda representem parcela significativa dos óbitos (10,09% em 2024), exigindo atenção contínua e ações intersetoriais de prevenção de acidentes e violências.

De forma geral, os dados apontam para um quadro epidemiológico em transição, caracterizado pela predominância das doenças crônicas não transmissíveis, pela redução dos agravos infecciosos e pela estabilização das causas externas. Diante desse cenário, recomenda-se o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com foco em estratégias de promoção e prevenção das DCNTs; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oncológico; o monitoramento contínuo das doenças respiratórias, especialmente entre pacientes com histórico de COVID-19; e a manutenção das políticas integradas de prevenção de acidentes e violências. Essas medidas são fundamentais para a consolidação de um sistema de saúde resolutivo, equitativo e orientado para a redução dos óbitos evitáveis em União da Vitória.



Tabela 19 - Mortalidade proporcional por faixa etária e ano.

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS E FAIA ETÁRIA - UNIÃO DA VITÓRIA -2019													
Capítulo CID-10	Menor 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
I. Algumas doenças infeciosas e parasitárias	1	-	-	-	-	-	-	-	3	1	1	-	1
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	1	-	8	16	18	30	18	91
III. Doenças sanguíneas órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	-	-	1	1	8	7	12	29
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	3	2	1	-	2	2	9	19
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	1	2	4	14	16	44	53	134
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	-	2	3	9	21	28	63
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1	9	9	24
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	1	-	-	1	-	-	4	1	-	9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
XVII. Malformações e anomalias cromossômicas	4	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	6
XVIII. Sint sínais e achad anorm ex clín e laborat	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	2	6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	2	1	-	6	7	6	2	3	2	4	7	40
Total	8	2	1	1	6	12	13	26	43	63	120	145	440

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS E FAIA ETÁRIA - UNIÃO DA VITÓRIA -2020													
Capítulo CID-10	Menor 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
I. Algumas doenças infeciosas e parasitárias	1	0	0	0	0	1	2	3	6	2	3	9	27
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	2	3	4	9	24	11	13	66
III. Doenças sanguíneas órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	3	3	10	9	8	33
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	4	0	1	3	1	1	10
VI. Doenças do sistema nervoso	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	5	16	26
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	2	4	18	23	34	36	117
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	1	1	3	11	23	18	57
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	2	2	6	4	6	6	26
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4	6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
XVII. Malformações e anomalias cromossômicas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4
XVIII. Sint sínais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	3	8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	0	3	8	14	8	5	5	6	8	58
Total	5	2	1	1	3	13	28	28	57	82	102	123	445

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS E FAIA ETÁRIA - UNIÃO DA VITÓRIA -2021													
Capítulo CID-10	Menor 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
I. Algumas doenças infeciosas e parasitárias	1	0	0	1	1	0	5	22	36	32	28	28	154
II. Neoplasias (tumores)	0	1	0	0	0	0	4	5	26	23	18	13	90
III. Doenças sanguíneas órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	0	0	0	0	0	0	0	10	5	10	14	40
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	7	0	12
VI. Doenças do sistema nervoso	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	3	3	25
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	3	4	14	21	25	43	110
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	15	28	53
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	3	6	6	9	9	33
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	3	15
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
XVII. Malformações e anomalias cromossômicas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
XVIII. Sint sínais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2	1	0	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	2	11	7	9	7	1	2	5	44
Total	7	1	1	1	3	14	24	52	106	107	114	167	597



MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS E FAIXA ETÁRIA - UNIÃO DA VITÓRIA -2022												
Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 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
I. Algumas doenças infeciosas e parasitárias	0	0	0	0	2	2	1	3	5	7	8	28
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	3	12	12	26	18	18	89
III. Doenças sanguíneas órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	2	3	4	6	9	24
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	2	6	5	2	0	15
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	1	2	3	3	2	7	18
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	1	0	2	7	15	26	29	48	128
X. Doenças do aparelho respiratório	2	0	0	0	0	2	2	9	17	13	36	81
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	6	3	8	6	23
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
XVII. Malformações e anomalias cromossômicas	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	1	0	2	8	9	8	10	10	5	5	58
Total	11	1	1	3	10	20	36	69	100	95	147	493

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS E FAIXA ETÁRIA - UNIÃO DA VITÓRIA -2023													
Capítulo CID-10	Menor 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
I. Algumas doenças infeciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	1	4	2	5	4	4	5	25
II. Neoplasias (tumores)	0	1	0	0	1	0	2	9	23	28	29	16	109
III. Doenças sanguíneas órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	11	14	31
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	1	1	2	3	2	1	1	11
VI. Doenças do sistema nervoso	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	3	1	26
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	7	15	20	39	17	129
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	0	0	4	7	12	48	49
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	1	2	6	5	4	26	27
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	2	12
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4
XVII. Malformações e anomalias cromossômicas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	2	12	13	10	9	5	1	0	63
Total	7	2	1	1	3	15	21	35	67	78	110	155	496

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS E FAIXA ETÁRIA - UNIÃO DA VITÓRIA -2024													
Capítulo CID-10	Menor 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
I. Algumas doenças infeciosas e parasitárias	0	1	0	0	0	0	2	2	0	4	2	6	18
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	0	1	0	1	8	17	27	27	22	104
III. Doenças sanguíneas órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	2	3	5	8	11	11	40
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	3	2	1	1	0	8
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	1	1	3	1	0	1	5	27	39
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	4	16	28	36	52	135
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	1	5	7	13	16	28	70
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	1	0	2	3	5	6	5	3	25
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3	0	8	13
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
XVII. Malformações e anomalias cromossômicas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	2	0	0	4	1	0	0	0	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	0	2	11	10	10	8	7	33	3	54
Total	4	2	1	1	5	15	24	39	66	101	108	163	529

A evolução da mortalidade segundo causas e faixas etárias no município de União da Vitória entre 2019 e 2024 revela um padrão epidemiológico marcado pelo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), sobretudo entre as faixas etárias mais avançadas, o que reflete uma população em envelhecimento e em fase avançada da transição epidemiológica.

Durante todo o período analisado, as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID-10) mantiveram-se como a principal causa de óbitos no município, especialmente entre os indivíduos com 60 anos ou mais. Em 2019, foram 134 mortes, número que se manteve elevado nos anos subsequentes: 117 (2020), 128 (2022), 129 (2023) e 135 (2024), com exceção do ano de 2021, quando houve queda (110 óbitos) devido ao impacto excepcional da pandemia da COVID-19, que elevou os óbitos por doenças infecciosas. A mortalidade por doenças circulatórias é particularmente expressiva entre os idosos (acima de 70 anos), totalizando 87 óbitos em 2024 somente nas faixas de 70 a 79 e 80 anos ou mais.

As neoplasias (tumores) (Capítulo II) ocupam o segundo lugar entre as causas de mortalidade. Em 2019, registraram-se 91 óbitos, número que apresentou variações ao longo dos anos, alcançando 104 em 2024. Observa-se uma concentração de óbitos nas faixas etárias entre 60 e 79 anos, indicando que o envelhecimento populacional e o diagnóstico tardio ainda são desafios importantes para o controle do câncer no município.

As doenças do aparelho respiratório (Capítulo X) apresentaram maior variação entre os anos. Em 2021, registrou-se um pico com 110 óbitos, influenciado por complicações respiratórias associadas à pandemia de COVID-19. Nos anos subsequentes, os números se mantiveram expressivos, com 81 óbitos em 2022, 49 em 2023 e 70 em 2024. Esses dados reforçam a necessidade de vigilância contínua e de políticas de prevenção de doenças respiratórias, sobretudo em idosos, onde se concentram a maior parte das ocorrências.

As causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX), como acidentes e violências, mantiveram-se entre as cinco principais causas de óbito em todos os anos, variando de 54 a 63 mortes anuais no período. Diferente das demais causas, essas mortes atingem proporcionalmente indivíduos mais jovens, sobretudo nas faixas entre 20 e 49 anos, o que implica perdas precoces e impacto socioeconômico relevante para o município.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV), entre as quais se destacam o diabetes mellitus e os distúrbios da tireoide, também merecem atenção. Registraram, em 2024, 40 óbitos, sendo a maioria nas faixas etárias acima de 60 anos. Esses números refletem a importância da atenção primária no manejo e controle de condições crônicas.

As doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I) apresentaram comportamento excepcional em 2021, com 154 óbitos — o maior número do período — devido ao impacto direto da pandemia. Já em 2024, o número caiu para 18, evidenciando a eficácia das campanhas

de vacinação e das medidas de controle epidemiológico implementadas nos anos seguintes.

No que diz respeito à distribuição etária da mortalidade, observa-se que a maior parte dos óbitos se concentra nas faixas de 60 anos ou mais, com destaque para o grupo de 80 anos ou mais, que respondeu por 163 mortes em 2024 — aproximadamente 30% do total daquele ano. Isso indica um processo de envelhecimento populacional acentuado no município e exige o fortalecimento das políticas de saúde voltadas ao idoso, com foco na prevenção de agravos, promoção da autonomia e cuidados paliativos.

Em contrapartida, as faixas etárias infantis e juvenis (menores de 20 anos) apresentam baixas taxas de mortalidade, o que é compatível com o padrão de saúde de regiões em desenvolvimento com acesso razoável a cuidados básicos e ações de vigilância em saúde. No entanto, ainda há registros de óbitos por causas evitáveis nesse grupo, como malformações congênitas, doenças infecciosas e causas externas, o que reforça a importância da atenção materno-infantil e de ações de promoção da saúde na infância e adolescência.

Portanto, a análise da mortalidade por causas e faixas etárias entre 2019 e 2024 fornece subsídios importantes para o planejamento em saúde local. A elevada carga de doenças crônicas e o envelhecimento populacional devem ser considerados na formulação de políticas públicas que priorizem a prevenção, o diagnóstico precoce e a ampliação do acesso a cuidados contínuos. Além disso, a manutenção da vigilância ativa sobre doenças emergentes, causas externas e agravos evitáveis nas faixas mais jovens permanece fundamental para a redução da mortalidade precoce e promoção da equidade em saúde no município.

4.5.1. Óbitos por causa básica definida

Tabela 20 - Proporção de óbitos com causa básica definida em União da Vitória (2020-2024)

Proporção de óbitos com causa básica definida em União da Vitória (2020-2024)	
Ano	Proporção
2020	98,2
2021	98,8
2022	99,2
2023	99,2
2024	98,9

Fonte: TABNET/DATASUS, consulta 26/02/2025

A proporção de óbitos com causa básica definida constitui um dos principais

indicadores da qualidade das informações sobre mortalidade, refletindo a capacidade dos sistemas de informação em produzir dados consistentes e fidedignos. De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, valores acima de 95% são considerados adequados, enquanto aqueles superiores a 98% são classificados como excelentes, demonstrando elevado grau de confiabilidade dos registros. Nesse contexto, o município de União da Vitória apresenta desempenho exemplar, com proporções superiores a 98% durante todo o período analisado, superando amplamente o parâmetro de excelência nacional.

Esse resultado evidencia a robustez do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no município, sustentada por processos eficientes de preenchimento, investigação e codificação das declarações de óbito. A gestão qualificada do sistema, aliada à atuação comprometida das equipes de vigilância em saúde, tem garantido a consistência e a completude das informações registradas, permitindo análises epidemiológicas precisas e subsidiando o planejamento das políticas públicas.

Mesmo durante o período crítico da pandemia de COVID-19, especialmente nos anos de 2020 e 2021, União da Vitória manteve níveis elevados de qualidade nas informações sobre causas de óbito. Esse desempenho é particularmente relevante, considerando que, em diversas regiões do país, houve aumento de registros com causas mal definidas em decorrência da sobrecarga dos serviços de saúde e das dificuldades diagnósticas impostas pela emergência sanitária. A manutenção de padrões elevados de registro durante esse período demonstra a resiliência do sistema local e o comprometimento técnico dos profissionais envolvidos.

A análise da série histórica de 2020 a 2024 revela uma tendência de melhoria contínua, seguida de estabilidade nos últimos anos. O município manteve proporções acima de 98% em todo o período, alcançando patamares classificados como excelentes e superiores à média nacional. Essa consistência reforça o compromisso da gestão municipal com a qualidade da informação e com o fortalecimento da vigilância epidemiológica como eixo estratégico do planejamento em saúde.

Com base nesses resultados, recomenda-se a manutenção das boas práticas já consolidadas, incluindo a qualificação contínua dos profissionais responsáveis pelo preenchimento e processamento das declarações de óbito, o monitoramento sistemático dos indicadores de qualidade e a continuidade dos fluxos de investigação e codificação padronizados pelo SIM. Essas ações são essenciais para preservar o elevado nível de confiabilidade alcançado e para garantir a sustentabilidade dos resultados no médio e longo

prazo.

A alta qualidade da informação sobre causas de óbito em União da Vitória confere ao município uma base sólida para o diagnóstico situacional da mortalidade e para o acompanhamento das tendências epidemiológicas locais. Esse desempenho permite maior precisão na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde, assegurando que as intervenções planejadas sejam fundamentadas em dados consistentes, atualizados e representativos da realidade da população.

Tabela 21 - Óbitos por causa básica definida, 2020 a 2024, segundo capítulo CID 10 em União da Vitória

Percentual de óbitos por causa básica definida, 2020 a 2024	
Capítulo CID10	Percentual de óbitos
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	253
II. Neoplasias (tumores)	459
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	168
V. Transtornos mentais e comportamentais	56
VI. Doenças do sistema nervoso	134
VII. Doenças de olho e anexos	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	620
X. Doenças do aparelho respiratório	310
XI. Doenças do aparelho digestivo	134
XII. Doenças de pele e do tecido subcutâneo	5
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	11
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	55
XV. Gravidez parto e puerpério	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	42
XVII. Malformações, deformidades e anomalias cromossômicas	17
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	29
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	279
Total	2589
Nº óbitos CB definida	2560
% de óbitos causa básica definida	98,9

Fonte: TABNET, consulta 26/02/2025

Com base nos dados apresentados sobre o percentual de óbitos por causa básica definida no município de União da Vitória entre os anos de 2020 a 2024, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, é possível realizar uma análise

epidemiológica importante para o planejamento em saúde.

Durante o período, foram registrados 2.589 óbitos, dos quais 2.560 (98,9%) tiveram a causa básica definida, demonstrando elevada completude das informações de mortalidade no município. Isso reflete a qualidade dos registros e a eficiência dos sistemas de informação em saúde.

As principais causas de óbito foram as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX), com 620 ocorrências, representando o maior grupo de mortalidade no município. Esse dado evidencia a importância das ações de promoção da saúde cardiovascular e o fortalecimento da atenção primária no acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Em segundo lugar, destacam-se as neoplasias (tumores) (Capítulo II), com 459 óbitos, seguida pelas causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX), com 279 óbitos. As neoplasias refletem a necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, rastreamento e tratamento oncológico. Já as causas externas (acidentes, violências, suicídios) reforçam a urgência de estratégias intersetoriais de prevenção, especialmente entre populações vulneráveis e faixas etárias economicamente ativas.

Outras causas relevantes incluem as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), com 310 óbitos, e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV), com 168 óbitos, onde se destaca o impacto de doenças como o diabetes mellitus e as dislipidemias. Também chama atenção o número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I), com 253 registros — refletindo possivelmente os efeitos diretos e indiretos da pandemia de COVID-19 no período.

Entre as causas com menor ocorrência, destacam-se os capítulos relacionados a gravidez, parto e puerpério (2 óbitos), doenças da pele e tecido subcutâneo (5), e doenças do sistema osteomuscular (11). Embora em números absolutos menores, essas causas não devem ser negligenciadas, especialmente em termos de ações de saúde materna e vigilância de agravos menos frequentes.

Esses dados são essenciais para o diagnóstico situacional de saúde no município, pois apontam a necessidade de intensificar ações de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, além de reforçar as políticas de segurança pública e vigilância de causas externas. A vigilância em saúde deve manter atenção contínua às tendências de mortalidade, garantindo ações integradas entre os níveis de atenção, com foco na redução da carga de doenças e melhoria da qualidade de vida.

da população de União da Vitória.

4.5.2. Mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis

Tabela 22 - Taxa de mortalidade prematura (30–69 anos) por DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis).

TAXA DE ÓBITOS PREMATUROS POPULAÇÃO DE 30 A 69 ANOS SEGUNDO PRINCIPAIS CAUSAS (DOENÇAS APARELHO CIRCULATÓRIO, NEOPLASIAS, DOENÇAS CRÔNICAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO, DIABETES MELLITUS) - 2019 - 2024							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
União da Vitória	96	109	117	136	114	132	704

A mortalidade prematura por DCNTs é um importante indicador de saúde pública, sendo monitorado globalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e nacionalmente pelo Ministério da Saúde. Considera-se morte prematura aquela que ocorre na faixa etária de 30 a 69 anos, período em que as pessoas estão em plena vida produtiva e social. A redução da mortalidade prematura por DCNTs é um dos objetivos do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Para o cálculo da taxa por 100.000 habitantes, foi utilizada uma estimativa da população de 30 a 69 anos do município, considerando uma população total aproximada de 55.000 habitantes, com 45% na faixa etária de interesse (24.750 pessoas em 2019) e um crescimento populacional estimado de 0,8% ao ano.

No período de 2019 a 2024, União da Vitória registrou um total de 704 óbitos prematuros por DCNTs na população de 30 a 69 anos. A média anual foi de 117,3 óbitos, com desvio padrão de 14,8, indicando variabilidade moderada ao longo dos anos.

Tabela 23 - Óbitos prematuros por DCNTs em União da Vitória (2019-2024)

Óbitos prematuros por DCNTs em União da Vitória (2019- 2024)		
Ano	óbitos Prematuros	Taxa por 100.000 habitantes
2019	96	387,9
2020	109	436,9
2021	117	465,3
2022	136	536,5
2023	114	446,2
2024	132	512,5
Total	704	-

A evolução dos óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em União da Vitória, entre 2019 e 2024, indica um quadro que exige atenção prioritária da gestão municipal. Em 2019, registraram-se 96 óbitos na faixa de 30–69 anos (387,9 por 100 mil habitantes). Nos anos seguintes houve crescimento contínuo: 109 óbitos em 2020 (436,9/100 mil), 117 em 2021 (465,3/100 mil) e 136 em 2022, que alcançou a maior taxa do período (536,5/100 mil). O aumento acumulado de 2019 a 2022 — 41,7% em número absoluto — sinaliza agravamento dos determinantes ligados às DCNT, como controle insuficiente de fatores de risco e barreiras ao diagnóstico e ao seguimento clínico.

Em 2023 observa-se reversão pontual: 114 óbitos (446,2/100 mil), queda de 16,2% frente a 2022. Esse movimento pode refletir a reativação de serviços, o retorno de consultas e exames de rotina e a reorganização da atenção às condições crônicas após o período mais crítico da COVID-19. Contudo, a tendência de melhora não se sustentou; em 2024 os óbitos voltaram a crescer para 132 casos (512,5/100 mil), recompondo a trajetória ascendente observada antes da queda de 2023.

Considerando todo o intervalo 2019–2024, o município apresenta aumento de 37,5% no número de óbitos e de 32,1% na taxa padronizada. Esses resultados, associados ao perfil etário analisado (30–69 anos), apontam impacto direto na produtividade e na expectativa de vida e reforçam a necessidade de ações integradas de promoção, prevenção e cuidado longitudinal das DCNT na Atenção Primária à Saúde e na rede de média complexidade. Mantidas as condições atuais, projeta-se tendência de continuidade do crescimento no curto prazo, com estimativas da ordem de ≈139 óbitos em 2025 e ≈145 em 2026; tais projeções devem ser interpretadas com cautela, dada a variabilidade recente.

Alguns elementos ajudam a explicar o padrão observado. Parte do aumento pode decorrer do envelhecimento interno do grupo 30–69 anos (maior concentração nas idades mais avançadas), do crescimento de fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo abusivo de álcool) e de diagnóstico/controle tardios na atenção primária. Somam-se ainda os efeitos diretos e indiretos da pandemia, com maior gravidade em pessoas com DCNT e, indiretamente, interrupções de acompanhamento, redução de exames preventivos e atraso terapêutico — o que ajuda a compreender o pico de 2022.

Quando comparada a referências nacionais recentes, a taxa de 2024 (512,5/100 mil) situa-se acima do patamar observado para o Brasil (em torno de 300–350/100 mil, com variações regionais), sugerindo que União da Vitória enfrenta uma carga proporcionalmente

mais elevada de mortalidade prematura por DCNT e, portanto, demanda priorização específica no planejamento local.

Nesse contexto, recomenda-se consolidar um bloco de respostas articuladas: intensificação de ações de prevenção primária (ambientes promotores de saúde, atividade física, alimentação adequada, redução do tabagismo e do consumo de álcool), qualificação da APS para detecção oportuna, estratificação de risco e manejo clínico de hipertensão, diabetes, DPOC e dislipidemias; retomada de rastreamentos interrompidos no período pandêmico; linhas de cuidado pactuadas com a média complexidade (acesso a exames e especialistas, redução de tempos de espera); e monitoramento trimestral do indicador, com metas anuais de redução na faixa de 30–69 anos. A direção é clara: frear a tendência ascendente, recuperar o nível de 2023 e avançar de forma sustentada para patamares inferiores ao pico de 2022.

4.5.3. Mortalidade por causas externas

Tabela 24 - Óbitos por causas externas

Série Histórica de Óbitos por Causas Externas - União da Vitória 2020-2024						
Causa (CID10 3D)	2020	2021	2022	2023	2024	Total
V01-V99 Acidentes de transporte	16	7	20	25	12	80
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidente	19	16	16	16	24	91
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	9	7	7	6	8	37
X85-Y09 Agressões	1	13	9	12	10	55
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	2	1	5	3	1	12
Total	57	44	57	62	55	275

Fonte: TABWIN, consulta em 05/05/2025

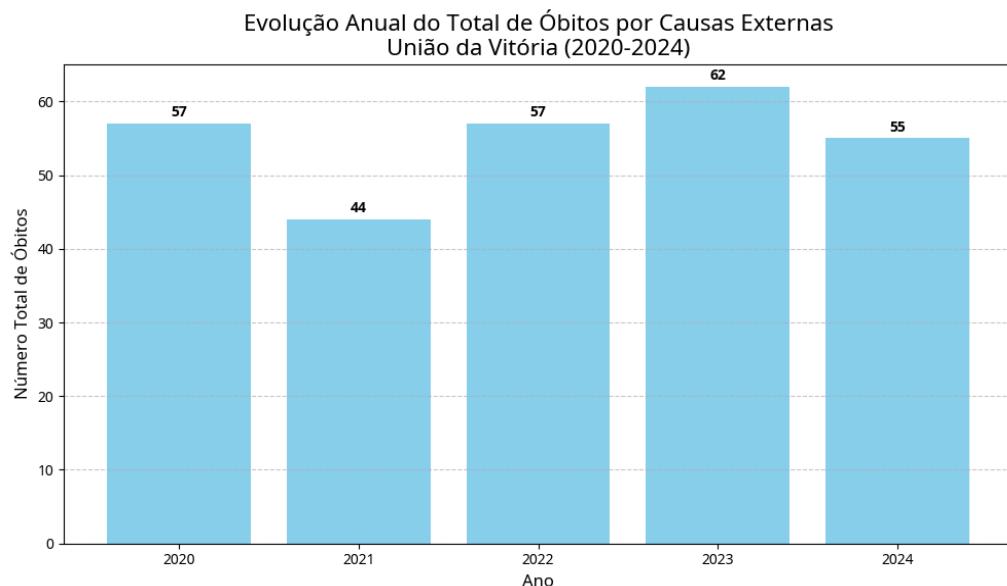
A mortalidade por causas externas representa um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo a terceira principal causa de morte no país, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Diferentemente das doenças crônicas, as causas externas afetam predominantemente a população jovem e economicamente ativa, resultando em elevado impacto social e econômico.

A análise do perfil de mortalidade por causas externas é fundamental para o planejamento de políticas públicas de prevenção e controle, permitindo identificar os principais tipos de causas, suas tendências temporais e os grupos mais vulneráveis.

No período de 2020 a 2024, foram registrados 275 óbitos por causas externas em União da Vitória, resultando em uma média anual de 55 óbitos.

A evolução do número total de óbitos por causas externas apresentou variações ao longo do período, conforme ilustrado abaixo:

Gráfico 7 - Evolução Anual do Total de Óbitos por Causas Externas em União da Vitória (2020-2024)



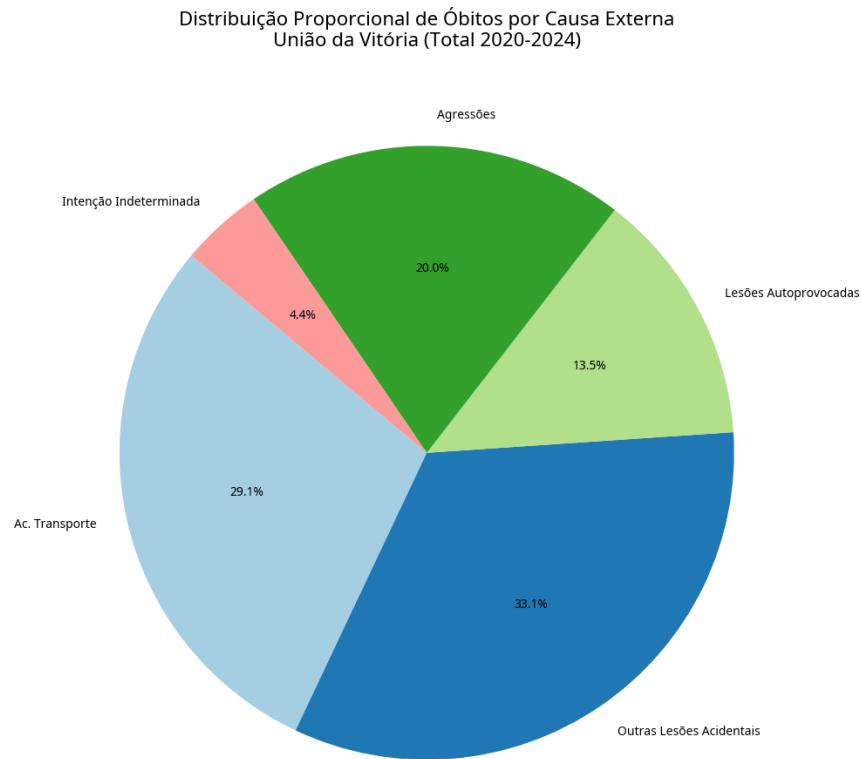
Fonte: TABWIN, consulta em 05/05/2025

O ano de 2020 registrou 57 óbitos, seguido por uma queda para 44 óbitos em 2021 (-22,8%). Em 2022, o número de óbitos voltou a subir para 57 (+29,5%), atingindo o pico da série em 2023 com 62 óbitos (+8,8%). Em 2024, houve uma nova redução para 55 óbitos (-11,3%).

4.5.3.1. Análise por Tipo de Causa Externa

A distribuição dos óbitos por tipo de causa externa no período total (2020-2024) é apresentada no gráfico a seguir:

Gráfico 8 – Distribuição proporcional de óbitos por causa externa



Fonte: TABWIN, consulta em 05/05/2025

As "Outras causas externas de lesões acidentais" (W00-X59) foram a principal causa de óbito no período, respondendo por 33,1% do total (91 óbitos), seguidas pelos "Acidentes de transporte" (V01-V99) com 29,1% (80 óbitos). As "Agressões" (X85-Y09) representaram 20,0% (55 óbitos), as "Lesões autoprovocadas voluntariamente" (X60-X84) foram responsáveis por 13,5% (37 óbitos), e os "Eventos cuja intenção é indeterminada" (Y10-Y34) corresponderam a 4,4% (12 óbitos).

A evolução anual e a distribuição por tipo de causa podem ser observadas nos gráficos abaixo:

Gráfico 9 – Evolução anual de óbitos por tipo de causa externa

Evolução Anual de Óbitos por Tipo de Causa Externa
 União da Vitória (2020-2024)

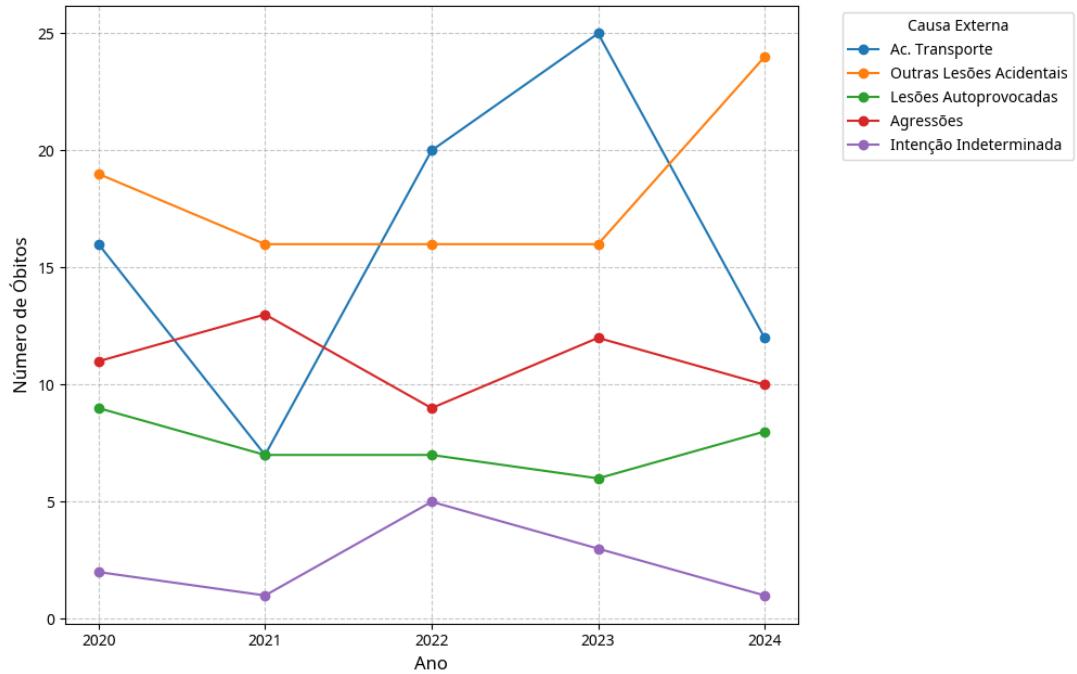
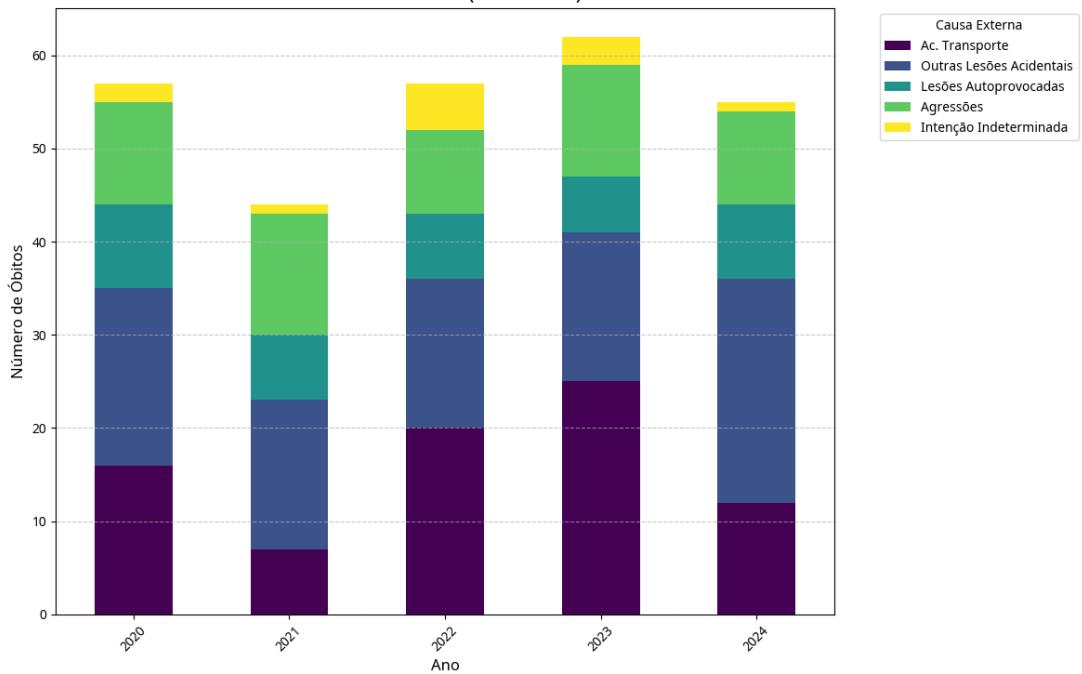


Gráfico 10 – Distribuição anual de óbitos por tipo de causa externa

Distribuição Anual de Óbitos por Tipo de Causa Externa
 União da Vitória (2020-2024)



-
- 1.** Acidentes de Transporte (V01-V99): Totalizaram 80 óbitos no período (média de 16,0/ano). O número de óbitos variou de 7 em 2021 para 25 em 2023. Em 2024, foram 12 óbitos. A proporção em relação ao total de causas externas variou de 15,9% (2021) a 40,3% (2023).
 - 2.** Outras Causas Externas de Lesões Acidentais (W00-X59): Foram a principal causa no período, com 91 óbitos (média de 18,2/ano). Apresentaram relativa estabilidade entre 2020 e 2023 (16 a 19 óbitos/ano), com um aumento para 24 óbitos em 2024. Esta categoria foi a mais representativa em 2020 (33,3%), 2021 (36,4%) e 2024 (43,6%).
 - 3.** Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (X60-X84): Somaram 37 óbitos (média de 7,4/ano). O número anual variou entre 6 (2023) e 9 (2020). Em 2024, foram 8 óbitos. A proporção anual ficou entre 9,7% (2023) e 15,9% (2021).
 - 4.** Agressões (X85-Y09): Totalizaram 55 óbitos (média de 11,0/ano). Ocorreram flutuações, com o menor número em 2022 (9 óbitos) e o maior em 2021 (13 óbitos). Em 2024, foram 10 óbitos. A maior proporção anual foi em 2021 (29,5%).
 - 5.** Eventos cuja Intenção é Indeterminada (Y10-Y34): Registraram 12 óbitos no período (média de 2,4/ano). O número foi baixo em todos os anos, variando de 1 (2021 e 2024) a 5 (2022).

4.5.3.2. Conclusões

A mortalidade por causas externas em União da Vitória, entre 2020 e 2024, apresentou uma média de 55 óbitos anuais, com variações significativas no total de óbitos e na contribuição de cada tipo de causa ao longo dos anos.

As "Outras causas externas de lesões acidentais" e os "Acidentes de transporte" foram as principais causas de óbito no período, somando juntas mais de 62% do total. As "Agressões" e "Lesões autoprovocadas" também representam parcelas importantes da mortalidade por causas externas.

O ano de 2023 apresentou o maior número total de óbitos por causas externas (62), impulsionado principalmente pelo aumento nos acidentes de transporte. Em contraste, 2021 teve o menor número total (44 óbitos).

O aumento no número de óbitos por "Outras causas externas de lesões acidentais" em 2024, tornando-se a principal causa isolada naquele ano, merece atenção. Da mesma forma, a flutuação nos óbitos por acidentes de transporte, com um pico em 2023, e a persistência dos óbitos por agressões e lesões autoprovocadas indicam a necessidade de estratégias de prevenção contínuas e multifatoriais.

4.5.4. Mortalidade Materna

4.5.4.1. Razão de mortalidade materna

A mortalidade materna é um indicador sensível da qualidade da assistência à saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério, bem como do acesso aos serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define morte materna como "a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas accidentais ou incidentais".

A redução da mortalidade materna é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, que estabelece como meta para 2030 reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é calculada pela fórmula: $RMM = (\text{Número de óbitos maternos} / \text{Número de nascidos vivos}) \times 100.000$

Para o cálculo da RMM, foi utilizada a média de nascidos vivos entre o período de 2016 a 2024, portanto 769 nascidos vivos por ano em União da Vitória.

No período de 2016 a 2024, União da Vitória registrou um total de 1 (um) óbito materno, ocorrido no ano de 2016. Nos anos subsequentes (2017 a 2024), não houve registro de óbitos maternos no município.

Tabela 25 - Óbitos maternos em União da Vitória (2016-2024)

Óbitos maternos em União da Vitória (2016 -2024)	
Ano	Óbitos Maternos
2016	1
2017	0
2018	0
2019	0
2020	0
2021	0
2022	0
2023	0
2024	0
Total	1

A análise dos dados de mortalidade materna em União da Vitória, no período de 2016 a 2024, evidencia um cenário amplamente positivo. No total, foi registrado apenas um óbito materno, ocorrido em 2016, não havendo registros nos oito anos subsequentes. Essa constância na ausência de óbitos maternos demonstra avanços significativos na assistência à saúde da mulher, especialmente nos cuidados prestados durante o pré-natal, parto e puerpério.

A média anual de óbitos maternos foi de 0,11, o que corresponde a aproximadamente um óbito a cada nove anos. Considerando a média de 769 nascidos vivos por ano, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) estimada para o período foi de 14,44 por 100 mil nascidos vivos — valor substancialmente inferior às referências nacionais e internacionais.

Quando comparada aos parâmetros de referência, a RMM de União da Vitória destaca-se favoravelmente:

- Meta dos ODS (2030): menos de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos;
- Brasil (2019): 57,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos;
- Paraná (2019): 40,0 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Com exceção do evento isolado registrado em 2016, o município manteve RMM igual a zero de 2017 a 2024, superando de forma expressiva as metas nacionais e globais para o controle da mortalidade materna.

Essa trajetória evidencia o fortalecimento da atenção pré-natal e da rede de atenção à saúde da mulher, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a melhoria na vigilância dos óbitos e a efetividade das ações intersetoriais voltadas à redução de riscos maternos. O desempenho também reflete o impacto positivo da atuação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, da adesão aos protocolos do Ministério da Saúde e do monitoramento sistemático de gestantes de risco.

Em síntese, os dados apontam para uma tendência de manutenção de baixos níveis de mortalidade materna, o que posiciona União da Vitória em patamar de excelência no cenário estadual e nacional, reafirmando o compromisso do município com a saúde reprodutiva e com a promoção da vida das mulheres.

4.5.4.2. Proporção de investigação de óbitos MIF (mulher em idade fértil)

A investigação de óbitos em mulheres em idade fértil é uma estratégia fundamental para a vigilância do óbito materno, permitindo identificar óbitos maternos não declarados e melhorar a qualidade da informação em saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, considera-se mulher em idade fértil aquela entre 10 e 49 anos de idade. A investigação desses óbitos é obrigatória, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.119/2008, e tem como objetivo identificar os óbitos maternos não declarados e os fatores determinantes, subsidiando a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de eventos similares.

A análise da série histórica de óbitos em mulheres em idade fértil investigados permite avaliar não apenas a magnitude da mortalidade nesse grupo populacional, mas também a qualidade da vigilância do óbito e o compromisso do município com a redução da mortalidade materna.

No período de 2020 a 2024, União da Vitória registrou um total de 120 óbitos em mulheres em idade fértil, com uma média anual de 24 óbitos. Todos os óbitos (100%) foram investigados em todos os anos do período, demonstrando excelente qualidade da vigilância do óbito no município.

Tabela 26 - Óbitos em mulheres em idade fértil investigados em União da Vitória (2020-2024)

Óbitos em mulheres em idade fértil investigados em União da Vitória (2020-2024)		
Ano	Óbitos Investigados	Percentual de Investigação
2020	22	100%
2021	34	100%
2022	20	100%
2023	21	100%
2024	23	100%
Total	120	100%

A análise dos óbitos em mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) em União da Vitória, no período de 2020 a 2024, revela um comportamento temporal não linear, com variações significativas ao longo dos anos. Foram registrados 120 óbitos nesse grupo, com média anual de 24 ocorrências. O ano de 2021 concentrou o maior número de casos (34 óbitos),

representando 28,3% do total, um aumento expressivo de 54,5% em relação a 2020 (22 óbitos). Já em 2022, observou-se uma queda acentuada para 20 óbitos (16,7% do total), seguida por um leve aumento nos dois anos seguintes: 21 óbitos em 2023 (17,5%) e 23 óbitos em 2024 (19,2%).

Esse padrão sugere um impacto direto e indireto da pandemia de COVID-19, especialmente no pico observado em 2021. A elevação dos óbitos pode estar relacionada tanto às complicações da própria infecção pelo SARS-CoV-2, particularmente graves em gestantes e puérperas, quanto às consequências indiretas, como a redução no acesso aos serviços de saúde, interrupção de acompanhamento clínico, atraso no diagnóstico e tratamento de doenças e agravamento de condições crônicas e mentais.

A significativa redução em 2022, com queda de 41,2% em relação a 2021, pode refletir a contenção dos efeitos mais agudos da pandemia, impulsionada pela ampliação da cobertura vacinal, reorganização dos serviços de saúde e retomada da assistência em saúde da mulher. A partir de 2023, o leve crescimento no número de óbitos pode indicar um retorno a uma tendência de estabilização, aproximando-se do padrão anterior à pandemia.

Destaca-se de forma extremamente positiva o fato de que 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil foram investigados em todos os anos do período analisado, demonstrando a robustez e comprometimento do sistema de vigilância do óbito no município. Este dado confirma o cumprimento integral das diretrizes do Ministério da Saúde, assegurando a qualidade da informação, a correta classificação das causas de morte e a identificação de possíveis óbitos maternos não declarados.

Diante disso, recomenda-se a continuidade e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica dos óbitos, bem como o monitoramento constante das tendências de mortalidade nesse grupo etário. Além disso, é essencial implementar políticas públicas de prevenção, promoção e cuidado integral à saúde da mulher, com foco nos fatores de risco mais prevalentes e nos grupos mais vulneráveis, de forma a reduzir a mortalidade precoce e garantir melhores condições de saúde reprodutiva e geral para as mulheres de União da Vitória.

4.5.5. Mortalidade infantil e fetal

4.5.5.1. Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil é um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma população, refletindo não apenas a qualidade da assistência à saúde materno-infantil, mas

também fatores socioeconômicos, ambientais e de acesso a serviços essenciais. A análise deste indicador é fundamental para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.

A análise revela que o município apresenta uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) média de 11,73 por 1.000 nascidos vivos, valor inferior à média nacional (12,0) mas superior à média da Região Sul (10,0) e à meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 (9,0).

A tendência temporal da TMI foi considerada estatisticamente estável durante o período analisado, embora com oscilações significativas entre os anos. Aproximadamente 52,9% dos óbitos infantis foram classificados como potencialmente evitáveis, indicando oportunidades importantes para intervenções em saúde pública. Os fatores maternos e placentários representam a principal categoria de causas de óbitos (41,9%), seguidos pelas malformações congênitas (29,0%).

Foram calculados os seguintes indicadores:

- Taxa de Mortalidade Infantil (TMI): Número de óbitos de crianças menores de um ano por 1.000 nascidos vivos
- Indicador de Evitabilidade: Proporção de óbitos infantis classificados como potencialmente evitáveis
- Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP): Estimativa dos anos de vida perdidos devido aos óbitos infantis
- Razão de Mortalidade Proporcional (RMP): Comparação da proporção de óbitos por categoria de causa com parâmetros nacionais
- Índice de Desigualdade na Mortalidade Infantil (IDMI): Medida da desigualdade na distribuição dos óbitos infantis segundo características maternas

No período de 2019 a 2024, União da Vitória registrou 42 óbitos infantis, com uma média anual de 7 óbitos. A distribuição anual dos óbitos apresentou variações significativas, com um mínimo de 4 óbitos em 2024 e um máximo de 11 óbitos em 2022.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) média no período foi de 11,73 por 1.000 nascidos vivos. A TMI apresentou oscilações importantes ao longo do período, com um valor mínimo de 6,56 em 2024 e um máximo de 18,49 em 2022.

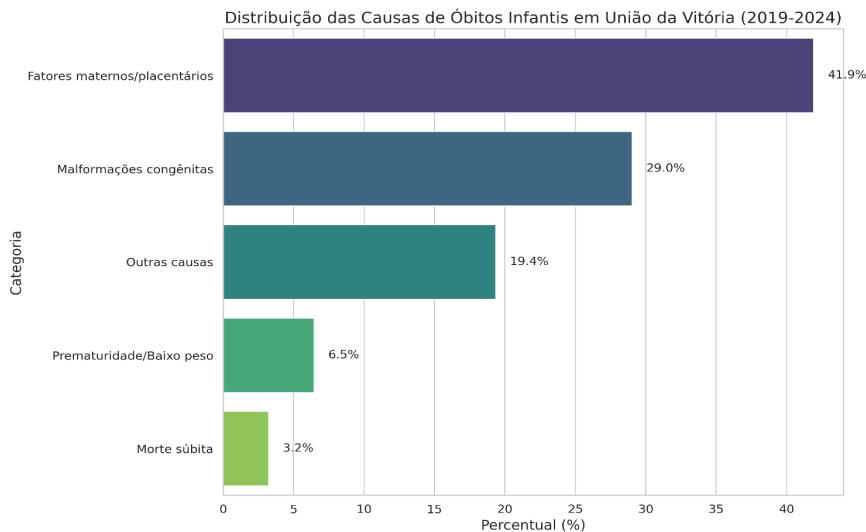
Análise das Causas de Óbitos Infantis

A análise das causas básicas dos óbitos infantis permitiu identificar cinco categorias



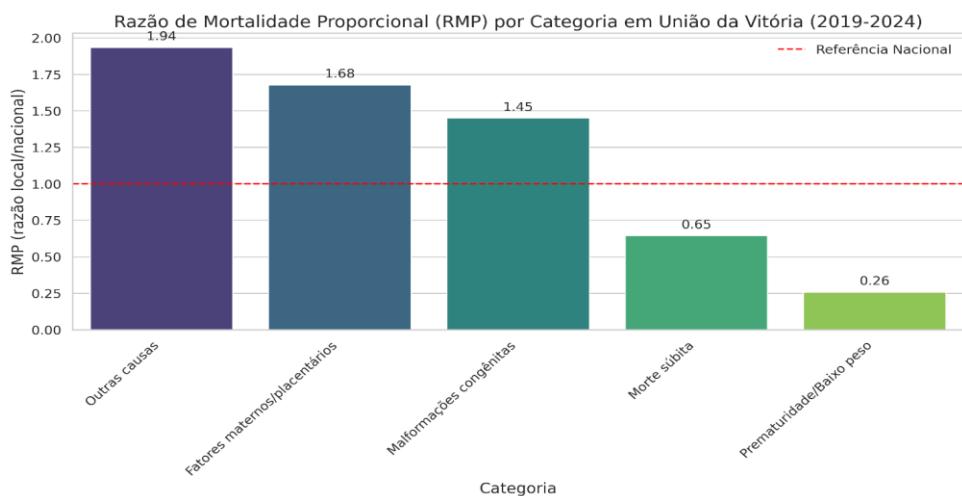
principais: Fatores maternos/placentários; 41,9% dos óbitos malformações congênitas: 29,0% dos óbitos; Outras causas: 19,4% dos óbitos; Prematuridade/Baixo peso: 6,5% dos óbitos; Morte súbita: 3,2% dos óbitos

Gráfico 11 – Distribuição de causas de óbitos infantis



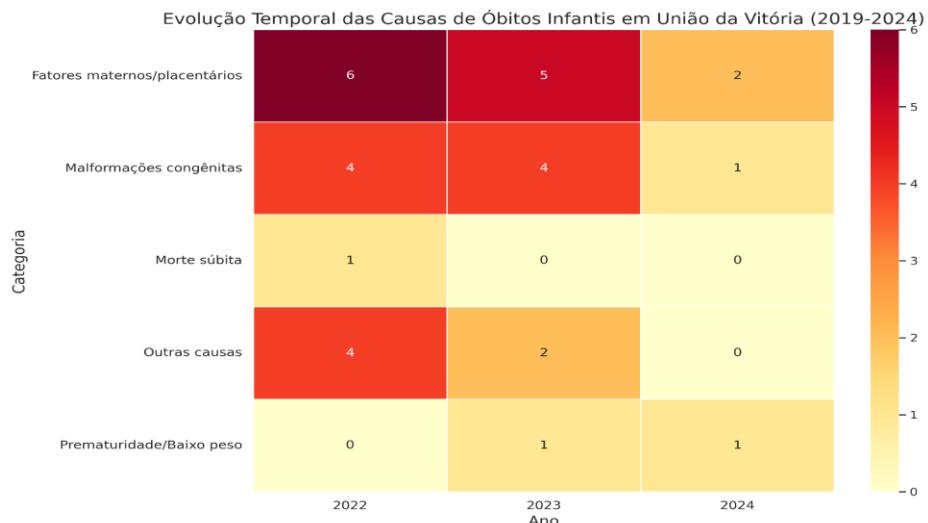
A análise da Razão de Mortalidade Proporcional (RMP) revela que, em comparação com os parâmetros nacionais, União da Vitória apresenta uma sobremortalidade por fatores maternos/placentários ($RMP = 1,68$), malformações congênitas ($RMP = 1,45$) e outras causas ($RMP = 1,94$), e uma submortalidade por prematuridade/baixo peso ($RMP = 0,26$) e morte súbita ($RMP = 0,65$).

Gráfico 12 – Razão de mortalidade proporcional (RMP)



A evolução temporal das causas de óbitos infantis pode ser visualizada no heatmap abaixo, que mostra a intensidade dos óbitos por categoria de causa e ano:

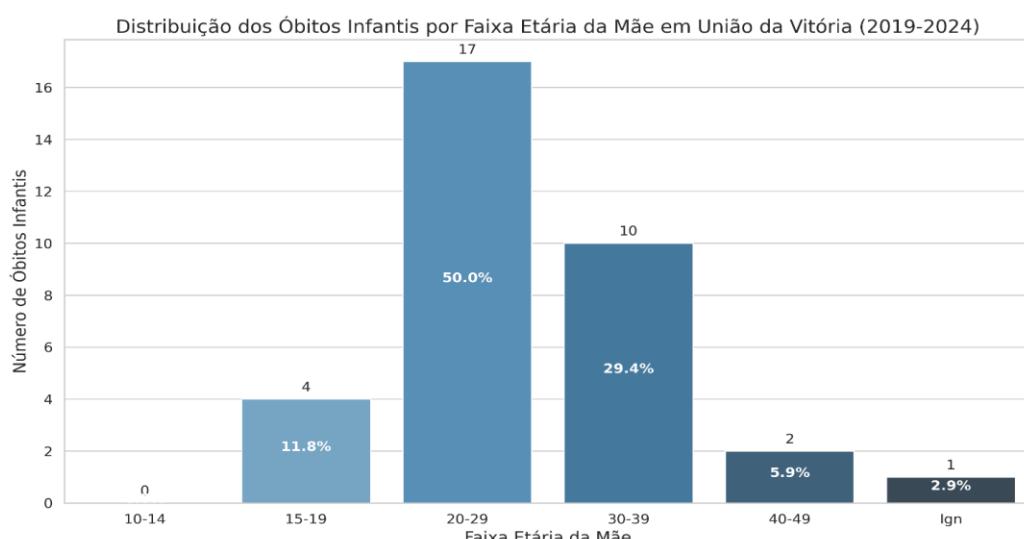
Gráfico 13 – Evolução temporal das causas de óbitos infantis



4.5.5.2. Características Maternas

A análise da distribuição dos óbitos infantis segundo a faixa etária da mãe revela que 50% dos óbitos ocorreram em filhos de mães com idade entre 20 e 29 anos, 29,4% em filhos de mães com idade entre 30 e 39 anos, e 11,8% em filhos de mães adolescentes (15-19 anos).

Gráfico 14 – Distribuição de óbitos infantis por faixa etária da mãe



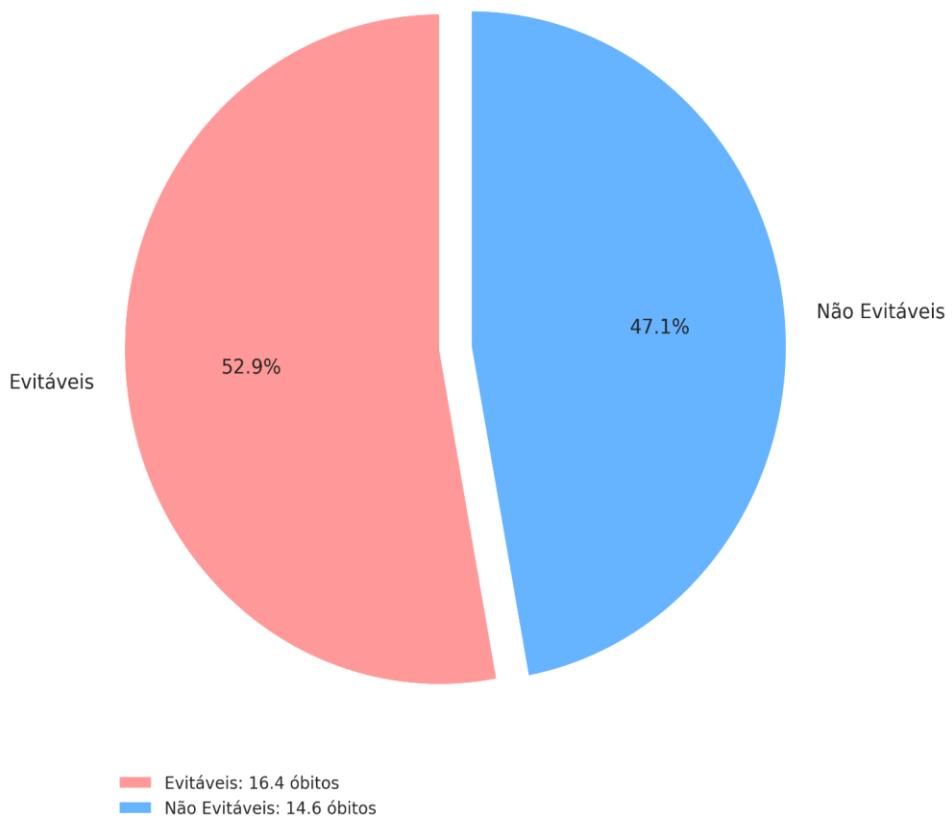
O Índice de Desigualdade na Mortalidade Infantil (IDMI), calculado com base na proporção de óbitos em filhos de mães adolescentes, foi de 0,12 (em uma escala de 0 a 1), sendo classificado como baixo. Isso sugere que a desigualdade na distribuição dos óbitos infantis segundo a idade materna não é um problema crítico no município.

4.5.5.3. Evitabilidade dos Óbitos Infantis

A análise de evitabilidade dos óbitos infantis, baseada na Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis, indica que 52,9% dos óbitos ocorridos no período poderiam ter sido evitados com intervenções adequadas nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Gráfico 15 – Evitabilidade dos óbitos infantis

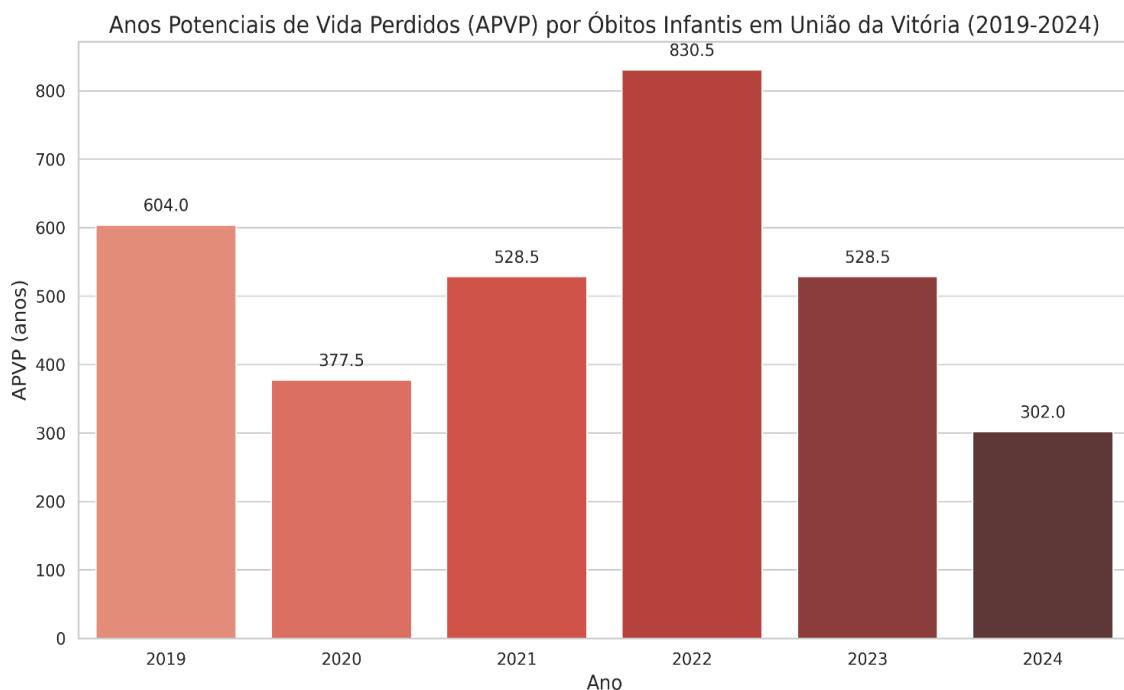
Evitabilidade dos Óbitos Infantis em União da Vitória (2019-2024)



4.5.5.4. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

Os óbitos infantis ocorridos no período resultaram em um total de 2.340,5 anos potenciais de vida perdidos, com uma média de 75,5 anos por óbito. A distribuição anual dos APVP acompanha a distribuição dos óbitos, com um pico em 2022 (830,5 anos) e um valor mínimo em 2024 (302 anos).

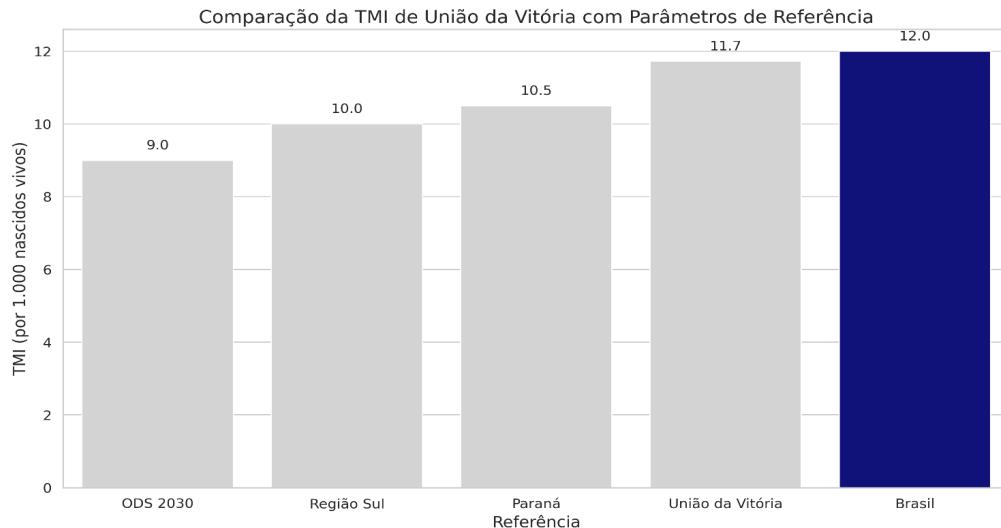
Gráfico 16 – Anos potenciais de vida perdidos (APVP) por óbitos infantis



4.5.5.5. Comparação com Parâmetros de Referência

A comparação da TMI média de União da Vitória (11,73 por 1.000 nascidos vivos) com parâmetros de referência revela que o município apresenta um valor 2,2% menor que a média nacional (12,0), porém, 17,3% maior que a média da Região Sul (10,0), 11,7% maior que a média do Paraná (10,5) e 30,3% maior que a meta dos ODS para 2030 (9,0).

Gráfico 17 – Comparação da TMI com parâmetros de referência



4.5.5.6. Variação Percentual Anual

A análise da variação percentual anual da TMI revela oscilações significativas ao longo do período:

2019 → 2020: -36,4%

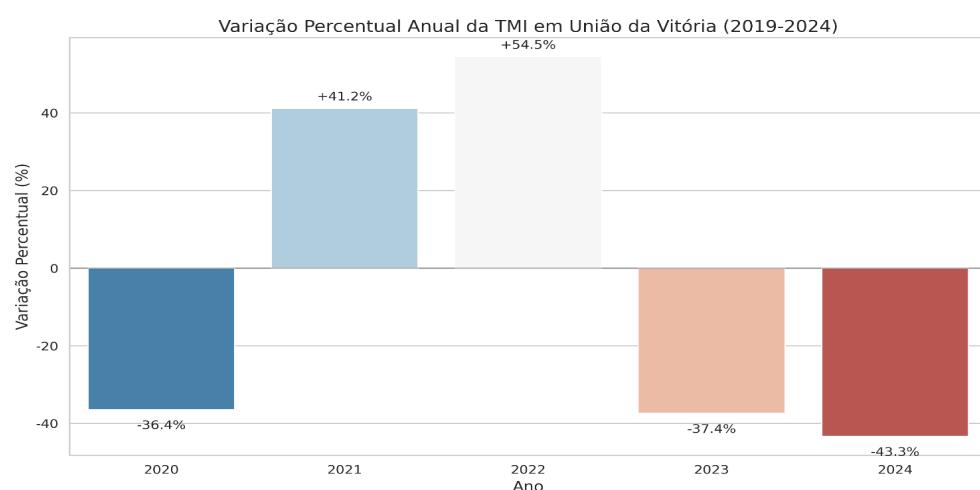
2020 → 2021: +41,2%

2021 → 2022: +54,5%

2022 → 2023: -37,4%

2023 → 2024: -43,3%

Gráfico 18 – Variação percentual anual da TMI (2019 – 2024)



Essas oscilações sugerem instabilidade no indicador, possivelmente relacionada ao pequeno número absoluto de óbitos, que torna o indicador sensível a pequenas variações.

Índices Compostos

4.5.5.7. Conclusões e recomendações em relação a mortalidade infantil

A análise da mortalidade infantil em União da Vitória, referente ao período de 2019 a 2024, evidencia um cenário que, embora apresente avanços importantes, ainda demanda ações estruturadas para consolidar melhorias na atenção materno-infantil. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) média do município foi de 11,73 por 1.000 nascidos vivos, valor inferior à média nacional (12,0), mas superior às médias da Região Sul (10,0), do Estado do Paraná (10,5) e à meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 (9,0).

A tendência temporal do indicador manteve-se estável, com oscilações anuais significativas que refletem tanto a baixa magnitude dos eventos quanto a influência de fatores relacionados ao acesso, qualidade e oportunidade da atenção à saúde. Aproximadamente 52,9% dos óbitos infantis foram classificados como potencialmente evitáveis, o que evidencia que mais da metade das mortes poderiam ter sido prevenidas mediante intervenções adequadas em diferentes níveis de atenção, especialmente durante o pré-natal, parto e acompanhamento neonatal.

Entre as principais causas de óbito, destacam-se os fatores maternos e placentários (41,9%) e as malformações congênitas (29,0%), com sobremortalidade em relação aos parâmetros nacionais. Esses achados reforçam a necessidade de aprimorar o cuidado pré-natal, fortalecer o diagnóstico precoce de anomalias fetais e qualificar a atenção ao parto e ao recém-nascido. A análise das características maternas revela que a maior parte dos óbitos ocorre entre mães de 20 a 39 anos, faixa etária que concentra a maioria das gestações, e o Índice de Desigualdade na Mortalidade Infantil (IDMI = 0,12) indica baixo nível de desigualdade etária, demonstrando equidade no risco de mortalidade entre os diferentes grupos maternos.

Os 2.340,5 anos potenciais de vida perdidos (APVP) no período analisado expressam o impacto da mortalidade infantil sobre a expectativa de vida e a qualidade de vida da população, reforçando a necessidade de ações contínuas de prevenção, vigilância e cuidado integral.

Diante desse cenário, é essencial consolidar estratégias integradas de enfrentamento da mortalidade infantil, abrangendo os seguintes eixos prioritários:

- Fortalecimento da atenção pré-natal e ao parto: ampliar a cobertura e a qualidade do acompanhamento das gestantes, assegurar a realização mínima de sete consultas pré-natais e garantir o manejo adequado de gestantes de alto risco por meio de protocolos clínicos e fluxos de referência e contrarreferência.
- Aprimoramento do diagnóstico precoce e da atenção neonatal: assegurar acesso universal a exames de ultrassonografia morfológica e outros exames complementares para o diagnóstico de malformações congênitas, além de implementar o acompanhamento multiprofissional de gestantes e recém-nascidos vulneráveis.
- Consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS): expandir a cobertura da Estratégia Saúde da Família, fortalecer o vínculo longitudinal entre equipes e famílias e garantir ações de busca ativa de gestantes e crianças em situação de risco, assegurando a continuidade do cuidado.
- Aperfeiçoamento da vigilância dos óbitos e da gestão da informação: fortalecer o Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal, garantindo a investigação de 100% dos óbitos e utilizando as informações obtidas para orientar ações de prevenção e qualificação da assistência.
- Promoção da saúde e educação da comunidade: intensificar as ações educativas voltadas à saúde da mulher e da criança, abordando cuidados durante a gestação, parto e puerpério, sinais de alerta e importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.
- Gestão intersetorial e territorializada: promover a articulação entre as áreas da Saúde, Educação e Assistência Social, com foco na redução das vulnerabilidades que influenciam a mortalidade infantil e na construção de políticas públicas que integrem ações de prevenção, cuidado e inclusão social.

A manutenção dos avanços observados e a superação dos desafios identificados dependem da continuidade do compromisso do município com o fortalecimento das redes de atenção e vigilância. O aprimoramento da atenção materno-infantil, aliado à ampliação da cobertura da Atenção Primária e à qualificação dos serviços, permitirá a redução sustentada da mortalidade infantil, contribuindo para o alcance das metas do ODS 3.2 até 2030 e para a consolidação de União da Vitória como referência regional em saúde pública humanizada e de

qualidade.

4.6. MORTALIDADE FETAL

A mortalidade fetal, definida como a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, é um importante indicador da qualidade da atenção à saúde materno-infantil e das condições de vida de uma população. A análise da mortalidade fetal permite identificar falhas na assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, além de refletir desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde.

A Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) média no período foi de 8,65 por 1.000 nascimentos totais, um valor inferior à média nacional (10,0), mas superior à referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 7,0.

A tendência temporal da TMF foi considerada estatisticamente estável, apesar de flutuações anuais significativas. Estima-se que 40% dos 88 óbitos fetais ocorridos no período (aproximadamente 35 óbitos) eram potencialmente evitáveis, principalmente por meio de intervenções adequadas durante a atenção pré-natal e ao parto. Esses óbitos representam uma perda significativa de 6.600 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

4.6.1. Indicadores Calculados

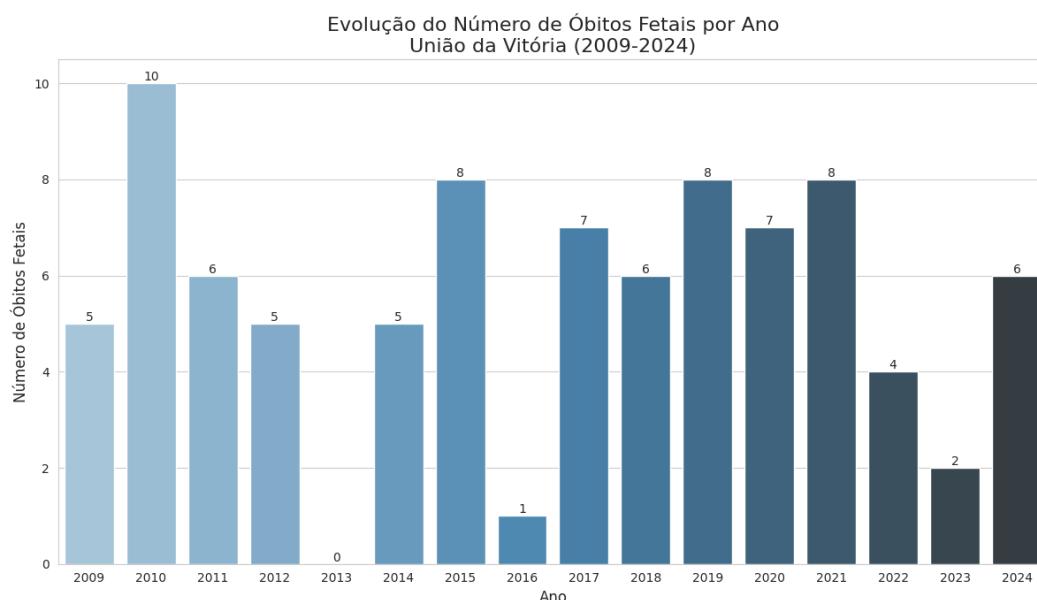
Foram calculados os seguintes indicadores epidemiológicos:

- Número Absoluto de Óbitos Fetais: Contagem anual de óbitos fetais.
- Taxa de Mortalidade Fetal (TMF): Número de óbitos fetais por 1.000 nascimentos totais (nascidos vivos + óbitos fetais).
- Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP): Estimativa dos anos de vida perdidos devido aos óbitos fetais, considerando a expectativa de vida ao nascer (75 anos).
- Razão de Mortalidade Proporcional (RMP): Comparação da TMF média local com parâmetros de referência (Brasil, Região Sul, Paraná, OMS).
- Razão Fetal/Infantil: Relação entre o número de óbitos fetais e o número de óbitos infantis (menores de 1 ano) no mesmo período (utilizando dados de óbitos infantis da análise anterior).

4.6.2. Panorama Geral da Mortalidade Fetal

No período de 16 anos analisado (2009-2024), União da Vitória registrou um total de 88 óbitos fetais. A média anual foi de 5,5 óbitos, com uma mediana de 6 óbitos por ano. Observou-se uma alta variabilidade no número anual de óbitos, variando de 0 (em 2013) a 10 (em 2010), com um coeficiente de variação de 49,2%.

Gráfico 19 – Evolução do número de óbitos fetais por ano

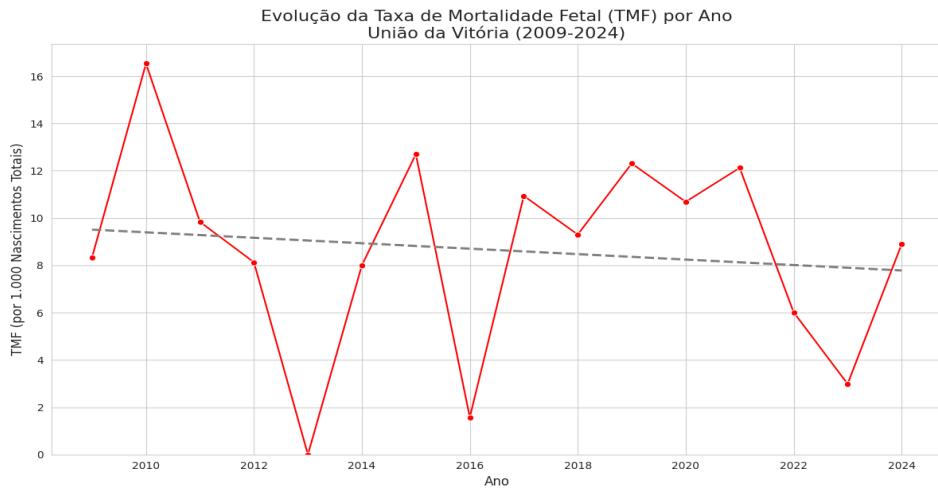


A análise de tendência temporal para o número absoluto de óbitos fetais indica um padrão de estabilidade ao longo do período, apesar das flutuações anuais.

4.6.3. Taxa de Mortalidade Fetal (TMF)

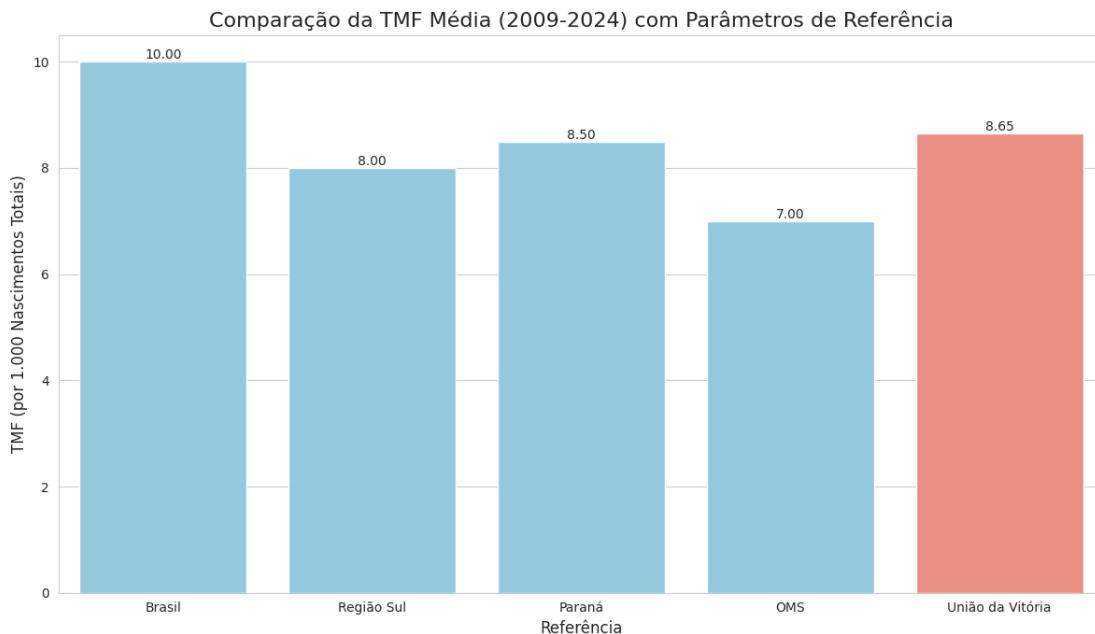
A TMF média para o período 2009-2024 foi de 8,65 óbitos fetais por 1.000 nascimentos totais (utilizando nascimentos estimados). A TMF anual também apresentou alta variabilidade, com valores variando de 0,0 em 2013 a 16,5 em 2010.

Gráfico 20 – Evolução da taxa de mortalidade fetal (TMF) por ano



A TMF média de União da Vitória (8,65) foi 13,5% inferior à média brasileira (10,0), mas 8,1% superior à média da Região Sul (8,0), 1,7% superior à média do Paraná (8,5) e 23,5% superior à referência da OMS (7,0).

Gráfico 21 – Comparação da TMF média (2009 – 2024)



4.6.4. Análise por Período

A análise por períodos mostrou uma relativa estabilidade tanto no número médio de óbitos quanto na TMF:

2009-2013: Média de 5,2 óbitos/ano; TMF de 8,52 por 1.000.

2014-2018: Média de 5,4 óbitos/ano; TMF de 8,50 por 1.000.

2019-2024: Média de 5,8 óbitos/ano; TMF de 8,81 por 1.000.

Gráfico 22 – Total de óbitos fetais por período

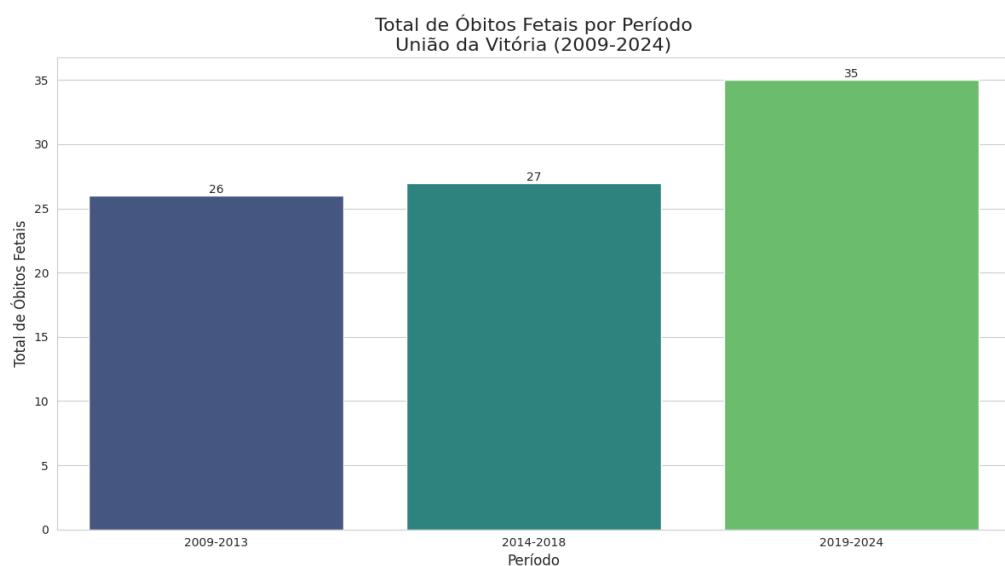
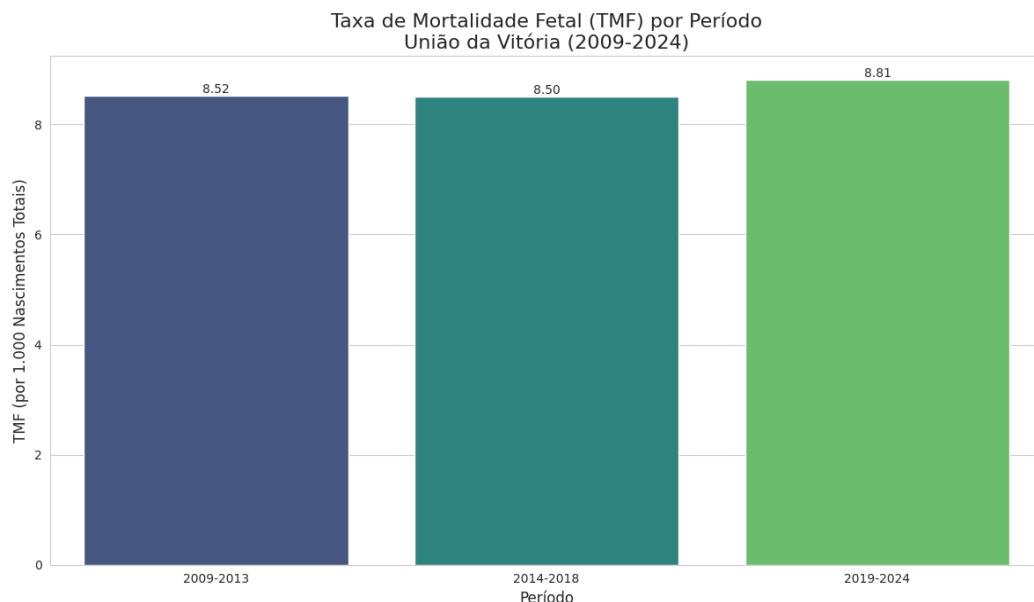


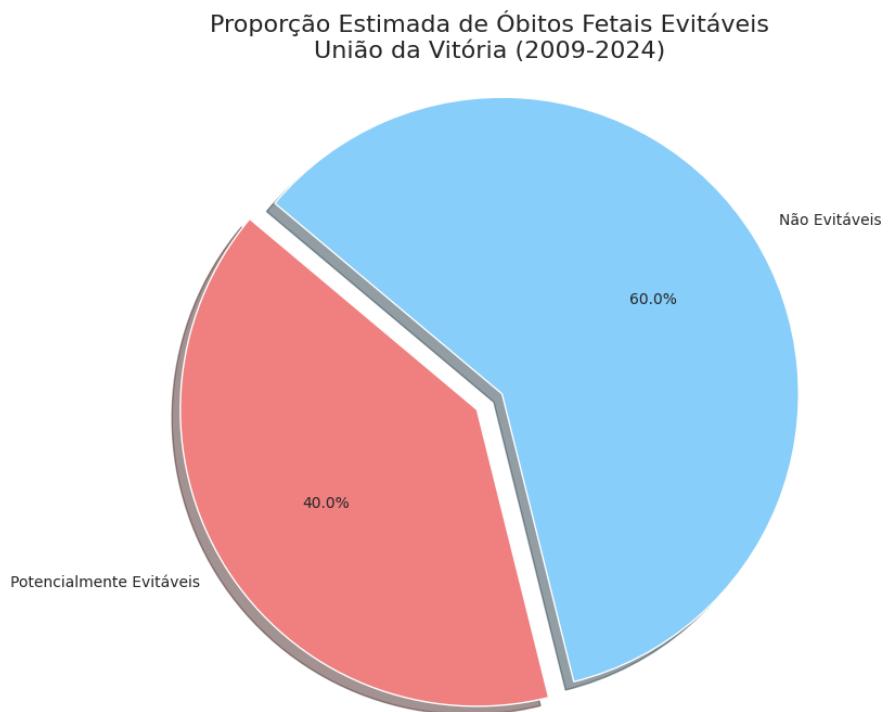
Gráfico 23 – Taxa de mortalidade fetal (TMF) por período



4.6.5. Evitabilidade

Com base na estimativa de que 40% dos óbitos fetais são potencialmente evitáveis, calcula-se que aproximadamente 35 dos 88 óbitos ocorridos no período poderiam ter sido prevenidos com intervenções adequadas, principalmente relacionadas à qualidade da atenção pré-natal e ao parto.

Gráfico 24 – Proporção estimada de óbitos fetais evitáveis



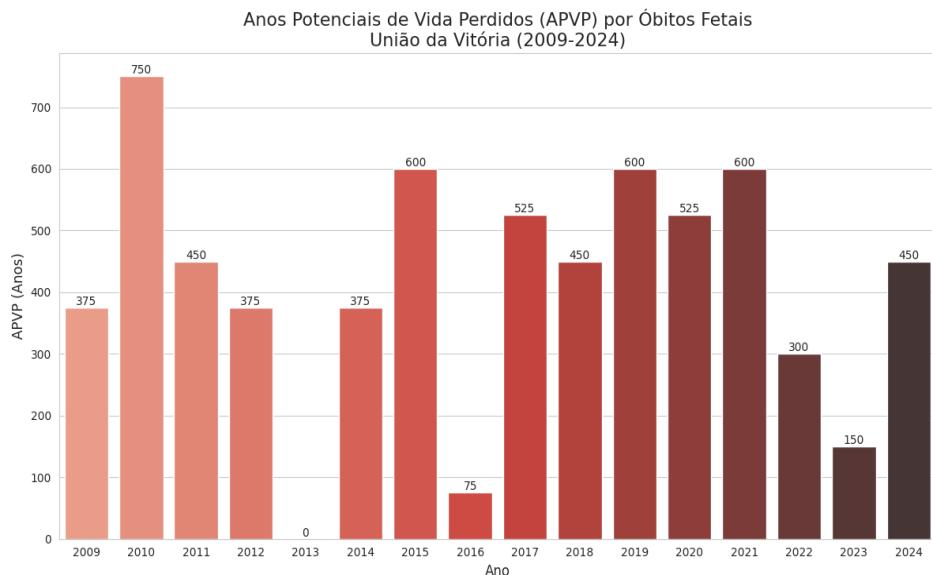
O Índice de Efetividade da Atenção Pré-natal (IEAP), baseado na premissa de que 25% dos óbitos fetais são evitáveis por ações específicas do pré-natal, foi calculado em 0,75, classificando-se como "Regular".

4.6.6. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

Considerando uma expectativa de vida de 75 anos, os 88 óbitos fetais ocorridos entre 2009 e 2024 representam um total de 6.600 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). A média anual de APVP foi de 412,5 anos, com picos em 2010 (750 anos) e 2015 (600 anos).



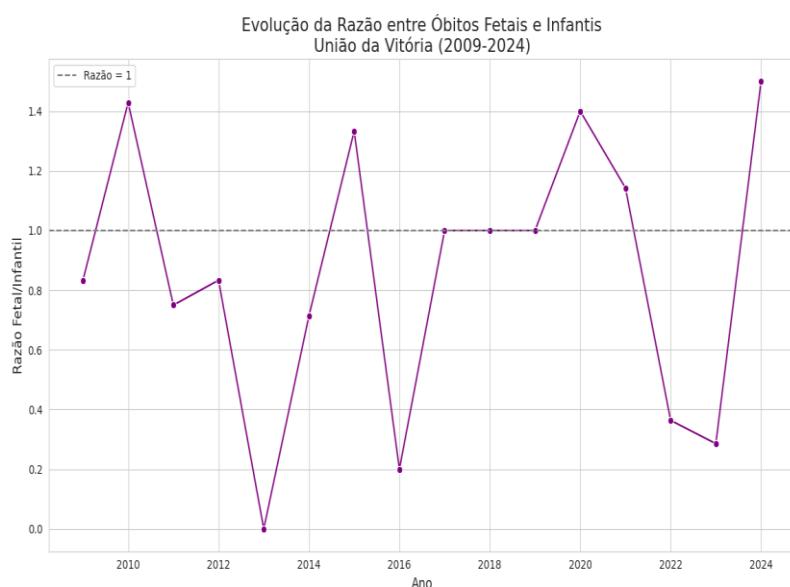
Gráfico 25 – Anos potenciais de vida perdidos (APVP) por óbitos fetais



4.6.7. Razão Fetal/Infantil

A razão entre óbitos fetais e óbitos infantis apresentou grande variação anual, com uma média de aproximadamente 0,86 no período. Isso significa que, em média, ocorreram 0,86 óbitos fetais para cada óbito infantil. Valores acima de 1 indicam que a mortalidade fetal superou a infantil naquele ano (ocorreu em 2010, 2015, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2024).

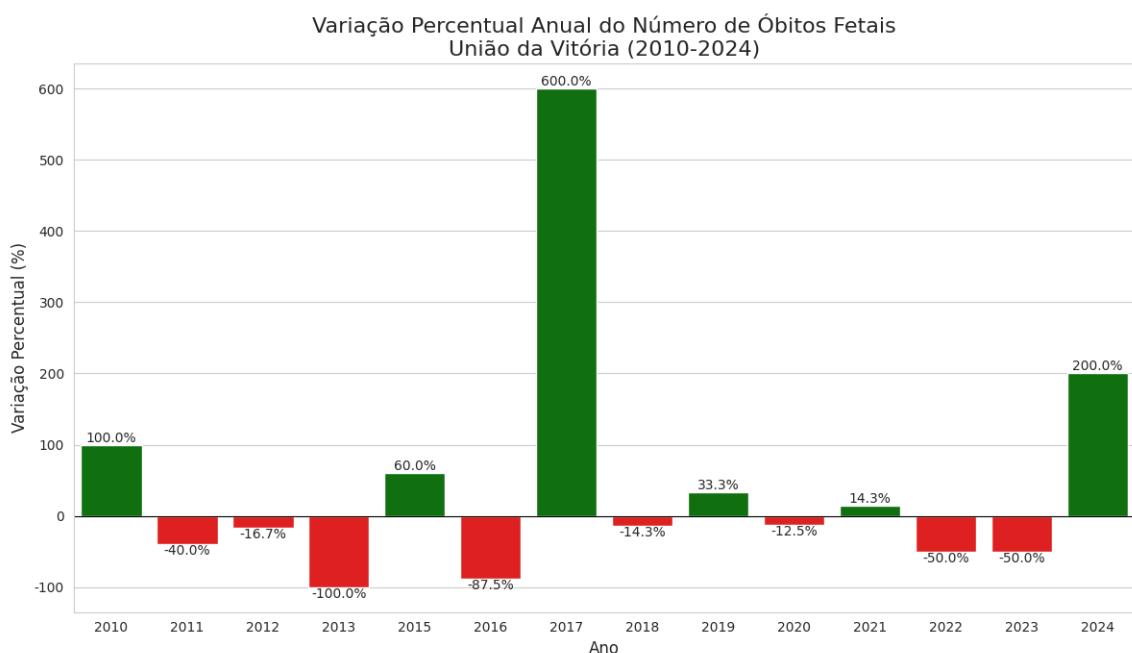
Gráfico 26 – Evolução da razão entre óbitos fetais infantis



4.6.8. Variação Percentual Anual

A variação percentual anual do número de óbitos fetais mostrou grande instabilidade, com aumentos expressivos e reduções acentuadas. Essa variabilidade é esperada devido ao pequeno número absoluto de eventos.

Gráfico 27 – Variação percentual anual do número de óbitos fetais



4.6.9. Interpretação dos Resultados

A análise da mortalidade fetal em União da Vitória entre 2009 e 2024 revela um cenário de estabilidade em um patamar intermediário. A TMF média de 8,65 por 1.000 nascimentos totais, embora inferior à média nacional, supera as referências da Região Sul, do Paraná e da OMS, indicando a necessidade de aprimoramento das ações de saúde materno-infantil.

A estabilidade da tendência temporal, tanto para os números absolutos quanto para a TMF, sugere que as condições gerais de saúde e assistência não sofreram alterações drásticas no período, mas também que não houve avanços significativos na redução deste indicador. As grandes flutuações anuais são, em grande parte, devido ao pequeno número de eventos, o que dificulta a identificação de mudanças reais no curto prazo.

A estimativa de que 40% dos óbitos fetais são potencialmente evitáveis é um ponto crítico, apontando para oportunidades perdidas de intervenção. As principais causas de óbitos fetais evitáveis geralmente estão relacionadas a complicações da gravidez (hipertensão, diabetes), restrição de crescimento fetal, infecções e problemas durante o trabalho de parto, muitas das quais podem ser manejadas com um pré-natal de qualidade e assistência adequada ao parto.

O impacto da mortalidade fetal, medido pelos APVP (6.600 anos no período), é considerável e justifica a priorização de ações para sua redução. Cada óbito fetal representa não apenas uma perda para a família, mas também um impacto social e econômico significativo.

A razão fetal/infantil, com média próxima a 1 e superando este valor em vários anos, sugere que a mortalidade fetal é um problema de magnitude semelhante ou até maior que a mortalidade infantil em alguns períodos, reforçando sua relevância para a saúde pública local.

Com base nos resultados, recomenda-se:

- Qualificar a Atenção Pré-Natal: Fortalecer a captação precoce, garantir o número mínimo de consultas, realizar estratificação de risco gestacional, solicitar e avaliar exames essenciais (incluindo ultrassonografia obstétrica), e manejar adequadamente as intercorrências (hipertensão, diabetes, infecções).
- Melhorar a Assistência ao Parto: Garantir acesso a maternidades com capacidade resolutiva adequada, monitorar o bem-estar fetal durante o trabalho de parto e qualificar a equipe para o manejo de emergências obstétricas.
- Educação em Saúde: Realizar ações de educação em saúde para gestantes e comunidade sobre a importância do pré-natal, sinais de alerta na gravidez e cuidados com a saúde reprodutiva

4.7. MORBIDADE HOSPITALAR DE RESIDENTES, SEGUNDO CAPÍTULO DA CID-10

Tabela 27 - Mortalidade hospitalar de residentes

Morbidade hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID - 10 - União da Vitória						
Causa (Cap CID10)	2019	2020	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	338	284	930	456	378	518
II. Neoplasias (tumores)	32	13	7	39	21	31
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	72	71	48	43	51	49
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	110	64	69	89	67	68
V. Transtornos mentais e comportamentais	213	197	205	207	199	198
VI. Doenças do sistema nervoso	153	168	128	169	156	168
VII. Doenças do olho e anexos	4	3	2	3	33	1
VIII. Doenças de ouvido e da apófise mastóide	3	3	3	5	5	11
IX. Doenças do aparelho circulatório	733	615	545	692	697	688
X. Doenças do aparelho respiratório	701	559	518	950	798	878
XI. Doenças do aparelho digestivo	546	417	448	677	675	875
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	97	104	92	84	104	163
XIII. Doenças sist ostomuscular e tec conjuntivo	115	81	61	125	109	184
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	563	361	301	428	422	730
XV. Gravidez parto e puerpério	1239	1094	1358	1337	1421	1353
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	207	178	247	237	231	222
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10	2	4	8	13	18
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	123	121	117	136	152	168
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	967	972	1081	1205	1298	1252
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	155	162	143	236	425	492
CID 10 Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-
Total	6381	5469	6307	7126	7225	8067

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sus (SIH/SUS) – 27/02/2025

A análise da morbidade hospitalar representa um importante instrumento para o planejamento e avaliação das políticas de saúde, permitindo identificar o perfil de adoecimento da população que demanda cuidados hospitalares, as tendências temporais e os grupos prioritários para intervenção.

A análise revela um perfil epidemiológico caracterizado pelo predomínio de internações por gravidez, parto e puerpério, lesões e envenenamentos, e doenças do aparelho circulatório e respiratório. Verificou-se aumento progressivo no número total de internações, com crescimento de 26,4% entre 2019 e 2024, e no impacto significativo da pandemia de COVID-19 no padrão de internações. Os resultados apontam para a necessidade de priorização de políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil, prevenção de causas externas e manejo de doenças crônicas não transmissíveis.

No período de 2019 a 2024, foram registradas 40.575 internações hospitalares de residentes de União da Vitória, com média anual de 6.763 internações. Observou-se uma tendência de aumento no número total de internações, com crescimento de 26,4% entre 2019 (6.381 internações) e 2024 (8.067 internações). A taxa de crescimento anual foi de 4,8%.

A evolução do número de internações apresentou oscilações significativas, com queda em 2020 (5.469 internações, redução de 14,3% em relação a 2019), provavelmente associada à pandemia de COVID-19, seguida de recuperação gradual nos anos subsequentes, com aumento expressivo em 2022 (7.126 internações, aumento de 13,0% em relação a 2021) e crescimento contínuo até 2024.

A taxa de internação por 1.000 habitantes também apresentou tendência de aumento, passando de 112,0 em 2019 para 135,6 em 2024, um crescimento de 21,1%. Essa tendência indica aumento da demanda por serviços hospitalares, que pode estar relacionado a diversos fatores, como envelhecimento populacional, aumento da prevalência de doenças crônicas, melhoria do acesso aos serviços de saúde ou mudanças nos padrões de utilização dos serviços.

4.7.1. Principais Causas de Internação

As cinco principais causas de internação no período analisado, segundo capítulos da CID-10, foram:

- Gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV): 7.802 internações (19,2% do total);
- Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (Capítulo XIX): 6.775 internações (16,7% do total);
- Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX): 3.970 internações (9,8% do total);
- Doenças do aparelho respiratório (Capítulo X): 4.404 internações (10,9% do total);
- Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI): 3.638 internações (9,0% do total);

Estas cinco causas representaram 65,6% do total de internações no período. A distribuição percentual das internações por capítulo da CID-10 em 2024 mostra que gravidez, parto e puerpério (16,8%), lesões e envenenamentos (15,5%), doenças do aparelho respiratório (10,9%), doenças do aparelho digestivo (10,8%) e doenças do aparelho circulatório (8,5%) foram as principais causas de internação.

4.7.2. Variabilidade e Concentração das Internações

A análise da variabilidade das internações ao longo do período, medida pelo coeficiente de variação (CV), mostrou que os capítulos com maior variabilidade foram:

Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I):

- CV = 49,5%
- Neoplasias (Capítulo II): CV = 48,9%
- Doenças do ouvido e da apófise mastoide (Capítulo VIII): CV = 65,3%
- Contatos com serviços de saúde (Capítulo XXI): CV = 53,1%

A alta variabilidade observada no Capítulo I pode estar relacionada ao impacto da pandemia de COVID-19, com aumento expressivo das internações por doenças infecciosas em 2021 (930 internações, 227,5% maior que em 2020).

4.7.3. Análise de Tendências Temporais

A análise de tendência temporal identificou aumento estatisticamente significativo ($p<0,05$) nas internações pelos seguintes capítulos:

- Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (Capítulo XIX): aumento médio de 73 internações por ano;
- Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI): aumento médio de 65,8 internações por ano;
- Doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV): aumento médio de 35,3 internações por ano;
- Contatos com serviços de saúde (Capítulo XXI): aumento médio de 67,1 internações por ano;
- Doenças da pele e do tecido subcutâneo (Capítulo XII): aumento médio de 12,1 internações por ano;

O aumento das internações por lesões e envenenamentos é particularmente preocupante no contexto local, pois representa causas potencialmente evitáveis através de medidas de prevenção de acidentes e violências. O crescimento das internações por doenças do aparelho digestivo e geniturinário pode estar relacionado ao envelhecimento populacional e ao aumento da prevalência de doenças crônicas.

4.7.4. Capítulos com Tendência de Redução

Não foram identificados capítulos com tendência estatisticamente significativa de redução das internações no período analisado. No entanto, observou-se redução não significativa nas internações por:

- Neoplasias (Capítulo II): redução média de 0,6 internações por ano;
- Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (Capítulo III): redução média de 3,9 internações por ano;
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV): redução média de 7,3 internações por ano;

A redução das internações por neoplasias pode ser caracterizada pelo acesso da população de União da Vitória ao hospital de referência para oncologia situado no município vizinho de Porto União – SC.

4.7.4.1. Variação Percentual 2019-2024

Os capítulos que apresentaram maior variação percentual positiva entre 2019 e 2024 foram:

- Contatos com serviços de saúde (Capítulo XXI): aumento de 217,4%
- Doenças da pele e do tecido subcutâneo (Capítulo XII): aumento de 68,0%
- Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI): aumento de 60,3%
- Doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV): aumento de 29,7%
- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Capítulo XVII): aumento de 157,1%

Os capítulos que apresentaram maior variação percentual negativa foram:

- Neoplasias (Capítulo II): redução de 3,1%
- Doenças do olho e anexos (Capítulo VII): redução de 75,0%
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV): redução de 38,2%
- Impacto da Pandemia de COVID-19

A análise comparativa entre os períodos pré-pandemia (2019), durante pandemia (2020-2021) e pós-pandemia (2022-2024) revelou mudanças significativas no padrão de internações:

-
- Redução durante a pandemia: O número médio de internações durante a pandemia (5.888 por ano) foi 7,7% menor que no período pré-pandemia (6.381 por ano).
 - Recuperação pós-pandemia: O número médio de internações no período pós-pandemia (7.473 por ano) foi 26,9% maior que durante a pandemia e 17,1% maior que no período pré-pandemia.

4.7.4.1.1. Capítulos Mais Afetados Durante a Pandemia

Os capítulos que apresentaram maior redução percentual durante a pandemia em comparação com o período pré-pandemia foram:

- Neoplasias (Capítulo II): redução de 68,8%
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV): redução de 39,5%
- Doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV): redução de 41,2%
- Doenças do olho e anexos (Capítulo VII): redução de 37,5%

Por outro lado, observou-se aumento expressivo nas internações por:

- Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I): aumento de 79,9%, provavelmente associado à COVID-19
- Gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV): aumento de 9,8%

4.7.4.1.2. Recuperação Pós-Pandemia

Os capítulos que apresentaram maior recuperação percentual no período pós-pandemia em comparação com o período da pandemia foram:

- Neoplasias (Capítulo II): aumento de 110,0%
- Doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV): aumento de 53,5%
- Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI): aumento de 64,9%
- Contatos com serviços de saúde (Capítulo XXI): aumento de 152,5%
- Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que incluem neoplasias, doenças endócrinas, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório, representaram 30,5% do total de internações no período analisado. O número de internações por DCNT apresentou tendência de aumento, passando de 1.876 em 2019 para 2.085 em 2024, um

crescimento de 11,1%.

A proporção de DCNT no total de internações, no entanto, apresentou tendência de redução, passando de 29,4% em 2019 para 25,8% em 2024. Esta redução proporcional pode estar relacionada ao aumento mais expressivo de outras causas de internação, como lesões e envenenamentos e contatos com serviços de saúde.

Entre as DCNT, as doenças do aparelho respiratório e do aparelho circulatório foram as principais causas de internação, representando 10,9% e 9,8% do total de internações, respectivamente.

4.7.5. Causas Externas

As internações por causas externas, representadas pelo Capítulo XIX (Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas), totalizaram 6.775 no período analisado, correspondendo a 16,7% do total de internações. Observou-se tendência de aumento nas internações por causas externas, com crescimento de 29,5% entre 2019 (967 internações) e 2024 (1.252 internações).

A proporção de causas externas no total de internações apresentou leve aumento, passando de 15,2% em 2019 para 15,5% em 2024. Este aumento é preocupante, pois as causas externas representam condições potencialmente evitáveis através de medidas de prevenção de acidentes e violências.

4.7.6. Saúde Materno-Infantil

As internações relacionadas à saúde materno-infantil, representadas pelos Capítulos XV (Gravidez, parto e puerpério) e XVI (Algumas afecções originadas no período perinatal), totalizaram 9.048 no período analisado, correspondendo a 22,3% do total de internações. Observou-se tendência de aumento nas internações por causas materno-infantis, com crescimento de 10,5% entre 2019 (1.446 internações) e 2024 (1.575 internações).

A proporção de causas materno-infantis no total de internações, no entanto, apresentou tendência de redução, passando de 22,7% em 2019 para 19,5% em 2024. Esta redução proporcional pode estar relacionada ao aumento mais expressivo de outras causas de internação.

4.7.7. Índice de Carga Assistencial (ICA)

O Índice de Carga Assistencial (ICA), que combina frequência, tendência e variabilidade para estimar a carga assistencial de cada capítulo, identificou como prioritários os seguintes capítulos:

Gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV): ICA = 0,098

Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (Capítulo XIX): ICA = 0,089

Doenças do aparelho respiratório (Capítulo X): ICA = 0,057

Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI): ICA = 0,053

Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX): ICA = 0,051

4.7.8. Índice de Priorização para Gestão (IPG)

O Índice de Priorização para Gestão (IPG), que combina carga assistencial, impacto da pandemia e tendência para priorizar capítulos para gestão, identificou como prioritários os seguintes capítulos:

- Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (Capítulo XIX): IPG = 0,532
- Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI): IPG = 0,487
- Doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV): IPG = 0,423
- Contatos com serviços de saúde (Capítulo XXI): IPG = 0,412
- Gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV): IPG = 0,389

4.7.9. Razão de Morbidade Proporcional (RMP)

A Razão de Morbidade Proporcional (RMP), que compara a proporção de internações por capítulo em União da Vitória com a média nacional, identificou os seguintes capítulos com proporção significativamente maior que a média nacional:

- Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (Capítulo XIX): RMP = 1,55
- Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI): RMP = 1,20
- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (Capítulo

XVIII): RMP = 1,40

- Contatos com serviços de saúde (Capítulo XXI): RMP = 2,05
- Por outro lado, os seguintes capítulos apresentaram proporção significativamente menor que a média nacional:
 - Neoplasias (Capítulo II): RMP = 0,09
 - Doenças do olho e anexos (Capítulo VII): RMP = 0,02
 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV): RMP = 0,38

4.7.10. Conclusões

O perfil de morbidade hospitalar de União da Vitória é caracterizado pelo predomínio de internações por gravidez, parto e puerpério, lesões e envenenamentos, e doenças do aparelho circulatório e respiratório.

Observou-se tendência de aumento no número total de internações, com crescimento de 26,4% entre 2019 e 2024, e taxa de crescimento anual composta de 4,8%.

A pandemia de COVID-19 teve impacto significativo no padrão de internações, com redução de 7,7% durante a pandemia e recuperação expressiva no período pós-pandemia, superando os níveis pré-pandemia em 17,1%.

As internações por lesões e envenenamentos, doenças do aparelho digestivo e geniturinário, e por contatos com serviços de saúde apresentaram tendência significativa de aumento, enquanto as internações por neoplasias, doenças endócrinas e doenças do olho apresentaram redução.

As doenças crônicas não transmissíveis representaram 30,5% do total de internações, com tendência de aumento em números absolutos, mas redução proporcional.

4.7.11. Recomendações

Com base nos resultados da análise, recomenda-se:

- Prevenção de causas externas: Implementar e fortalecer políticas de prevenção de acidentes e violências, considerando o aumento significativo das internações por lesões e envenenamentos e sua alta priorização para gestão.
- Atenção às doenças crônicas: Fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente doenças do aparelho

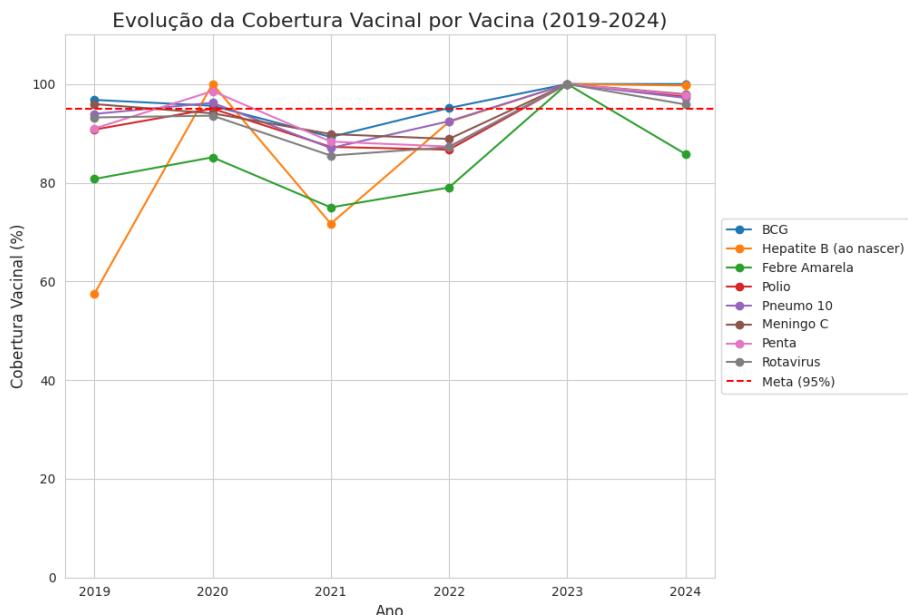
circulatório e respiratório, que representam importante carga de internações.

- Saúde materno-infantil: Manter e aprimorar as políticas de atenção à saúde materno-infantil, considerando a alta proporção de internações por gravidez, parto e puerpério e afecções perinatais.
- Estratégias integradas: Desenvolver abordagens integradas para prevenção e tratamento de grupos de doenças correlacionadas, como doenças do aparelho circulatório e respiratório, e doenças do aparelho digestivo e geniturinário.
- Preparação para emergências: Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde a emergências de saúde pública, considerando o impacto significativo da pandemia de COVID-19 no padrão de internações e a necessidade de garantir a continuidade da atenção a outras condições de saúde durante emergências.

4.8. COBERTURA VACINAL E HOMOGENEIDADE 2021 -2024

O objetivo principal desta análise é avaliar a evolução das coberturas vacinais ao longo do período, identificar padrões, comparar o desempenho entre as diferentes vacinas, verificar o alcance das metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e fornecer subsídios para o planejamento e a gestão das ações de imunização no município.

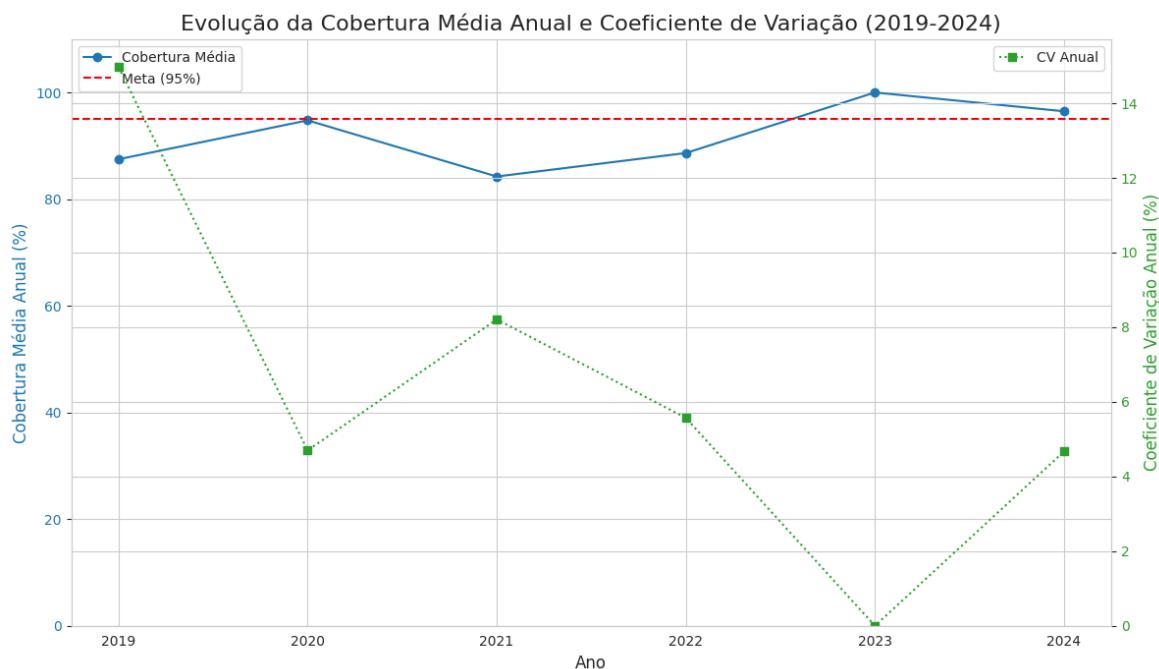
Gráfico 28 – Evolução da cobertura vacinal por vacina



Observando a evolução temporal das coberturas para cada vacina, percebe-se uma heterogeneidade no comportamento ao longo dos anos. No entanto, uma tendência geral se destaca: uma queda acentuada nas coberturas em 2021, seguida por uma recuperação significativa em 2022 e, principalmente, um pico notável em 2023 e 2024, onde a maioria das vacinas atingiu ou superou a meta de 95%, chegando a 100% em muitos casos em 2023 e mantendo níveis elevados em 2024.

A queda em 2021 coincide com o segundo ano da pandemia de COVID-19, um período que impactou severamente os serviços de saúde, incluindo a vacinação de rotina, em todo o país. A dificuldade de acesso aos serviços, o receio da população em procurar as unidades de saúde e a sobrecarga dos profissionais podem ter contribuído para essa redução nas coberturas. A recuperação subsequente, especialmente os altos índices em 2023 e 2024, pode indicar um esforço concentrado do município para retomar as coberturas, possíveis campanhas de intensificação ou atualização de dados.

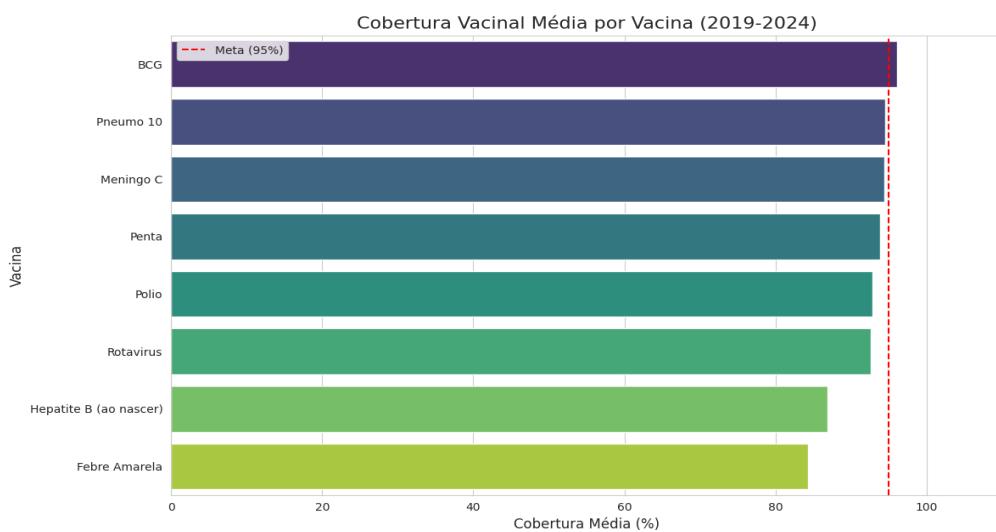
Gráfico 29 – Evolução da cobertura média anual e coeficiente de variação



A análise da cobertura média anual e do coeficiente de variação (CV) anual corrobora essa observação. A cobertura média anual, que estava em 87,5% em 2019, subiu para 94,8% em 2020, caiu para 84,2% em 2021, iniciou recuperação em 2022 (88,6%) e atingiu 100% em 2023, mantendo-se alta em 96,5% em 2024. O CV anual, que mede a dispersão ou

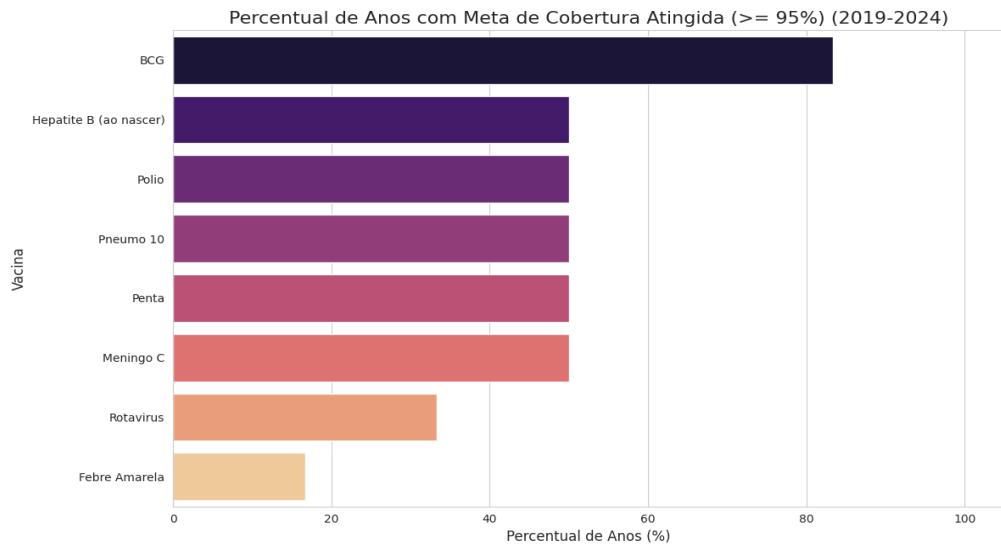
heterogeneidade da cobertura entre as diferentes vacinas em um mesmo ano, foi mais alto em 2019 (15,0%), indicando maior desigualdade entre as coberturas naquele ano. O CV diminuiu nos anos seguintes, atingindo 0% em 2023 (quando todas as vacinas registraram 100% de cobertura ajustada) e permanecendo baixo em 2024 (4,7%), sugerindo maior homogeneidade nas coberturas nos últimos anos.

Gráfico 30 - Desempenho por Vacina



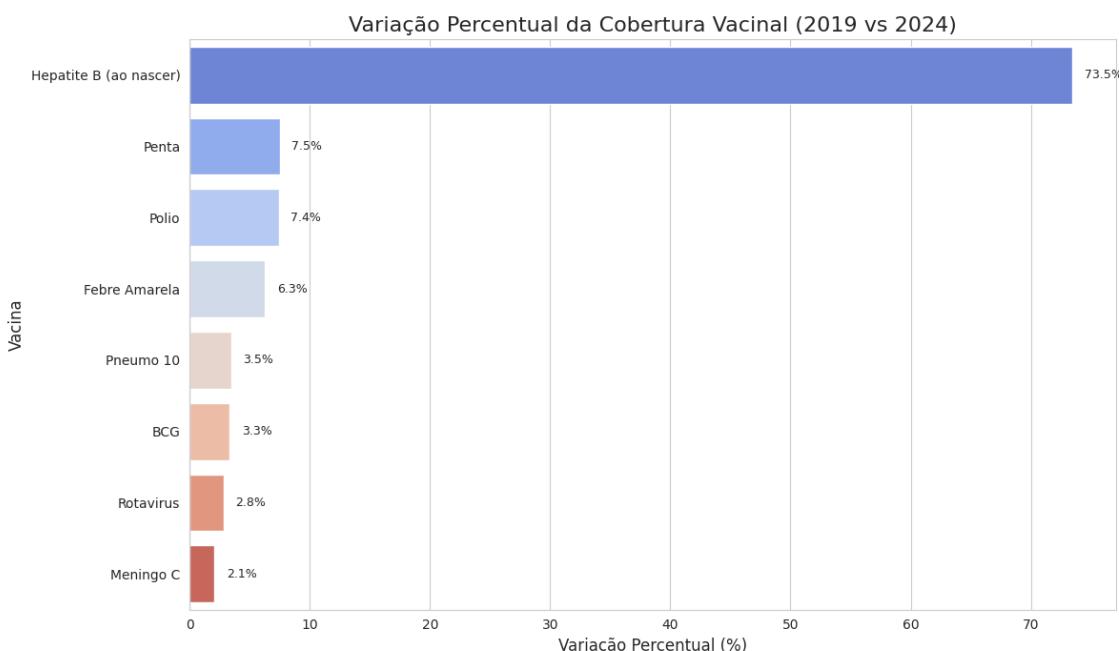
A análise da cobertura média por vacina no período 2019-2024 mostra que a maioria das vacinas apresentou médias próximas ou acima de 90%. A vacina BCG destacou-se com a maior média (96,1%), seguida por Pneumo 10 (94,5%), Meningo C (94,4%) e Penta (93,8%). As vacinas com as menores médias foram Febre Amarela (84,3%) e Hepatite B ao nascer (86,9%). É importante notar que, embora a meta seja 95% para a maioria, a vacina BCG tem meta de 90%, o que a coloca confortavelmente acima do esperado.

Gráfico 31 – Percentual de anos com meta de cobertura atingida



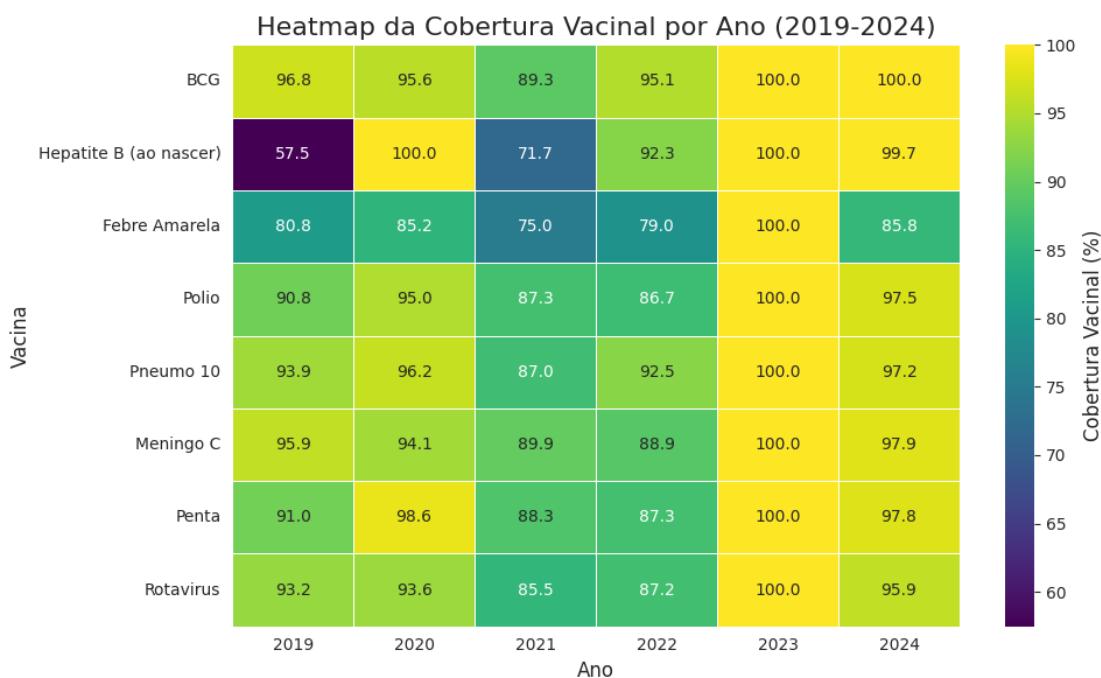
O percentual de anos em que a meta de 95% foi atingida reforça o bom desempenho da BCG (83,3% dos anos acima de 95%, lembrando que sua meta é 90%). As vacinas Polio, Pneumo 10, Meningo C, Penta e Hepatite B atingiram a meta em 50% dos anos (3 dos 6 anos). Rotavírus atingiu em 33,3% dos anos, enquanto a Febre Amarela foi a que menos atingiu a meta, em apenas 16,7% dos anos (1 dos 6 anos). Isso sugere uma dificuldade particular em manter a cobertura da Febre Amarela consistentemente alta.

Gráfico 32 - Variação Percentual (2019 vs 2024)



Comparando o início e o fim do período, observa-se um aumento na cobertura para todas as vacinas analisadas. O destaque absoluto é a Hepatite B ao nascer, com um impressionante aumento de 73,5% entre 2019 e 2024, partindo de uma cobertura inicial relativamente baixa (57,5%). As vacinas Penta (+7,5%), Polio (+7,4%) e Febre Amarela (+6,3%) também apresentaram aumentos relevantes. As demais vacinas (BCG, Pneumo 10, Meningo C, Rotavírus) tiveram aumentos mais modestos, entre 2,1% e 3,5%, partindo de coberturas já mais elevadas em 2019.

Gráfico 33 - Visão Geral (Heatmap)



O heatmap oferece uma visão consolidada da situação. Ele evidencia claramente o ano de 2021 como o de menor cobertura para quase todas as vacinas (tons mais claros), contrastando com 2023 e 2024, que apresentam as maiores coberturas (tons mais escuros). Também permite visualizar rapidamente as vacinas com desempenho consistentemente mais baixo (Febre Amarela e Hepatite B, especialmente nos primeiros anos) e aquelas com desempenho mais estável e alto (BCG).

4.8.1. Conclusões e Recomendações

A cobertura vacinal em União da Vitória apresentou uma trajetória positiva no período

de 2019 a 2024, apesar de uma queda expressiva em 2021, possivelmente associada aos impactos da pandemia de COVID-19 sobre os serviços de imunização. O município demonstrou capacidade de recuperação e fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações (PNI), alcançando níveis de cobertura considerados excelentes nos anos de 2023 e 2024, com desempenho superior à meta de 95% para a maioria dos imunobiológicos avaliados.

Entre os resultados mais relevantes, destacam-se as altas coberturas médias para praticamente todas as vacinas do calendário básico, a recuperação consistente após a queda de 2021 e a melhoria na homogeneidade entre as diferentes vacinas nos últimos anos. Observou-se, ainda, um aumento percentual positivo em todas as vacinas entre 2019 e 2024, com destaque para a Hepatite B ao nascer, que apresentou avanço expressivo. Esses indicadores refletem o comprometimento das equipes de Atenção Primária à Saúde e a eficiência das estratégias locais de busca ativa e vacinação extramuros, especialmente no contexto pós-pandêmico.

Entretanto, alguns pontos de atenção persistem e requerem monitoramento contínuo. A cobertura vacinal contra a Febre Amarela permaneceu abaixo das demais, apresentando dificuldades recorrentes para atingir a meta de 95%. Esse cenário indica a necessidade de aprofundar a análise das possíveis causas, incluindo a disponibilidade do imunobiológico, barreiras logísticas, receios da população e eventuais limitações relacionadas às áreas de recomendação da vacina. Além disso, a queda abrupta observada em 2021 evidencia a vulnerabilidade do programa de imunização diante de crises sanitárias e reforça a importância da manutenção de estratégias de contingência para garantir a continuidade da vacinação em períodos de emergência.

Diante desse panorama, recomenda-se a manutenção da vigilância ativa sobre as coberturas vacinais, com ênfase especial na Febre Amarela e na Hepatite B ao nascer, a fim de identificar precocemente fatores que dificultem o alcance das metas preconizadas. É fundamental também garantir a homogeneidade entre as diferentes vacinas e áreas do município, assegurando equidade no acesso às ações de imunização. Por fim, recomenda-se o fortalecimento dos planos de contingência e das estratégias de comunicação em saúde, de modo a sustentar as altas coberturas alcançadas e prevenir oscilações decorrentes de eventos externos.

Em síntese, o panorama da cobertura vacinal de União da Vitória é amplamente positivo, especialmente nos anos mais recentes, refletindo o compromisso municipal com a saúde preventiva e a imunização da população. Contudo, é imprescindível a continuidade do monitoramento, a análise sistemática dos indicadores e o aprimoramento das estratégias locais,

garantindo a manutenção dos bons resultados e o enfrentamento efetivo dos desafios específicos ainda existentes.

4.9. AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

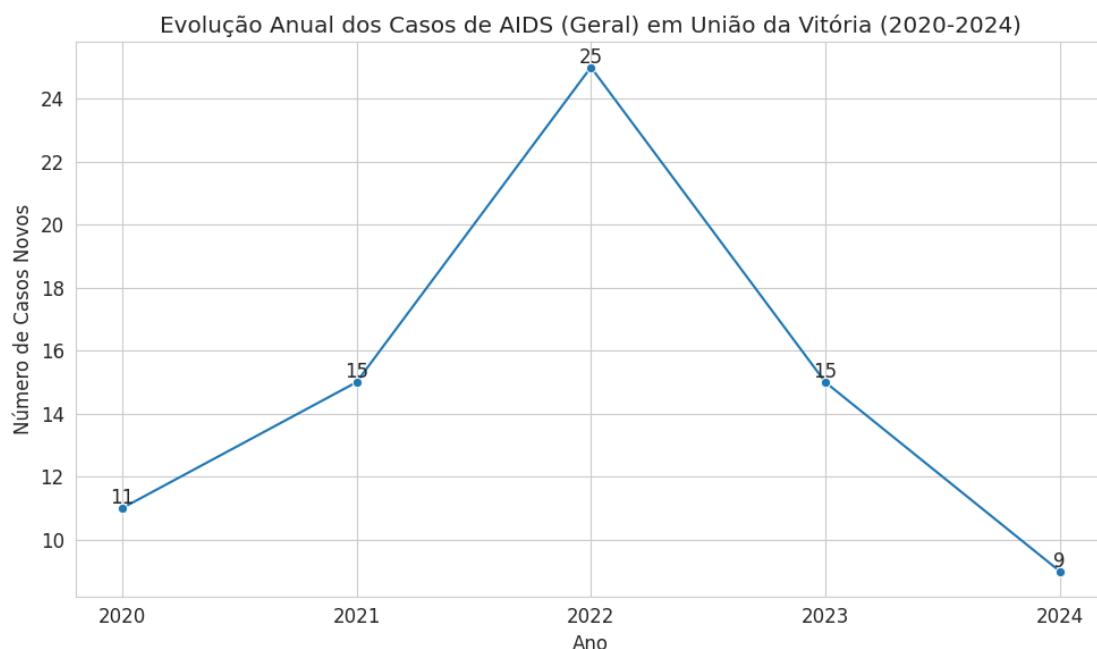
4.9.1. Número de casos de aids em menores de 5 anos, infecção pelo hiv em gestantes e número de casos de hiv e aids na população geral.

4.9.1.1. Análise de Casos de AIDS (Geral)

No período de 2020 a 2024, foram notificados um total de 75 casos novos de AIDS na população geral de União da Vitória, resultando em uma média de 15 casos por ano.

A evolução anual dos casos apresentou uma tendência de aumento inicial, seguida por uma redução nos últimos dois anos. O número de casos foi de 11 em 2020, subindo para 15 em 2021 e atingindo um pico de 25 casos em 2022. Posteriormente, houve uma queda para 15 casos em 2023 e 9 casos em 2024.

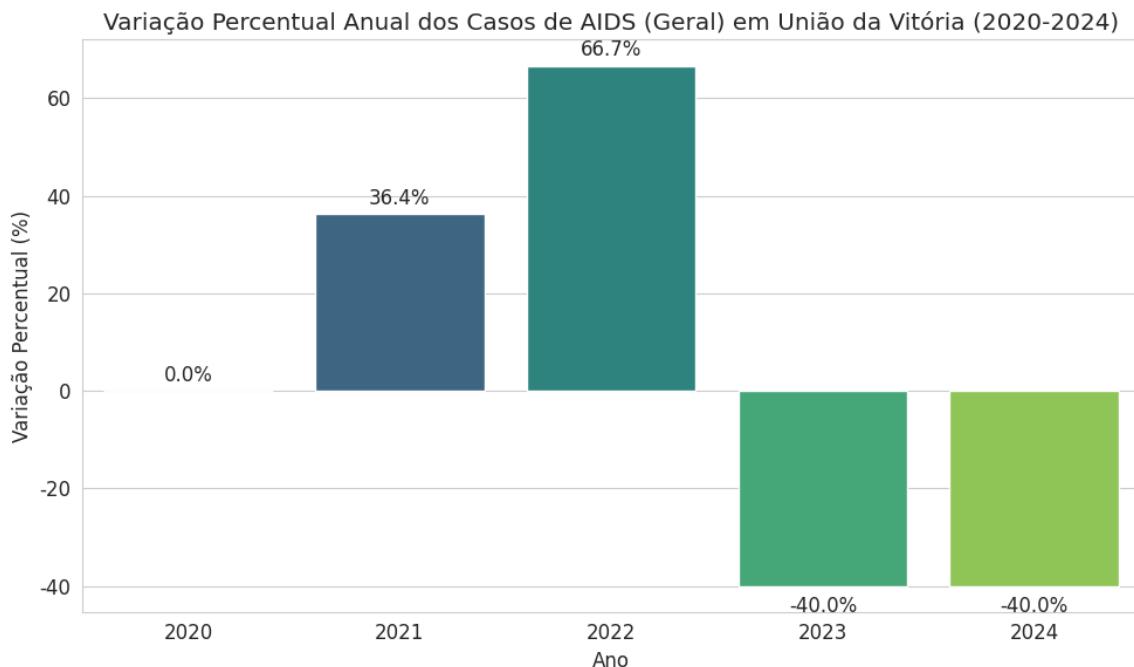
Gráfico 34 – Evolução anual de casos de AIDS (Geral)



A variação percentual anual reflete essa dinâmica. Houve um aumento de 36,4% de 2020 para 2021 e um aumento expressivo de 66,7% de 2021 para 2022. Em seguida, registraram-se quedas consecutivas de 40,0% tanto de 2022 para 2023 quanto de 2023 para

2024.

Gráfico 35 – Variação percentual anual dos casos de AIDS (Geral)



Comparando o início e o fim do período, observou-se uma redução de 18,2% no número de casos novos de AIDS entre 2020 (11 casos) e 2024 (9 casos).

4.9.2. Análise de Casos de AIDS (< 5 anos)

Durante todo o período analisado (2020-2024), não foi notificado nenhum caso novo de AIDS em menores de 5 anos em União da Vitória. Este é um indicador positivo, sugerindo sucesso nas medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

A análise dos dados disponíveis para o período 2020-2024 em União da Vitória revela:

AIDS (Geral): Um total de 75 casos, com média de 15 por ano. Observou-se um pico significativo em 2022 (25 casos), seguido por uma tendência de queda em 2023 e 2024. A variação total no período foi de -18,2%.

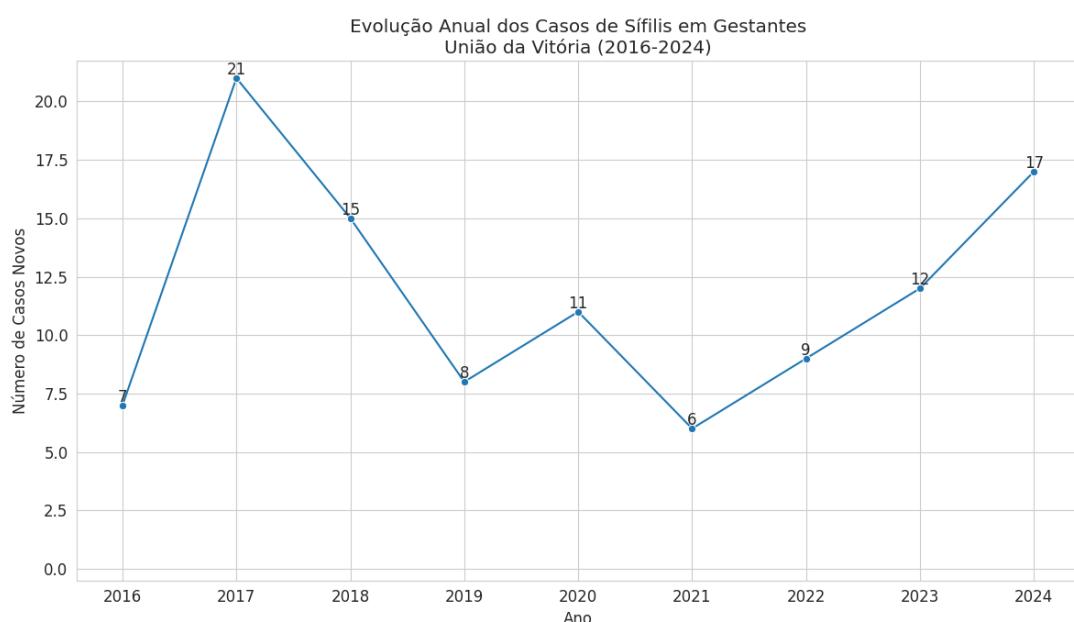
AIDS (< 5 anos): Ausência de casos notificados, indicando um cenário positivo quanto à transmissão vertical.

4.9.3. Análise de Casos de Sífilis em Gestantes (2016-2024)

No período de 2016 a 2024, foram notificados um total de 106 casos de Sífilis em Gestantes, com uma média de aproximadamente 11,8 casos por ano.

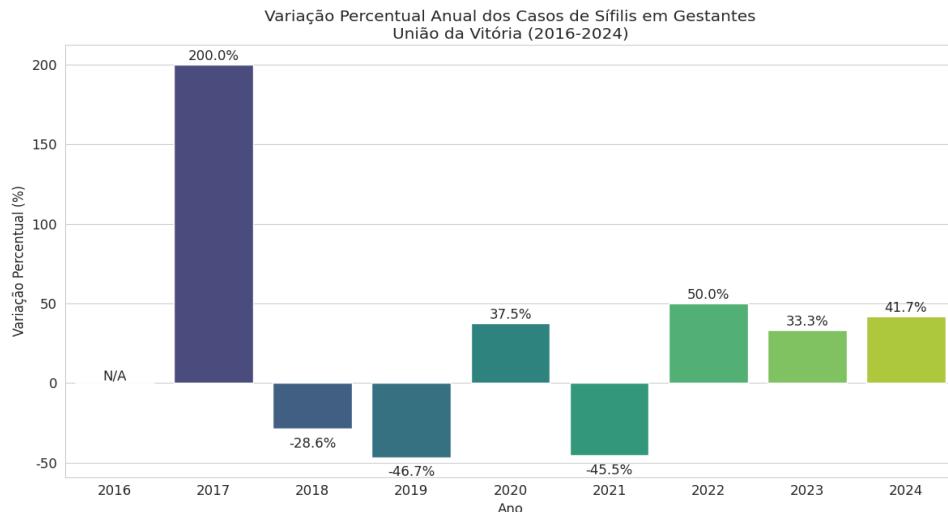
A evolução anual apresentou flutuações significativas. O número de casos iniciou em 7 em 2016, atingiu um pico de 21 casos em 2017, seguido por quedas e aumentos subsequentes, com o menor número registrado em 2021 (6 casos) e um novo aumento para 17 casos em 2024.

Gráfico 36 – Evolução anual dos casos de sífilis em gestantes



A variação percentual anual reflete essa instabilidade, com um aumento expressivo de 200% de 2016 para 2017, seguido por quedas e aumentos nos anos seguintes. A variação de 2023 para 2024 foi de +41,7%.

Gráfico 37 – Variação percentual anual de casos de sífilis em gestantes



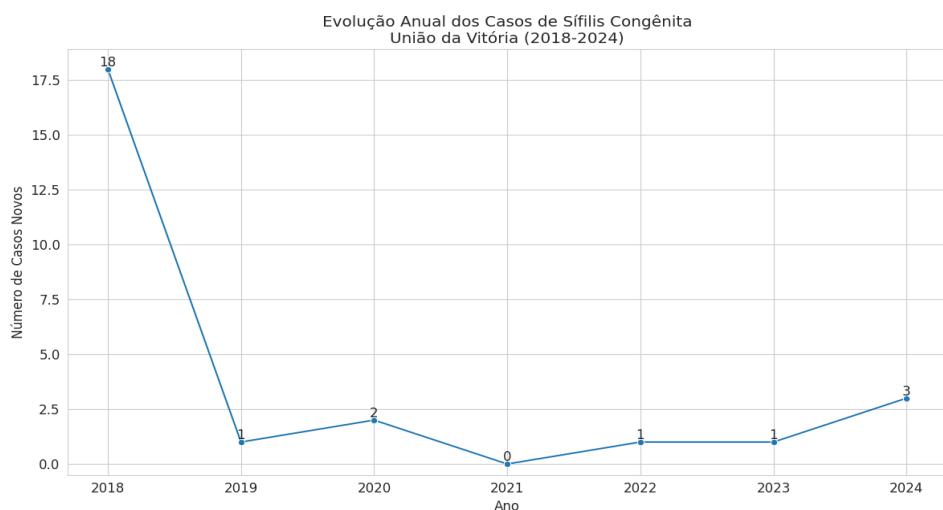
Comparando o início e o fim do período (2016 vs 2024), observou-se um aumento expressivo de 142,9% no número de casos de Sífilis em Gestantes.

Análise de Casos de Sífilis Congênita (2018-2024)

Para o período de 2018 a 2024, foram notificados 26 casos de Sífilis Congênita, resultando em uma média de aproximadamente 3,7 casos por ano.

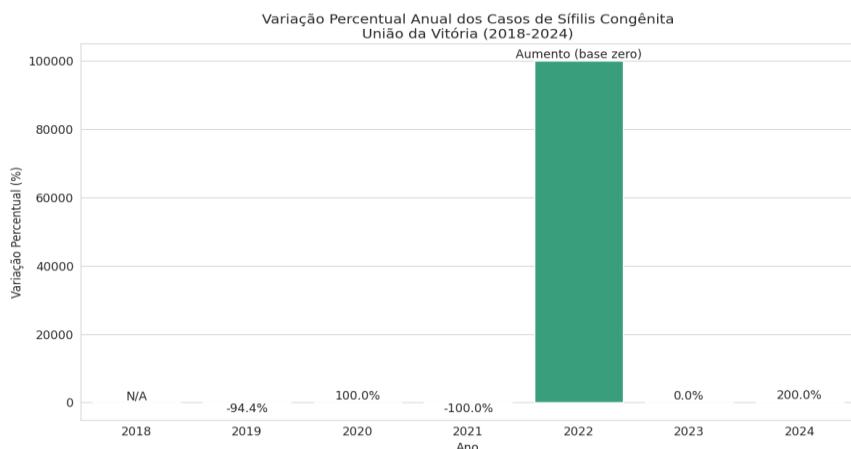
A série histórica iniciou com um número elevado de 18 casos em 2018, seguido por uma queda drástica para 1 caso em 2019 e 2 casos em 2020. Nenhum caso foi registrado em 2021. Nos anos seguintes, os números permaneceram baixos (1 caso em 2022 e 2023, 3 casos em 2024).

Gráfico 38 – Evolução anual dos casos de sífilis congênita



A variação percentual anual mostra a grande redução de 94,4% de 2018 para 2019 e a redução de 100% de 2020 para 2021 (zero casos). O aumento de 0 para 1 caso em 2022 resulta em uma variação percentual infinita (indicada como "Aumento (base zero)" no gráfico), e o aumento de 1 para 3 casos em 2024 representa uma variação de 200%.

Gráfico 39 – Variação percentual anual dos casos de sífilis congênita



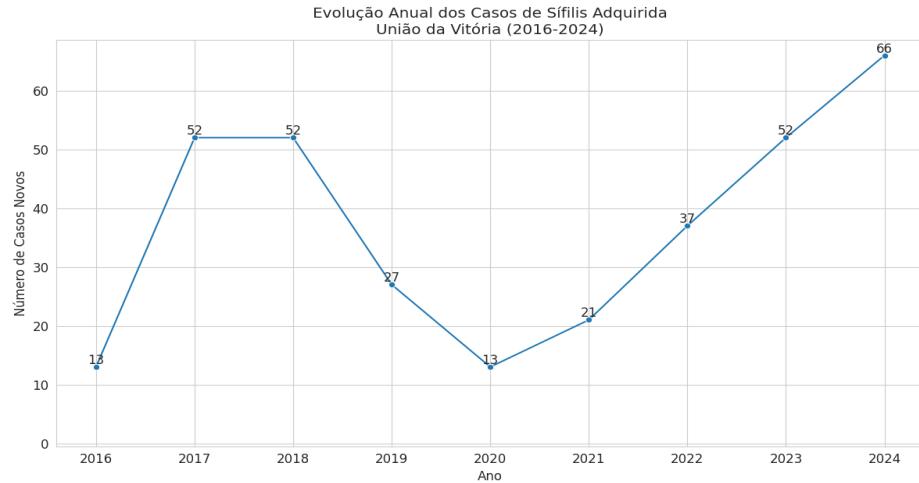
Comparando 2018 e 2024, houve uma redução significativa de 83,3% nos casos de Sífilis Congênita

4.9.4. Análise de Casos de Sífilis Adquirida (2016-2024)

No período de 2016 a 2024, foram notificados 333 casos de Sífilis Adquirida, com uma média de 37 casos por ano.

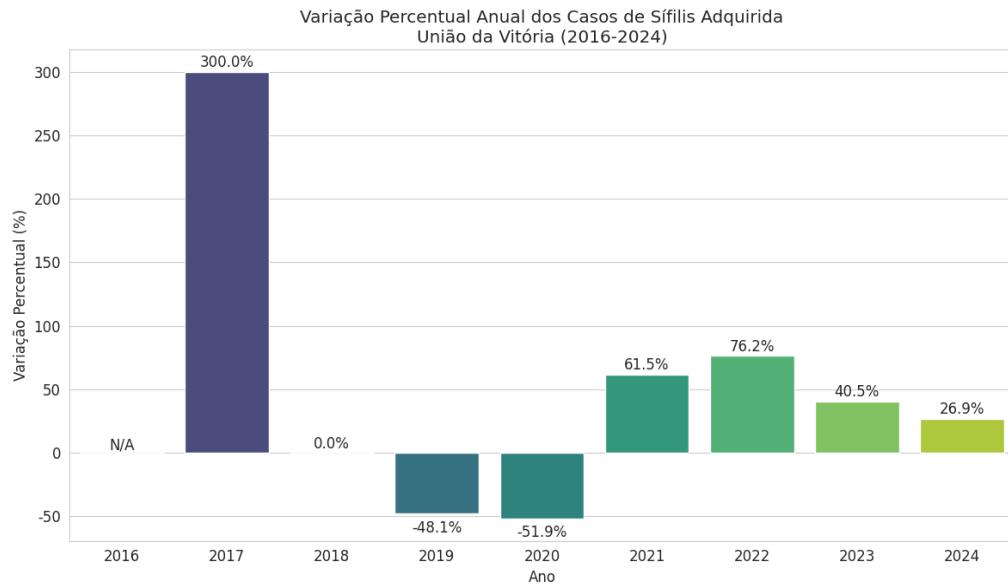
A evolução anual mostra uma tendência geral de aumento, embora com flutuações. O número de casos saltou de 13 em 2016 para 52 em 2017 e 2018. Seguiu-se uma queda para 27 em 2019 e 13 em 2020. A partir de 2021, os casos voltaram a subir consistentemente, atingindo 66 casos em 2024, o maior número do período.

Gráfico 40 – Evolução anual dos casos de sífilis adquirida



A variação percentual anual destaca o grande aumento inicial (300% de 2016 para 2017), as quedas acentuadas em 2019 (-48,1%) e 2020 (-51,9%), e os aumentos expressivos nos anos seguintes, culminando em +26,9% de 2023 para 2024.

Gráfico 41 – Variação percentual anual dos casos de sífilis adquirida



Comparando 2016 e 2024, observou-se um aumento alarmante de 407,7% no número de casos de Sífilis Adquirida, indicando um desafio crescente para a saúde pública no município.

4.9.5. Conclusão

A análise dos casos de Sífilis em União da Vitória (2016-2024) revela cenários distintos para cada tipo:

- Sífilis em Gestantes: Apresenta um aumento geral significativo (+142,9%) no período, com flutuações anuais, indicando a necessidade de reforçar o rastreamento e tratamento durante o pré-natal.
- Sífilis Congênita: Mostra uma redução expressiva (-83,3%) desde o pico em 2018, que está condicionado ao fato da mudança nos critérios de diagnóstico no final de 2018, também pode sugerir melhorias na prevenção da transmissão vertical.
- Sífilis Adquirida: Demonstra um aumento preocupante e expressivo (+407,7%) ao longo do período, tornando-se o principal componente da carga da doença no município e exigindo estratégias intensificadas de prevenção, diagnóstico e tratamento na população geral. Este aumento pode também estar condicionado a notificação de casos suspeitos pelos laboratórios de análises clínicas, que antigamente não realizavam notificações.

A combinação do aumento da sífilis em gestantes e da sífilis adquirida, apesar da redução da congênita, aponta para a necessidade de ações abrangentes de controle da sífilis em União da Vitória.

4.9.5.1. Recomendações

4.9.5.1.1. Prevenção e Promoção da Saúde

Objetivo: Reduzir a transmissão da sífilis na população geral e em grupos prioritários.

1: Intensificar as campanhas de informação e conscientização sobre a sífilis, seus modos de transmissão, sinais e sintomas, formas de prevenção (uso de preservativos), importância do diagnóstico precoce e tratamento.

2: Ampliar a oferta e facilitar o acesso a preservativos masculinos e femininos em todos os serviços de saúde, escolas, espaços comunitários e locais de grande circulação.

3: Promover ações de educação em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens, em parceria com escolas e outros setores.

4: Realizar ações de prevenção direcionadas a populações prioritárias (ex: homens que

fazem sexo com homens - HSH, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas), considerando suas especificidades.

5: Estimular a testagem para sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em momentos oportunos, como consultas de rotina, planejamento familiar e em ações extramuros.

4.9.5.1.2. Diagnóstico Oportuno

Objetivo: Garantir o diagnóstico precoce da sífilis para permitir o tratamento imediato e interromper a cadeia de transmissão.

1: Ampliar a oferta de testes rápidos para sífilis em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros pontos da rede de atenção, incluindo maternidades e serviços de pronto atendimento.

2: Garantir a testagem para sífilis (VDRL/RPR e/ou teste treponêmico) no primeiro trimestre da gestação (idealmente na primeira consulta de pré-natal), no terceiro trimestre e no momento do parto/curetagem, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

3: Assegurar a testagem de todas as parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis.

4: Implementar estratégias de busca ativa de sintomáticos e de pessoas com maior vulnerabilidade para a testagem.

5: Capacitar os profissionais de saúde para a correta solicitação, interpretação dos testes diagnósticos (treponêmicos e não treponêmicos) e manejo dos resultados.

4.9.5.1.3. Tratamento Adequado e Acompanhamento

Objetivo: Assegurar o tratamento correto e completo de todos os casos diagnosticados de sífilis e o acompanhamento para confirmação da cura.

1 (Sífilis Adquirida): Garantir a disponibilidade de penicilina benzatina em todas as unidades de saúde para o tratamento imediato dos casos diagnosticados, conforme os esquemas terapêuticos preconizados pelo PCDT-IST do Ministério da Saúde.

2 (Sífilis em Gestantes): Priorizar o tratamento imediato da gestante com sífilis com penicilina benzatina, idealmente na mesma unidade onde foi diagnosticada. Garantir o esquema terapêutico adequado à fase clínica da doença e o acompanhamento com VDRL mensal até o parto e após, para monitoramento da resposta terapêutica.

3 (Sífilis Congênita): Assegurar a investigação completa e o tratamento adequado de todos os recém-nascidos expostos à sífilis ou com diagnóstico de sífilis congênita, conforme as diretrizes nacionais. Garantir o seguimento clínico-laboratorial dessas crianças.

4: Implementar estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, como aconselhamento, busca ativa de faltosos.

5: Garantir o monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e em gestantes com VDRL trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano, ou conforme orientação do PCDT.

4.9.5.1.4. Manejo de Parcerias Sexuais

Objetivo: Interromper a cadeia de transmissão da sífilis através da testagem e tratamento das parcerias sexuais.

1: Orientar e sensibilizar todos os pacientes com sífilis sobre a importância da comunicação e convocação de suas parcerias sexuais para testagem e tratamento.

2: Oferecer testagem e tratamento presuntivo (epidemiológico) para as parcerias sexuais de casos de sífilis, especialmente de gestantes, mesmo que assintomáticos e com teste rápido não reagente (considerando a janela imunológica), conforme PCDT.

3: Desenvolver estratégias para facilitar o acesso das parcerias sexuais aos serviços de saúde para testagem e tratamento.

4.10. SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR ANO DE DIAGNÓSTICO 2014 – 2024

A Tuberculose (TB) permanece como um significativo problema de saúde pública em escala global e no Brasil, sendo uma doença infecciosa e transmissível causada pela bactéria **Mycobacterium tuberculosis**, também conhecida como bacilo de Koch. A transmissão ocorre principalmente por via aérea através da fala, espirro ou tosse de pessoas com tuberculose pulmonar ativa. Apesar de ser uma doença curável, especialmente com diagnóstico precoce e tratamento adequado, a TB ainda é responsável por uma elevada carga de morbimortalidade em diversas regiões.

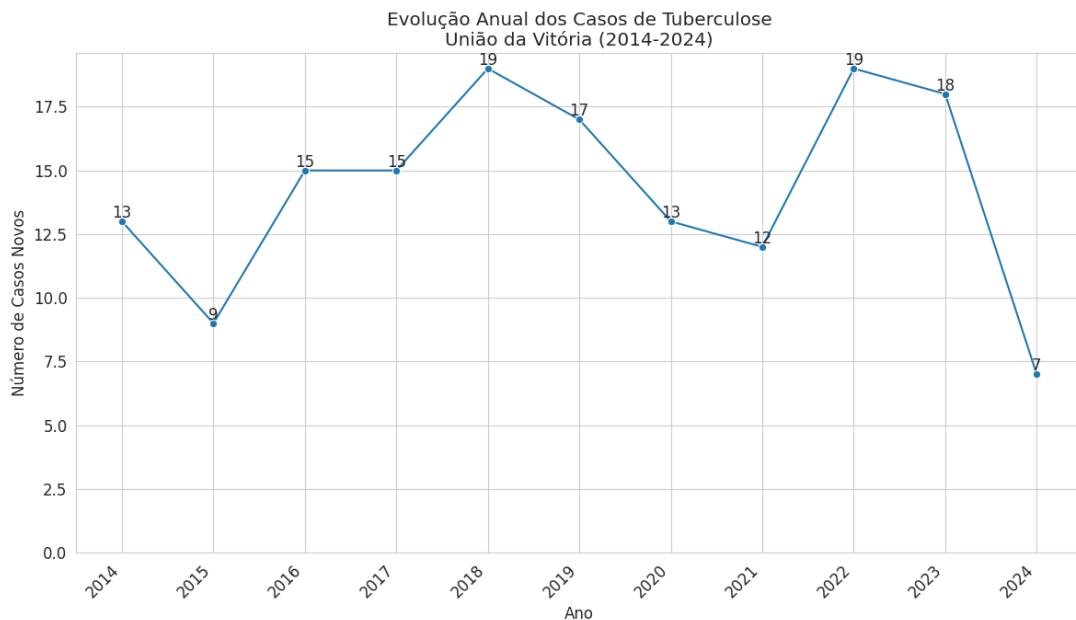
O monitoramento epidemiológico dos casos de tuberculose é fundamental para compreender a magnitude da doença em nível local, identificar tendências, avaliar o impacto

das estratégias de controle e direcionar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento.

No período de 2014 a 2024, foram notificados um total de 157 casos novos de Tuberculose em União da Vitória. Isso representa uma média de aproximadamente 14,3 casos por ano.

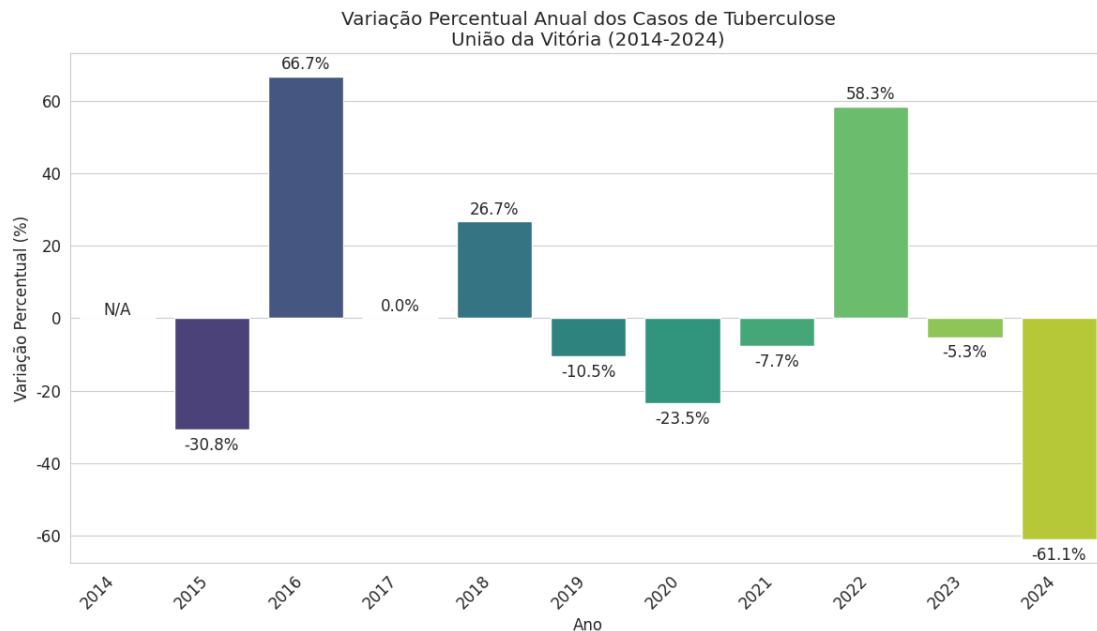
A evolução anual dos casos apresentou flutuações consideráveis ao longo do período. Iniciou com 13 casos em 2014, caiu para 9 em 2015, e depois apresentou picos de 19 casos em 2018 e novamente em 2022. O ano de 2024 registrou o menor número de casos da série histórica, com apenas 7 notificações.

Gráfico 42 – Evolução anual dos casos de tuberculose



A variação percentual anual reflete essa instabilidade. Houve quedas notáveis em 2015 (-30,8%), 2020 (-23,5%) e especialmente em 2024 (-61,1%). Por outro lado, aumentos expressivos ocorreram em 2016 (+66,7%), 2018 (+26,7%) e 2022 (+58,3%).

Gráfico 43 – Variação percentual dos casos de tuberculose



Comparando o início e o fim do período (2014 vs 2024), observou-se uma redução significativa de 46,2% no número de casos novos de Tuberculose notificados anualmente.

4.10.1. Conclusão

A análise da série histórica de casos de Tuberculose em União da Vitória (2014-2024) indica uma tendência geral de redução no número de notificações, com uma queda de quase metade dos casos entre o início e o fim do período. No entanto, essa tendência não foi linear, apresentando flutuações importantes, com anos de aumento expressivo (2016, 2018, 2022) intercalados com anos de redução.

A queda acentuada observada em 2024 (7 casos, uma redução de 61,1% em relação a 2023) merece atenção especial. É importante investigar se essa redução reflete uma diminuição real da incidência da doença ou se pode estar relacionada a fatores como subnotificação ou atraso no diagnóstico e notificação. Recomenda-se o monitoramento contínuo dos dados nos próximos anos para confirmar essa tendência e avaliar o impacto das ações de controle da tuberculose no município.

É provável que a diminuição nos casos notificados de tuberculose em União da Vitória em 2020 (13 casos) e 2021 (12 casos), em comparação com 2019 (17 casos), esteja relacionada

à pandemia de COVID-19.

Vários fatores associados à pandemia podem ter contribuído para uma aparente redução nas notificações, que não necessariamente reflete uma diminuição real na incidência da doença:

Dificuldade de Acesso aos Serviços de Saúde: Lockdowns, medo de contrair COVID-19 em unidades de saúde e a sobrecarga geral do sistema de saúde podem ter dificultado o acesso das pessoas com sintomas de tuberculose ao diagnóstico e tratamento.

Redirecionamento de Recursos: Recursos humanos, laboratoriais e financeiros foram amplamente direcionados para o combate à COVID-19, potencialmente reduzindo a capacidade de diagnóstico e vigilância da tuberculose.

Subnotificação: A própria capacidade de notificação dos casos diagnosticados pode ter sido afetada pela sobrecarga administrativa e foco na pandemia.

Diagnóstico Diferencial: A semelhança de alguns sintomas (tosse, febre) pode ter levado a atrasos no diagnóstico correto da tuberculose.

Esse fenômeno de queda nas notificações de tuberculose durante os anos de pico da pandemia foi observado em diversas partes do mundo e no Brasil. O aumento subsequente em 2022 (para 19 casos) pode, inclusive, refletir em parte o diagnóstico de casos que foram represados nos anos anteriores, somado à continuidade da transmissão.

Portanto, embora os dados mostrem uma queda em 2020-2021, é crucial interpretar esses números com cautela, considerando o forte impacto da pandemia nos serviços de saúde e na vigilância epidemiológica naquele período específico. A queda acentuada em 2024, no entanto, ocorre em um contexto diferente e merece investigação mais aprofundada, como mencionado no relatório anterior.

4.11. NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE 2021 – 2024

A hanseníase, uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, continua sendo um problema de saúde pública em algumas regiões do Brasil, apesar dos esforços para sua eliminação. A doença afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo levar a incapacidades físicas permanentes se não diagnosticada e tratada precocemente. A vigilância epidemiológica e o monitoramento contínuo dos casos e dos indicadores relacionados são fundamentais para direcionar as ações de controle e prevenção.

4.11.1. Indicador de Contatos Examinados

O exame de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase é uma estratégia crucial para a detecção precoce de novos casos e interrupção da cadeia de transmissão. Em 2024, o indicador de percentual de contatos de casos novos examinados foi de 100% em União da Vitória. É importante notar que este percentual se refere aos contatos dos casos diagnosticados naquele ano. Como não houve casos em 2024, este indicador pode se referir a contatos de casos diagnosticados no final de 2023 ou ter sido registrado como 100% por padrão na ausência de casos novos que demandassem exame de contatos.

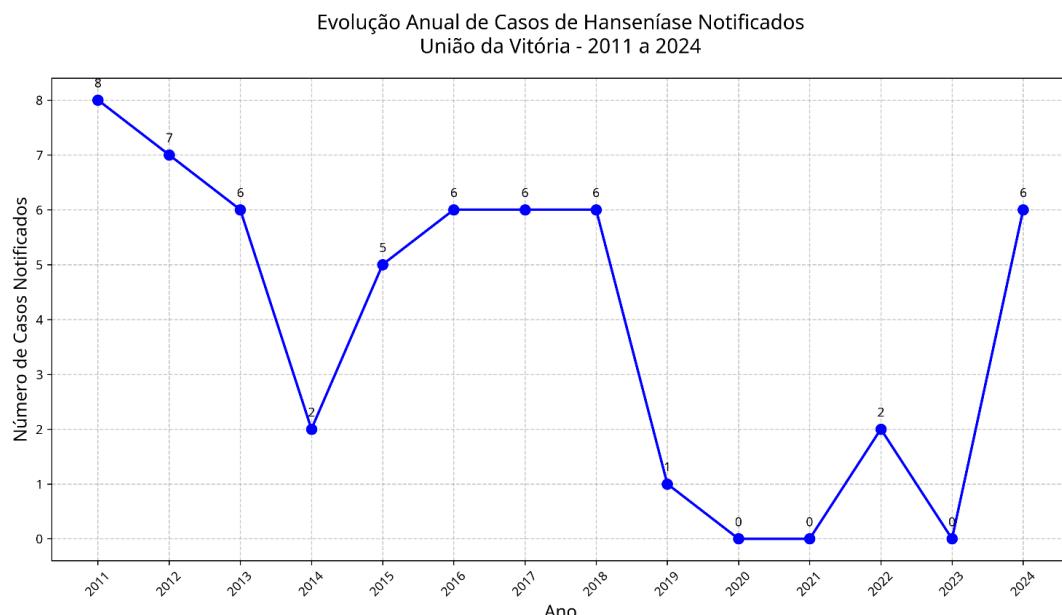
4.11.2. Série Histórica de Casos de Hanseníase (2011-2024)

No período de 2011 a 2024, foram notificados um total de 55 casos de hanseníase em União da Vitória. A média anual de casos notificados foi de aproximadamente 3,93 casos/ano.

O ano com o maior número de notificações foi 2011, com 8 casos. Por outro lado, os anos de 2020, 2021 e 2023 registraram zero casos notificados, sendo 2020 o primeiro ano da série a apresentar ausência de notificações. Em 2022, houve um pequeno ressurgimento com 2 casos, e em 2024, foram notificados 6 casos.

A evolução anual dos casos de hanseníase pode ser observada no gráfico abaixo:

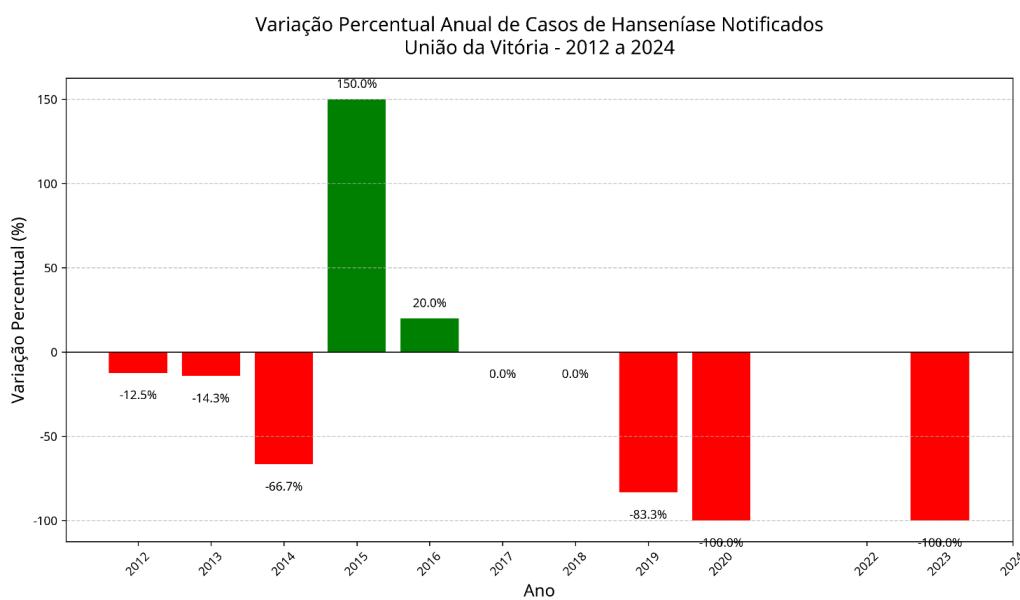
Gráfico 44 – Evolução anual de casos de hanseníase notificados



Analizando a tendência geral, observa-se uma redução de 25,0% no número de casos notificados ao comparar o primeiro ano da série (2011, com 8 casos) com o último ano (2024, com 6 casos). No entanto, a série histórica apresenta oscilações importantes. Houve uma tendência de queda mais acentuada entre 2011 e 2014 (de 8 para 2 casos), seguida por um período de relativa estabilidade com números mais baixos (entre 5 e 6 casos de 2015 a 2018), uma queda drástica em 2019 (1 caso) e a ausência de casos em 2020 e 2021. O ano de 2024 apresentou um aumento em relação aos três anos anteriores (0, 0 e 2 casos), atingindo 6 casos, um patamar semelhante ao observado entre 2015 e 2018.

A variação percentual anual dos casos notificados, apresentada no gráfico seguinte, ilustra essas flutuações:

Gráfico 45 – Variação percentual anual de casos de hanseníase notificados



As maiores quedas percentuais ocorreram em 2014 (-66,7% em relação a 2013) e em 2019 (-83,3% em relação a 2018). Por outro lado, os maiores aumentos percentuais foram observados em 2015 (+150% em relação a 2014), em 2022 (após dois anos sem casos, o que torna não aplicável, mas que representa o surgimento de 2 casos) e 2024 (+200% em relação a 2022, com 6 casos notificados após um ano sem registros).

A ausência de casos em 2020 e 2021 pode estar, em parte, relacionada ao impacto da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde e na busca por diagnóstico por parte da população. O aumento em 2024, após um ano sem casos em 2023, merece atenção para investigar se representa um aumento real da transmissão ou uma melhoria na detecção e

notificação.

4.11.3. Proporção de Contatos Domiciliares Examinados (2024)

Um indicador crucial para o controle da hanseníase é a investigação dos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados, visando a detecção precoce de novos casos e a interrupção da cadeia de transmissão.

Em 2024, para os casos novos de hanseníase diagnosticados em União da Vitória:

- Número de Contatos Domiciliares Registrados: 11
- Número de Contatos Domiciliares Examinados: 10
- Proporção de Contatos Domiciliares Examinados: 90,90%

Este resultado é positivo e demonstra um bom desempenho do serviço de vigilância na investigação dos contatos. O Ministério da Saúde preconiza que pelo menos 80% dos contatos domiciliares de casos novos de hanseníase sejam examinados. O valor de 90,90% alcançado em 2024 supera essa meta, indicando um esforço importante na busca ativa e prevenção de novos casos no ambiente familiar dos pacientes diagnosticados.

A análise da série histórica de hanseníase em União da Vitória (2011-2024) revela uma média de aproximadamente 4 casos anuais, com uma tendência geral de redução de 25% no número de casos entre o início e o fim do período. No entanto, a ocorrência da doença no município é marcada por oscilações, incluindo anos sem notificação (2020, 2021, 2023) e um aumento para 6 casos em 2024.

A proporção de contatos domiciliares examinados em 2024 (90,90%) é um indicador positivo, superando as metas nacionais e demonstrando um bom trabalho na vigilância dos comunicantes.

Apesar da baixa endemicidade aparente em alguns anos, a persistência de casos e o aumento observado em 2024 reforçam a necessidade de manutenção e fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e completo, e investigação de contatos para o controle efetivo da hanseníase em União da Vitória.

Recomendações

Manter a Vigilância Ativa: Continuar o monitoramento epidemiológico da hanseníase, com atenção às flutuações no número de casos e investigação de possíveis surtos ou aumento da transmissão, especialmente após o aumento observado em 2024.

Fortalecer o Diagnóstico Precoce: Intensificar as ações de busca ativa de casos suspeitos, especialmente em áreas com histórico de notificações, e capacitar os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas da hanseníase.

Garantir o Tratamento Oportuno e Completo: Assegurar o acesso ao tratamento poliquimioterápico (PQT) para todos os casos diagnosticados e monitorar a adesão para garantir a cura e prevenir incapacidades.

Sustentar a Investigação de Contatos: Manter o excelente desempenho na investigação e exame dos contatos domiciliares, buscando alcançar 100% de cobertura sempre que possível.

Educação em Saúde: Promover ações de educação em saúde para a população sobre a hanseníase, desmistificando a doença, incentivando a procura por serviços de saúde ao surgimento de lesões de pele suspeitas e combatendo o estigma.

4.12. NÚMERO DE CASOS DE HEPATITE B E C POR ANO DE DIAGNÓSTICO 2021 – 2024.

As hepatites virais, particularmente as causadas pelos vírus B (HBV) e C (HCV), representam um significativo problema de saúde pública globalmente e no Brasil. Ambas podem evoluir para formas crônicas, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, impactando a morbimortalidade da população. A vigilância epidemiológica contínua é essencial para monitorar a incidência, identificar populações vulneráveis, avaliar o impacto das estratégias de prevenção (como a vacinação para Hepatite B) e controle, e direcionar políticas públicas.

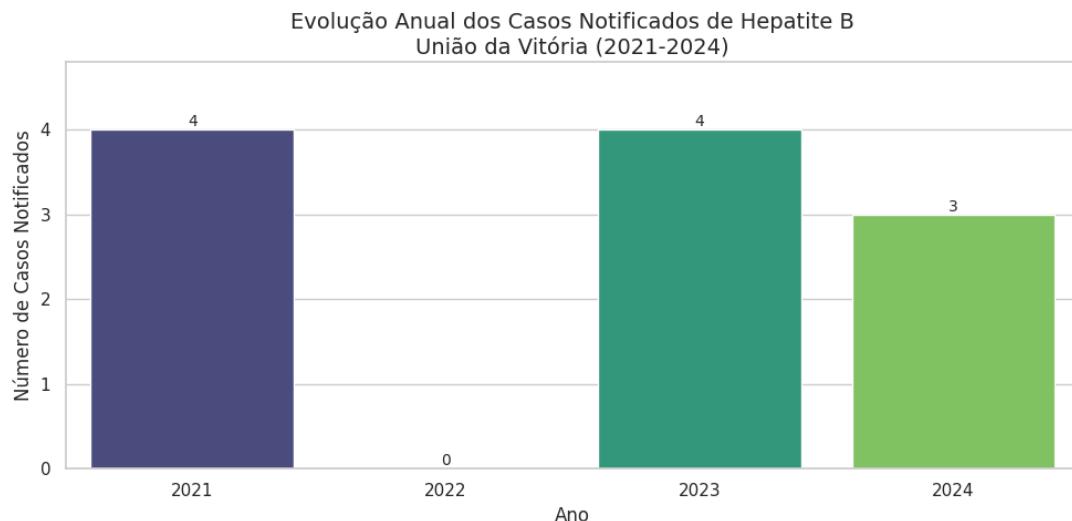
4.12.1. Hepatite B

No período de 2021 a 2024 (4 anos), foram notificados um total de 11 casos de Hepatite B em União da Vitória. A média anual foi de 2,75 casos.

O número de casos anuais apresentou flutuação: 4 casos em 2021, seguido por uma ausência de notificações (0 casos) em 2022, um retorno a 4 casos em 2023 e, finalmente, 3 casos em 2024. O ano de 2022 registrou o número mínimo de casos (0), enquanto 2021 e 2023 registraram o número máximo (4 casos).

A evolução anual dos casos de Hepatite B pode ser visualizada no gráfico abaixo:

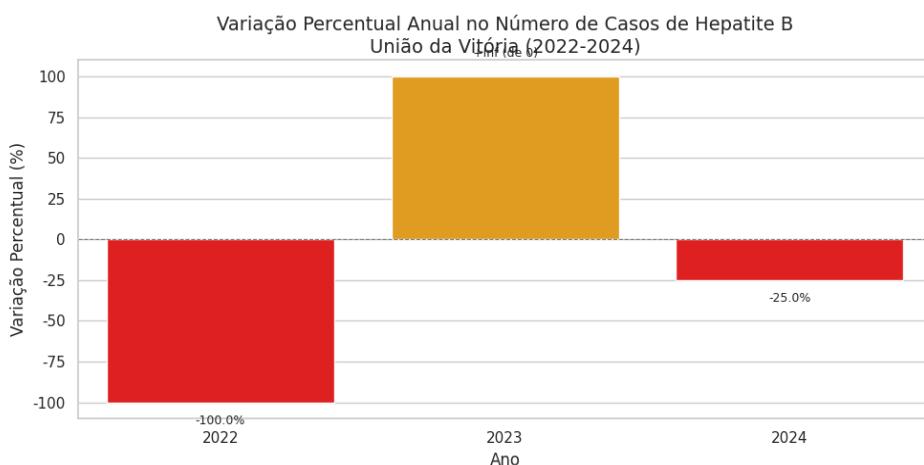
Gráfico 46 – Evolução anual dos casos de hepatite B



Comparando o número de casos notificados no início e no fim da série, observa-se uma redução de 25,0% (de 4 casos em 2021 para 3 casos em 2024).

A variação percentual anual demonstra a queda abrupta para zero em 2022 (-100%), seguida por um aumento (infinito, partindo de zero) em 2023 e uma nova redução em 2024 (-25%).

Gráfico 47 – Variação percentual anual no número de casos de hepatite B



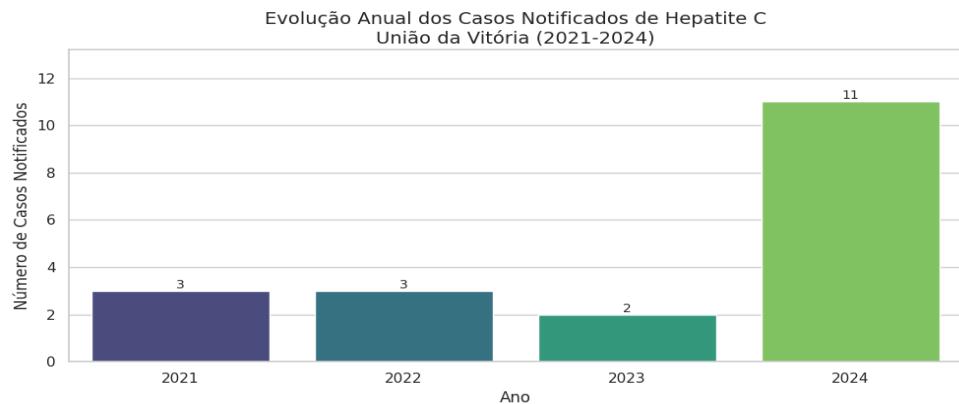
4.12.2. Hepatite C

Para a Hepatite C, foram notificados um total de 19 casos no mesmo período (2021-2024), resultando em uma média anual de 4,75 casos.

A distribuição anual dos casos foi a seguinte: 3 casos em 2021, 3 casos em 2022, uma leve redução para 2 casos em 2023, e um aumento expressivo para 11 casos em 2024. O ano de 2023 registrou o número mínimo de casos (2), enquanto 2024 registrou o número máximo (11).

A evolução anual dos casos de Hepatite C é apresentada no gráfico a seguir:

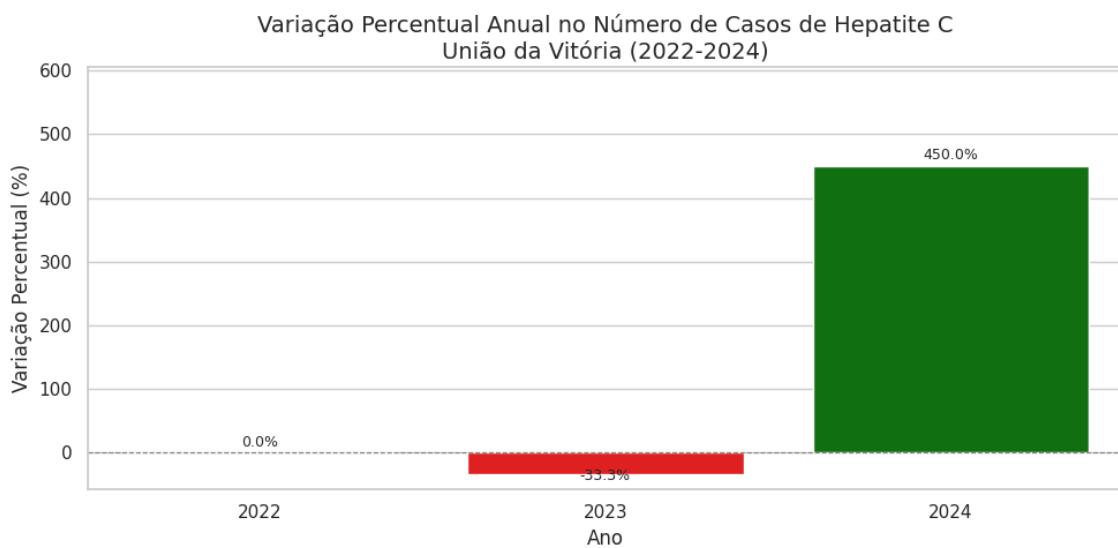
1. *Gráfico 48 – Evolução anual dos casos notificados de hepatite C*



Ao comparar o início e o fim da série, verifica-se um aumento significativo de 266,7% no número de casos notificados (de 3 casos em 2021 para 11 casos em 2024).

A variação percentual anual mostra estabilidade entre 2021 e 2022 (0%), uma redução em 2023 (-33,3%) e um aumento muito acentuado em 2024 (+450,0%).

Gráfico 49 – Variação percentual anual no número de casos de hepatite C



A análise dos dados de 2021 a 2024 para União da Vitória revela comportamentos distintos para as Hepatites B e C.

A Hepatite B apresentou um número relativamente baixo de casos (média de 2,75/ano) e uma tendência geral de redução (-25%) no período, apesar da oscilação com zero casos em 2022. A existência de vacina eficaz contra a Hepatite B, disponível no Calendário Nacional de Vacinação, é um fator importante que contribui para o controle da doença, embora a ocorrência de casos ainda indique a necessidade de manter e fortalecer as estratégias de vacinação e prevenção.

Por outro lado, a Hepatite C apresentou uma média anual ligeiramente superior (4,75 casos/ano) e, mais notavelmente, uma forte tendência de aumento (+266,7%) no período, impulsionada por um pico expressivo de 11 casos em 2024. Este aumento acentuado em 2024 (+450% em relação a 2023) se deve principalmente a um surto da doença ocorrido na hemodiálise de um hospital de União da Vitoria. A ausência de vacina para Hepatite C reforça a importância das estratégias de prevenção focadas na redução de riscos (uso de material estéril, triagem de sangue, etc.) e no diagnóstico precoce para tratamento oportuno, que atualmente oferece altas taxas de cura.

O aumento expressivo de Hepatite C em 2024 contrasta com a relativa estabilidade ou redução observada para outras doenças analisadas (como Tuberculose e Hanseníase) no mesmo período, sugerindo fatores específicos relacionados à dinâmica de transmissão ou vigilância da Hepatite C.

4.12.3. Conclusão

A análise epidemiológica das Hepatites B e C em União da Vitória entre 2021 e 2024 mostrou uma tendência de redução nos casos de Hepatite B (-25,0%) e um aumento alarmante nos casos de Hepatite C (+266,7%), concentrado principalmente no ano de 2024.

Recomenda-se:

Para Hepatite B: Manter a vigilância e fortalecer as coberturas vacinais para garantir a continuidade do controle.

Para Hepatite C: Intensificar as ações de testagem para diagnóstico precoce, especialmente em populações de maior risco, e garantir o acesso ao tratamento para os casos identificados.

A vigilância contínua e a análise detalhada dos dados são cruciais para monitorar a situação das hepatites virais no município e orientar as ações de saúde pública.

4.13. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

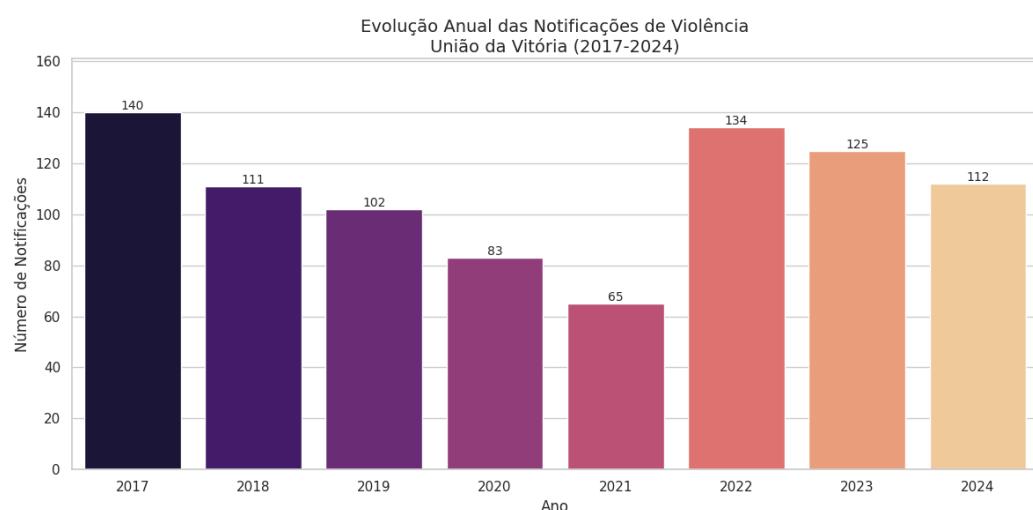
A violência, em suas diversas formas (doméstica, sexual, interpessoal, etc.), constitui um grave problema de saúde pública com profundas repercussões sociais, econômicas e na saúde física e mental das vítimas. A notificação compulsória de casos de violência atendidos em serviços de saúde, registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é uma ferramenta crucial para dimensionar o problema, monitorar tendências, identificar grupos vulneráveis e subsidiar o planejamento de ações de prevenção e intervenção.

No período de 2017 a 2024 (8 anos), foram registradas um total de 872 notificações de violência em União da Vitória. A média anual foi de 109,0 notificações.

A série histórica apresentou variações significativas ao longo do período. O número máximo de notificações ocorreu no início da série, em 2017, com 140 casos. Nos anos seguintes, observou-se uma tendência de queda, atingindo o ponto mínimo em 2021, com 65 notificações. Em 2022, houve um aumento expressivo, mais do que dobrando o número de notificações em relação ao ano anterior, chegando a 134 casos. Nos dois anos subsequentes (2023 e 2024), as notificações voltaram a diminuir, registrando 125 e 112 casos, respectivamente.

A evolução anual das notificações de violência pode ser visualizada no gráfico abaixo:

Gráfico 50 – Evolução anual das notificações de violência



Comparando o número de notificações no início (140 em 2017) e no fim da série (112 em 2024), observa-se uma redução total de 20,0% no período analisado.

A análise da variação percentual anual detalha as mudanças ano a ano:

2017 -> 2018: -20,7%

2018 -> 2019: -8,1%

2019 -> 2020: -18,6%

2020 -> 2021: -21,7%

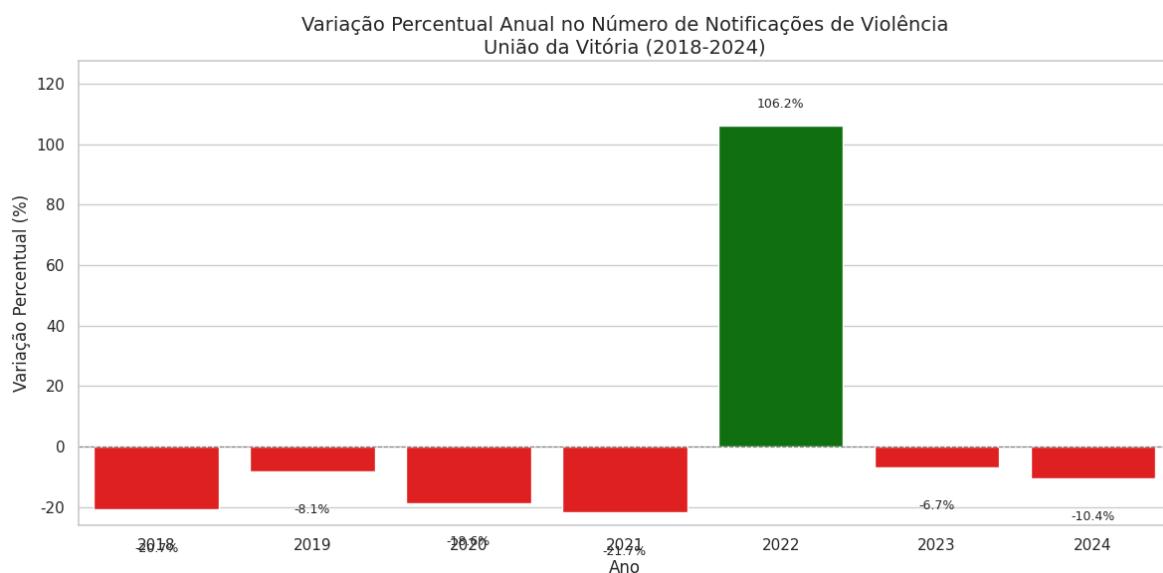
2021 -> 2022: +106,2%

2022 -> 2023: -6,7%

2023 -> 2024: -10,4%

O gráfico de variação percentual anual ilustra claramente a forte queda entre 2017 e 2021, o pico acentuado em 2022 e as reduções subsequentes em 2023 e 2024.

Gráfico 51 – Variação percentual anual no número de notificações de violência



A série histórica das notificações de violência em União da Vitória entre 2017 e 2024 revela um padrão complexo. Inicialmente, houve uma tendência consistente de queda nas notificações, culminando no menor número em 2021. Essa redução nos anos de 2020 e 2021 pode estar parcialmente relacionada ao impacto da pandemia de COVID-19. A sobrecarga dos serviços de saúde, as medidas de distanciamento social e o possível receio das vítimas em

buscar ajuda podem ter contribuído para uma subnotificação ou dificuldade de acesso aos serviços durante esse período crítico.

Contudo, o ano de 2022 apresentou uma reversão drástica dessa tendência, com um aumento superior a 100% nas notificações em relação a 2021. Este pico expressivo pode refletir múltiplos fatores: um possível represamento de casos não notificados durante a pandemia que vieram à tona com a normalização dos serviços; um aumento real na ocorrência de violência; ou uma maior sensibilização e capacidade dos serviços de saúde em identificar e notificar os casos após o período mais agudo da crise sanitária.

Nos anos de 2023 e 2024, as notificações voltaram a apresentar queda, embora ainda permanecendo em patamares superiores aos de 2020 e 2021. A redução total de 20% entre 2017 e 2024 indica uma diminuição geral no volume de notificações ao longo dos oito anos, mas a dinâmica interna, especialmente o pico de 2022, sugere que a situação da violência no município requer atenção contínua.

É importante ressaltar que os dados de notificação representam apenas a "ponta do iceberg", pois muitos casos de violência não chegam aos serviços de saúde ou não são devidamente notificados. Portanto, as variações observadas devem ser interpretadas com cautela, considerando possíveis influências nos padrões de busca por ajuda e na capacidade de registro dos serviços.

Recomenda-se:

Monitoramento contínuo das notificações de violência para identificar novas tendências.

Fortalecimento das ações intersetoriais de prevenção da violência e de acolhimento e suporte às vítimas.

Capacitação contínua dos profissionais de saúde para a identificação e notificação adequada dos casos de violência.

4.14. Número de casos e Dengue

Tabela 28 - Série Histórica de casos de Dengue 2019 - 2024

SERIE HISTÓRICA DE NÚMEROS NOTIFICADOS DE DENGUE - 2019 A 2024							
MUNICÍPIO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
União da Vitória	19	24	4	16	24	565	652

Fonte: SINAN/PR

A análise da série histórica dos casos notificados de dengue no município de União da Vitória, conforme dados extraídos do SINAN/PR, revela uma variação significativa na ocorrência da doença entre os anos de 2019 a 2024. No período inicial (2019 a 2023), os números mantiveram-se relativamente baixos e estáveis, com oscilações modestas: 19 casos em 2019, 24 em 2020, um aumento para 44 casos em 2021, seguido de uma queda para 16 em 2022 e nova elevação para 24 casos em 2023. Esses dados refletem um padrão de baixa endemicidade durante esse intervalo, possivelmente associado a fatores como controle vetorial, sazonalidade e medidas preventivas adotadas localmente.

Contudo, observa-se um aumento expressivo em 2024, com a notificação de 565 casos, representando um crescimento de mais de 2.250% em relação ao ano anterior. Tal surto pode estar relacionado a múltiplos fatores, como mudanças climáticas (aumento da temperatura e volume de chuvas), falhas no controle do vetor Aedes aegypti, ou mesmo à introdução de um novo sorotipo viral na região, o que aumenta a suscetibilidade da população.

O total acumulado no período de 2019 a 2024 é de 652 casos, sendo que aproximadamente 86,6% dessas notificações ocorreram somente em 2024, demonstrando a gravidade e a excepcionalidade do cenário atual. Esses dados impõem a necessidade urgente de intensificação das ações de vigilância epidemiológica, controle ambiental, mobilização social e capacitação das equipes da Atenção Primária em Saúde para o manejo clínico da dengue, além da estruturação de uma resposta intersetorial articulada.

Esse cenário também aponta para a importância de ações contínuas de prevenção mesmo em anos com baixa incidência, de forma a evitar o acúmulo de criadouros e o relaxamento das estratégias de combate ao mosquito transmissor.

Tabela 29 - Série Histórica de dengue - casos autóctones 2021-2024

SÉRIE HISTÓRICA DENGUE - CASOS AUTÓCTONE 2021 -2024					
MUNICÍPIO	Em Branco	Sim	Não	Indeterminado	Total
2021	4	0	0	0	4
2022	14	0	2	0	16
2023	20	1	3	0	24
2024	348	177	40	0	656

Fonte: SINAN/PR

Na tabela acima é possível observar a evolução dos casos autóctones de dengue no município de União da Vitória entre os anos de 2021 e 2024, que demonstram uma mudança expressiva no padrão epidemiológico da doença, com destaque para um surto relevante em 2024. Os dados oficiais do SINAN/PR mostram que, em 2021, apenas 4 casos autóctones foram registrados, ou seja, infecções adquiridas dentro do próprio território municipal. Em 2022, esse número aumentou para 16 casos notificados, com 2 casos descartados como não autóctones e 14 notificações sem definição de origem. Já em 2023, foram identificados 1 caso autóctone, 3 não autóctones e 20 ainda em branco, totalizando 24 registros. No entanto, o cenário se altera de forma abrupta em 2024, com 177 casos confirmados como autóctones e outros 348 registros com origem ainda não especificada, o que representa um crescimento exponencial da transmissão local da doença.

Essa expansão significativa dos casos sugere que, em 2024, o município passou a vivenciar um quadro de transmissão sustentada do vírus da dengue, ou seja, o vírus passou a circular de forma mais intensa dentro do próprio município. Entre os fatores que podem ter contribuído para esse aumento estão as condições climáticas favoráveis à proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, como o aumento das chuvas e das temperaturas, além da possível redução nas atividades de controle vetorial e da percepção de risco por parte da população. O elevado número de notificações com local de infecção ainda “em branco” indica também falhas na coleta ou registro das informações durante a notificação, o que pode comprometer a vigilância e o direcionamento adequado das ações de controle.

Diante desse cenário, o Plano Municipal de Saúde estabelece como prioridade o fortalecimento das ações de combate à dengue com foco na redução da transmissão local. Entre as principais ações propostas estão: a intensificação das visitas domiciliares pelos agentes de endemias para identificação e eliminação de criadouros do mosquito; aplicação de larvicidas e tratamento focal em imóveis com reincidência; e o uso de georreferenciamento para mapeamento das áreas com maior incidência, permitindo intervenções mais precisas. Também será ampliada a capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde para o acolhimento e manejo adequado dos casos suspeitos, com definição clara de fluxos para notificação, acompanhamento e encaminhamento dos pacientes.

O plano prevê ainda o fortalecimento da comunicação com a população, por meio de campanhas educativas regulares e ações comunitárias nos bairros, com foco na responsabilidade compartilhada entre o poder público e os moradores para eliminação dos focos

do mosquito. Além disso, será criado um Comitê Municipal Intersetorial de Prevenção à Dengue, reunindo representantes da saúde, educação, meio ambiente, serviços urbanos e Defesa Civil, com a finalidade de coordenar as ações de forma integrada e contínua.

A contenção da dengue exige um esforço conjunto entre governo e população. O expressivo aumento dos casos autóctones registrado em 2024 serve como alerta para que o município atue de forma sistemática, preventiva e estruturada, evitando a repetição de surtos e garantindo a segurança e a saúde da população de União da Vitória.

4.15. Intoxicação exógena

Tabela 30 - Série histórica de números notificados de intoxicação exógena em União da Vitória

SERIE HISTÓRICA DE NÚMEROS NOTIFICADOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA							
MUNICÍPIO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
União da Vitória	92	91	55	775	74	78	465

FONTE: SINAN/PR,02/03/2025

A análise da série histórica revela uma oscilação nas notificações, com presença de picos em 2019 - 92 (noventa e dois) casos e 2020 - 91 (noventa e um) casos. Em 2021, houve uma queda notável (55 casos), possivelmente influenciada pela pandemia de COVID-19, como a subnotificação devido à sobrecarga dos serviços de saúde. Contudo, nos anos seguintes, os registros retomaram o crescimento, com 75 (setenta e cinco) casos em 2022, 74 (setenta e quatro) em 2023 e 78 (setenta e oito) em 2024, indicando a persistência de um padrão elevado de ocorrências.

Essa continuidade de casos sugere que a população permanece exposta a fatores de risco para intoxicações, exigindo atenção constante dos órgãos da administração pública municipal. A configuração territorial mista de União da Vitória, com áreas urbanas, periurbanas e rurais, implicando em diversos determinantes para as intoxicações, incluindo o uso intensivo de agrotóxicos na agricultura, o armazenamento inadequado de substâncias químicas, o uso indiscriminado de medicamentos (automedicação) e os comportamentos autolesivos intencionais (tentativas de suicídio).

A correlação entre os agentes tóxicos e as circunstâncias das intoxicações é significativa. Os medicamentos lideraram as notificações – 342 (trezentos e quarenta e dois)

casos, sendo o agente mais prevalente e fortemente associado aos comportamentos autolesivos intencionais – 308 (trezentos e oito) casos e às intoxicações accidentais – 87 (oitenta e sete) casos, especialmente em ambientes domésticos.

A automedicação, presente em 22 (vinte e duas) notificações, reforça a necessidade de estimular as políticas de educação em saúde para com a população sobre os riscos do uso de fármacos sem orientação profissional e a importância do descarte e armazenamento adequados. Produtos de uso domiciliar também se destacam como agentes tóxicos relevantes, sendo potenciais causadores de muitas intoxicações accidentais, principalmente em crianças.

Em contraste, certas circunstâncias de intoxicação não foram registradas no município no período analisado, como as relacionadas ao meio ambiente e violência/homicídio. A ingestão de alimentos contaminados e tentativa de aborto foram eventos raros, com apenas um caso notificado, cada.

Enfim, o cenário das intoxicações exógenas em União da Vitória é marcado pela forte associação entre o uso de medicamentos e os comportamentos autolesivos intencionais, além dos acidentes e da automedicação. Esse panorama demonstra a urgência de ações integradas entre a vigilância em saúde, saúde mental e atenção primária, com foco na identificação precoce dos casos, controle da exposição a substâncias tóxicas, fortalecimento da notificação e investigação, e no desenvolvimento de estratégias educativas e intersetoriais para promover o uso seguro de medicamentos e a prevenção de lesões autoprovocadas.

Tabela 31 - Série Histórica de números notificados por grupo do agente tóxico 2019 a 2024

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMEROS NOTIFICADOS POR GRUPO DO AGENTE TÓXICO 2019 A 2024															
MUNICÍPIO	Ign/Branco	Medicamento	Agrotóxico agrícola	Agrotóxico doméstico	Agrotóxico saúde pública	Raticida	Prod. Veterinário	Prod. Uso domiciliar	Cosmético	Prod. Químico	Drogas de abuso	Planta tóxica	Alimento e bebida	Outro	Total
União da Vitória	29	342	3	6	0	14	2	36	0	11	12	2	3	5	465

FONTE: SINAN/PR,02/03/2025

A análise da série histórica de números notificados por grupo do agente tóxico no município de União da Vitória, entre os anos de 2019 a 2024, revela um total de 465 notificações de intoxicação exógena, segundo dados do SINAN/PR.

O principal agente tóxico envolvido nas notificações no município foi o uso de medicamentos, que representou quase três quartos (73,5%) dos casos notificados. Este dado reflete um padrão consistente com o perfil nacional, no qual o uso inadequado de medicamentos

— seja por automedicação, erro de dosagem, tentativa de autoextermínio ou intoxicação accidental em crianças — constitui a principal causa de intoxicação exógena.

Os produtos de uso domiciliar aparecem em segundo lugar, com 36 casos (7,7%), indicando a relevância da exposição a substâncias como desinfetantes, produtos de limpeza e saneantes — especialmente em ambientes com crianças.

Também chama atenção a presença de drogas de abuso (12 casos), produtos veterinários (14) e produtos químicos (11), que demandam ações específicas de vigilância e prevenção.

Apesar de menos expressivos, os casos com agrotóxicos (agrícola e doméstico), embora somando apenas 9 registros, devem ser considerados devido à gravidade potencial e seu impacto ocupacional, especialmente em áreas rurais. Os casos ignorados ou com ficha incompleta (29) reforçam a necessidade de qualificação da notificação.

Ações importantes para implementação no município:

- Priorizar ações de prevenção à intoxicação medicamentosa, com campanhas de educação em saúde voltadas à população e profissionais, destacando os riscos da automedicação e da armazenagem inadequada.
- Ampliar a vigilância de intoxicações exógenas, capacitando as equipes da Atenção Primária e de Urgência para notificação e manejo adequado dos casos.
- Implantar ações educativas sobre segurança química no domicílio, especialmente para famílias com crianças e idosos.
- Fortalecer ações intersetoriais com Defesa Civil, Vigilância Sanitária e escolas, para prevenção de acidentes com produtos de limpeza e agrotóxicos.
- Qualificar os registros no SINAN, reduzindo os casos com informações ignoradas ou em branco, garantindo dados mais precisos para o planejamento.

Tabela 32 - Série histórica de números notificados por circunstância/contaminação 2019 a 2024

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMEROS NOTIFICADOS POR CIRCUNSTÂNCIAS/CONTAMINAÇÃO 2019 A 2024														
MUNICÍPIO	Ign/Branco	Uso Habitual	Acidental	Ambiental	Uso terapêutico	Erro de administração	Automedicação	Abuso	Ingestão de alimento	Tentativa de suicídio	Tentativa de aborto	Violência/homicídio	Outra	Total
União da Vitória	17	14	87	0	3	6	22	5	2	3088	1	0	0	465

FONTE: SINAN/PR,02/03/2025

A análise da série histórica das notificações por circunstância da contaminação no município de União da Vitória, no período de 2019 a 2024, evidencia a predominância das tentativas de suicídio como principal motivo de intoxicação exógena. Foram registrados 308 casos, o que representa 66,2% do total de 465 notificações no período. Essa distribuição aponta para um cenário relevante de adoecimento psíquico, onde as intoxicações são utilizadas como meio de autoagressão, exigindo resposta estruturada e permanente dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Atenção Primária à Saúde.

Em seguida, observam-se as intoxicações accidentais, com 87 registros (18,7%), comumente associadas ao uso indevido ou à exposição não intencional a substâncias químicas, principalmente no ambiente domiciliar. Essas situações geralmente envolvem crianças, idosos ou pessoas com baixa compreensão sobre os riscos de determinados produtos, sendo agravadas pelo armazenamento inadequado de medicamentos, produtos de limpeza ou inseticidas.

Outras circunstâncias notificadas incluem automedicação (22 casos), uso habitual (14 casos), erro de administração (6 casos), abuso (5 casos), uso terapêutico (3 casos) e ingestão de alimento contaminado (2 casos). Esses dados sugerem fragilidades nos processos de cuidado com o uso de medicamentos, bem como desafios no acesso à informação e à educação em saúde. Também consta um caso de tentativa de aborto, além de nenhum registro de intoxicação relacionada à violência/homicídio no período.

Foram identificadas ainda 17 notificações classificadas como ignoradas ou em branco, o que corresponde a 3,6% dos registros totais, indicando necessidade de reforço nas ações de qualificação da vigilância em saúde e no correto preenchimento das fichas de notificação.

O conjunto dos dados demonstra a importância de manter vigilância ativa e integrada sobre as intoxicações exógenas, promovendo ações de prevenção, educação, acolhimento qualificado e articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde e proteção social do município.

Tabela 33 - Série Histórica de números notificados por atividade exercida na exposição atual 2019 a 2024

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMEROS NOTIFICADOS POR ATIVIDADE EXERCIDA NA EXPOSIÇÃO ATUAL 2019 A 2024										
MUNICÍPIO	Ign/Branco	Diluição	Pulverização	Trat. Sementes	Colheita	Transporte	Desinsetização	Outros	Não se aplica	Total
União da Vitória	458	2	3	0	0	0	0	2	0	465

FONTE: SINAN/PR,02/03/2025

A série histórica de notificações por atividade exercida no momento da exposição ao agente tóxico no município de União da Vitória, entre os anos de 2019 a 2024, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/PR), revela um cenário de expressiva incompletude das fichas de notificação. Das 465 ocorrências registradas no período, 458 casos — o que corresponde a 98,5% do total — foram classificados como ignorados ou deixados em branco no campo referente à atividade exercida durante a exposição, impossibilitando uma análise epidemiológica mais detalhada e comprometendo a capacidade de formulação de estratégias de prevenção com base em evidências locais.

Entre os registros com preenchimento, observam-se apenas três casos relacionados à atividade de pulverização e dois à etapa de diluição de produtos químicos. Também foram registrados dois casos classificados como “outros”. Não houve notificações vinculadas às atividades de tratamento de sementes, colheita, transporte, desinsetização ou categorias classificadas como “não se aplica”.

A ausência de informações detalhadas sobre o contexto da exposição limita a compreensão das dinâmicas que envolvem os casos de intoxicação, em especial aqueles relacionados ao trabalho rural ou ao uso de agrotóxicos, saneantes e outros produtos químicos. O dado evidencia a necessidade de aprimorar a vigilância em saúde no município, com foco na qualificação das equipes notificadoras, principalmente nos serviços de Atenção Primária, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais, para o correto e completo preenchimento das fichas de notificação.

A melhoria na completude das informações é essencial para subsidiar ações educativas, intervenções em saúde do trabalhador e estratégias de prevenção mais eficazes, respeitando as especificidades do território e das populações mais expostas. Nesse sentido, torna-se imprescindível promover capacitações regulares sobre notificação de agravos relacionados à exposição a agentes tóxicos, fortalecendo a articulação entre a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde do trabalhador e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

4.16. Notificações de Saúde do Trabalhador

Tabela 34 - Série Histórica de números notificados de acidente de trabalho nos anos de 2019 a 2024

SERIE HISTÓRICA DE NÚMEROS NOTIFICADOS DE ACIDENTE DE TRABALHO							
MUNICÍPIO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
União da Vitória	94	49	354	430	306	10	1243

FONTE: SINAN 03/04/2025

Conforme dados referentes à saúde do trabalhador, extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 03 de abril de 2025, permitem compreender a magnitude e o perfil dos acidentes de trabalho notificados no município entre os anos de 2019 a 2024. No período analisado, foram registrados 1.243 acidentes de trabalho. Observa-se um crescimento significativo nas notificações a partir de 2021, com 354 registros, seguido por um pico em 2022, com 430 casos. Em 2023, esse número caiu para 306. Em 2024, entretanto, há um valor atípicamente baixo, com apenas 10 registros, o que possivelmente reflete subnotificação ou inconsistências no fluxo de preenchimento e alimentação do sistema, uma vez que o dado está muito aquém dos anos anteriores. A série histórica revela uma evolução notável nos registros entre 2019 (94 casos) e o biênio 2021–2022, sugerindo, possivelmente, um maior empenho dos serviços de saúde e da vigilância em saúde do trabalhador na captação ativa e notificação de casos, ainda que essa tendência não se mantenha em 2024.

Tabela 35 - Série histórica segundo frequência por local de acidente de 2019 a 2024

SERIE HISTÓRICA SEGUNDO FREQUÊNCIA POR LOCAL DE ACIDENTE 2019 A 2024						
MUNICÍPIO	Ign/Branco	Instalações contratante	Via pública	Instalações de terceiros	Domicílio próprio	Total
União da Vitória	21	956	151	96	19	1243

FONTE: SINAN 03/04/2025

Ao analisar os dados por local de ocorrência do acidente, nota-se que a maior parte dos registros está concentrada em instalações da empresa contratante, totalizando 956 notificações, o que representa 76,9% do total. Os demais locais incluem a via pública (151 casos), instalações de terceiros (96) e domicílio próprio (19 casos). Há ainda 21 registros

classificados como ignorados ou em branco. Esses dados reforçam que a maior parte dos acidentes ocorre em ambientes formalmente vinculados às atividades laborais regulares, o que impõe a necessidade de intensificar as ações de prevenção nos espaços de trabalho formais, por meio de medidas educativas, uso correto de equipamentos de proteção individual (EPIs), adequações ergonômicas e vigilância ativa em ambientes produtivos.

Tabela 36 - Série Histórica de números notificados de acidente de trabalho que evoluíram a óbito

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMEROS NOTIFICADOS DE ACIDENTE DE TRABALHO QUE EVOLUIRAM A ÓBITO						
MUNICÍPIO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
União da Vitória	0	2	2	2	0	1

FONTE: SINAN 03/04/2025

Em relação à gravidade dos casos, observa-se um total de sete acidentes de trabalho com evolução para óbito, sendo um registro por ano entre 2019 e 2023, e nenhum caso em 2024. Essa constância de episódios letais ao longo de cinco anos reforça a importância da vigilância e da investigação dos acidentes graves e fatais, com vistas à adoção de medidas corretivas e preventivas nos ambientes de trabalho.

A análise integrada desses dados evidencia a necessidade de fortalecimento da política de saúde do trabalhador no município, com atenção específica à notificação oportuna, à investigação dos casos graves e à integração entre os serviços de saúde, vigilância sanitária, setor produtivo e órgãos reguladores. Destaca-se ainda a relevância de retomar, de forma estruturada, o processo de notificação em 2024, garantindo a continuidade das informações e a confiabilidade dos dados para o planejamento das ações em saúde do trabalhador.

5. **PERFIL ASSISTENCIAL, REDE DE ATENÇÃO, ESTRUTURA FÍSICA**

5.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UNIÃO DA VITÓRIA (PR)

A Atenção Primária à Saúde (APS) em União da Vitória constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por atender, de forma contínua, integral e resolutiva, a população de 57.033 habitantes, conforme dados do Censo Demográfico 2022 (IBGE). A APS está organizada para garantir o acesso equânime da população tanto da zona urbana quanto rural, desempenhando papel estratégico na coordenação do cuidado e na ordenação das ações e serviços em saúde.

5.1.1. **Organização e Funcionamento**

A Atenção Primária à Saúde (APS) de União da Vitória constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por atender, de forma contínua, resolutiva e humanizada, os mais de 55.033 mil habitantes do município. Com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS do município adota majoritariamente o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando em áreas urbanas e rurais por meio de equipes multiprofissionais organizadas por território adscrito.

Atualmente, o município conta com 15 equipes da ESF distribuídas estrategicamente em diversos bairros e comunidades, além de uma Equipe de Atenção Primária (EAP) que cobre uma área urbana sem perfil de ESF. Cada equipe é responsável por uma população definida, com base em critérios demográficos, sociais, epidemiológicos e geográficos, e organiza suas ações a partir de microáreas delimitadas, sob responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Cada equipe é composta, no mínimo, por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, podendo ainda contar com dentista, técnico em saúde bucal e profissionais de apoio administrativo. A atuação é interdisciplinar, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, acompanhamento de condições crônicas e paliativas, além da coordenação do cuidado com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionam de segunda a sexta-feira, das 08h às

12h e das 13h às 17h, oferecendo acolhimento permanente tanto para demandas espontâneas quanto programadas. As salas de vacinação permanecem abertas durante todo o horário de funcionamento, com horário estendido na primeira quinta-feira de cada mês. A vacinação segue o calendário oficial do Ministério da Saúde, com busca ativa de faltosos e ações extramuros em escolas, creches e domicílios.

O modelo assistencial é centrado na pessoa, com ênfase na construção de vínculo, escuta qualificada e responsabilização das equipes. O atendimento é estruturado por meio de protocolos clínicos e linhas de cuidado que asseguram ações de rastreamento, diagnóstico precoce e acompanhamento integral para diferentes ciclos de vida e agravos prioritários.

As atividades realizadas incluem:

- Consultas médicas e de enfermagem (adulto, infantil, gestantes, idosos, puericultura);
- Consultas odontológicas, procedimentos preventivos e restauradores;
- Procedimentos de enfermagem: curativos, administração de medicamentos, inalação, coleta de exames, testes rápidos, troca de sondas e cuidados com estomias;
- Visitas domiciliares regulares por médicos, enfermeiros e ACS, com priorização para pessoas acamadas, idosos frágeis, gestantes e casos de alta complexidade clínica;
- Atendimentos de urgência e emergência de menor complexidade, com fluxos definidos para estabilização e encaminhamento imediato para a rede de urgência (UPA, SAMU, hospitais);
- Grupos e ações coletivas voltadas à saúde do idoso, controle de hipertensão e diabetes, saúde da mulher, tabagismo, saúde mental, entre outros;
- Ações de vigilância em saúde integradas à atenção básica, incluindo notificação compulsória, controle de vetores, investigação de óbitos maternos e infantis e acompanhamento de pacientes com agravos de notificação;
- Assistência farmacêutica com dispensação padronizada de medicamentos em duas farmácias municipais e nas unidades, conforme a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Todas as UBS estão informatizadas com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e integradas ao Sistema de Regulação (SISREG). A gestão da APS é realizada pela Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, que presta apoio técnico e administrativo às unidades e coordena a pactuação de metas, avaliação de desempenho, capacitações e supervisão de campo.

A organização do processo de trabalho das equipes prevê:

- Agendas organizadas com equilíbrio entre demandas espontâneas e programadas;
- Reuniões de equipe semanais para avaliação e planejamento das ações;
- Atualização regular dos dados de produção e cobertura no CNES, SIAB, e-SUS e demais sistemas oficiais;
- Estrutura física padronizada com consultórios, sala de vacina, sala de procedimentos, sala dos ACS, sala de observação e farmácia.

A APS também é responsável por acompanhar os usuários em toda a linha do cuidado, mesmo quando estão em serviços especializados. Isso inclui monitoramento conjunto de pacientes em tratamento oncológico, hemodiálise, saúde mental, alta complexidade cardiovascular e outras condições.

Além disso, há o fortalecimento da atuação intersetorial, com parcerias formais entre as unidades de saúde e escolas, creches, instituições de longa permanência para idosos, instituições religiosas e entidades sociais, garantindo uma abordagem comunitária e territorializada dos determinantes sociais da saúde.

Assim, a Atenção Primária à Saúde em União da Vitória estrutura-se como um serviço resolutivo, com forte base comunitária e papel central na coordenação da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a redução de iniquidades e para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

5.2. PLANIFICA SUS

Visando aprimorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e fortalecer a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município, União da Vitória formalizou em 2025 sua adesão integral ao Projeto PlanificaSUS Paraná, promovendo a incorporação da metodologia por todas as Equipes de Saúde da Família (eESF) e pela Equipe de Atenção Primária (EAP). Essa ampliação representa um marco importante na qualificação dos processos de trabalho das equipes de saúde, integrando de forma progressiva a APS com os demais níveis de atenção e estabelecendo uma lógica assistencial orientada pela continuidade do cuidado, pela resolutividade clínica e pela gestão eficiente dos serviços.

O PlanificaSUS é uma estratégia nacional criada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em parceria com o Ministério da Saúde, o Hospital Israelita

Albert Einstein e o PROADI-SUS, com o objetivo de operacionalizar metodologicamente a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) em todo o território nacional. No Paraná, o projeto foi adaptado e implementado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR), sendo conduzido de forma regionalizada com apoio das Regionais de Saúde e dos municípios.

A missão do projeto é consolidar a Rede de Atenção à Saúde por meio da reorganização da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), com foco na qualificação das práticas clínicas, melhoria da gestão e aprimoramento da experiência do usuário no SUS. A visão do PlanificaSUS é expandir sua metodologia para todas as regiões do estado, tornando-se referência em qualidade, satisfação do usuário, resolutividade e eficiência na prestação de serviços. Seus valores orientadores incluem a integralidade do cuidado, desenvolvimento participativo, profissionalismo, honestidade, respeito individual e coletivo e melhoria contínua.

A metodologia do PlanificaSUS está fundamentada em dez etapas sequenciais e integradas, que envolvem ações práticas, oficinas tutoriais, workshops presenciais e construção coletiva com as equipes locais. Essas etapas abordam, de forma estruturada, os elementos-chave para uma APS resolutiva e organizada:

1. Integração da APS e AAE em Rede – compreensão dos conceitos de RAS e da construção social da APS; mapeamento da situação local e ajuste da carteira de serviços;
2. Território e Gestão de Base Populacional – territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco e organização de macroprocessos como vacinação e vínculo com a AAE;
3. O Acesso à RAS – análise do perfil de demanda, reorganização do acesso e melhoria dos fluxos de acolhimento, recepção e uso do prontuário eletrônico;
4. Gestão do Cuidado – estratificação de condições de saúde, organização de linhas de cuidado, controle de eventos adversos e estruturação da higiene e gestão de resíduos;
5. Integração e Comunicação na RAS – promoção do cuidado compartilhado, supervisão clínica, educação permanente e articulação interequipes;
6. Monitoramento e Avaliação – uso de dashboards, pactuação de metas e análise de indicadores para implantação de ciclos de melhoria;
7. Autocuidado Apoiado na APS e AAE – promoção da autonomia do usuário no cuidado à sua saúde e fortalecimento da adesão terapêutica;
8. Cuidados Continuados e Paliativos na APS e AAE – estruturação da atenção às pessoas com doenças crônicas, fragilidade e situações de terminalidade;

-
9. Segurança do Paciente – implantação de práticas seguras, prevenção de falhas assistenciais e gestão de riscos nos serviços de saúde;
 10. Macroprocessos da Vigilância em Saúde – articulação entre as ações assistenciais da APS e os componentes da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

No contexto local, os benefícios da aplicação do PlanificaSUS já são perceptíveis: melhoria na organização das agendas, maior resolutividade clínica, uso ampliado do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), fortalecimento das ações de controle de doenças crônicas, redução de encaminhamentos desnecessários à média complexidade, estruturação do cuidado por estratificação de risco e maior articulação entre as UBS e os demais pontos de atenção.

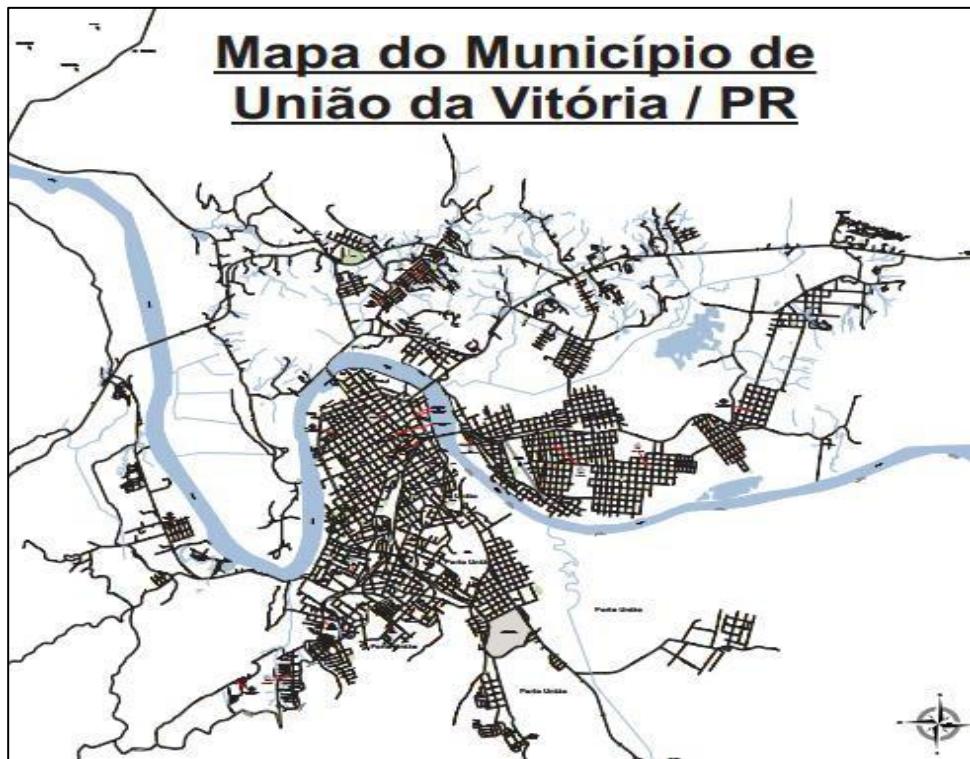
Além disso, o projeto fortaleceu a liderança das equipes locais, a cultura de corresponsabilização pelo cuidado e a integração entre os profissionais da atenção básica e da atenção especializada, resultando em um modelo de atenção mais colaborativo, eficiente e centrado nas necessidades reais dos usuários.

A Secretaria Municipal de Saúde reconhece o PlanificaSUS como uma política estruturante para a organização da APS e o fortalecimento do SUS no município. Por isso, o Plano Municipal de Saúde 2026–2029 estabelece como meta a manutenção contínua da metodologia da Planificação, com monitoramento das etapas, institucionalização dos processos, capacitação permanente das equipes e incorporação definitiva da cultura da melhoria contínua no cotidiano das unidades de saúde.

Espera-se que, ao final do quadriênio, a totalidade das unidades esteja atuando com base em protocolos qualificados, com acompanhamento sistemático de indicadores e ofertando um cuidado mais humanizado, integral e resolutivo à população de União da Vitória.



5.3. INFRAESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES



O município conta com uma rede de unidades distribuídas em:

Zona Urbana: ESF - Estratégia de Saúde da Família em Bairros como Limeira, Rio D'Areia, Rocio, Centro, São Bernardo, Cristo Rei, Conjuntos, Sagrada Família, Salete, São Braz e São Sebastião, com estruturas físicas de porte médio a grande, geralmente com recepção, consultórios médicos e de enfermagem, sala de vacina, sala de procedimentos, farmácia, sala de agentes comunitários e atendimentos odontológicos.

O município possui uma eAP- equipe de Atenção Primária, localizada no Bairro São Gabriel, com atendimento de 40 horas semanais.

Zona Rural: Unidades menores, adaptadas às realidades locais, com cobertura por equipes volantes. Há presença de estrutura física em regiões como São Domingos, Rio Vermelho, Faxinal dos Marianos, Barra do Palmital, Pinhalão e Palmital do Meio.

A maior parte das unidades conta com acesso à internet e sistemas informatizados (e-SUS AB/PEC), o que permite o registro adequado das informações em saúde.

5.3.1. Equipamentos e Recursos Tecnológicos

As unidades são equipadas com mobiliário básico, mesas de escritório, mesas clínicas, armários, computadores, impressoras, refrigeradores para imunobiológicos, autoclaves, otoscópios, esfigmomanômetros, nebulizadores, oxigenoterapia, balanças, doppler fetal, carrinho de emergência, desfibriladores, serviço de eletrocardiograma, entre outros insumos clínicos essenciais. A maioria das unidades urbanas possui também consultórios odontológicos com cadeira, equipo e autoclave.

Os equipamentos são mantidos com apoio da equipe de manutenção da Secretaria Municipal e, quando necessário, via contrato terceirizado para manutenção de equipamentos médicos.

5.3.2. Recursos Humanos da Atenção Primária

As equipes da APS são compostas por profissionais de nível superior e técnico, conforme diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB):

Equipes de Saúde da Família (ESF): médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, agentes comunitários de saúde (ACS), dentista e auxiliar de saúde bucal, e pessoal do apoio em serviços gerais. O município possui um teto para credenciamento para aproximadamente 28 equipes junto ao Ministério da Saúde.

Área Rural: em regiões de difícil acesso, a assistência é realizada por equipes volantes, com visitas programadas, inclusive com apoio de transporte pela Secretaria de Saúde.

O apoio multiprofissional (Equipe Multiprofissional) é composta por: fisioterapeuta, psicólogos, fonoaudiólogo, nutricionista e assistentes sociais, alguns com atuação nas unidades de saúde.

A educação permanente é promovida regularmente por meio de capacitações, reuniões de equipe e atualizações via parceria com a Regional de Saúde.

Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde reconhece que os recursos humanos disponíveis atualmente nas UBS encontram-se em situação de escassez, dificultando a ampliação da cobertura e o atendimento pleno à população. Essa fragilidade foi agravada pela alta demanda assistencial gerada no período pós-pandemia de COVID-19, com aumento significativo de casos crônicos, síndromes respiratórias, questões de saúde mental e demandas

represadas por exames e procedimentos. Diante disso, é urgente a realização de novo concurso público para recomposição das equipes e ampliação do quadro efetivo. A gestão municipal está em constante processo de avaliação das condições de atendimento e busca, de forma integrada com a Secretaria de Administração e o Executivo Municipal, garantir a continuidade e a qualificação dos serviços prestados à população.

Tabela 37 - Quadro Funcional da Atenção Básica

Profissionais	2025
médicos Clínicos	17
Médicos Pediatras	3
Médico Ginecologistas	5
Enfermeiros	16
Técnicos e auxiliares de Enfermagem	36
Esstagíarios	61
Auxiliares administrativos	17
Auxiliares de limpeza	15
Dentistas	11
Técnico em Saúde Bucal	6
Radiologista	1
ACS	54

Fonte Setor de Recursos Humanos 2025

5.3.3. Cobertura da atenção básica, adesões, ACS, emulti, teto de financiamento

Tabela 38 - Equipes Secretaria de Saúde

Equipes homologadas pelo MS	eESF credenciadas e homologadas	Teto para credenciamento	eSB 40 homologadas pelo MS	Total de ACSs Financiados pelo MS	Teto para credenciamento	E-Multi	Academia de Saúde
14	1 (20 h)	28	3	62	141	1 Complementar	Modalidade III

Fonte: e-Gestor, consulta 23/06/25

O município de União da Vitória possui 100% de cobertura de Atenção Primária, com 14 ESF - Equipes de Saúde da Família, 01 eAP - Equipe de Atenção Primária, 06 unidades básicas no interior. Possui 03 Equipes de Saúde Bucal de 40 horas e 02 equipes de Saúde Bucal Diferenciadas de 20 horas. E possui adesão aos programas do Ministério da Saúde: Sus digital, Informatiza-APS, programa Mais Médicos para o Brasil (4 profissionais médicos) , PSE

– Programa Saúde na Escola, e Programa Academia da Saúde.

No município de União da Vitória, a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta avanços importantes, mas também evidencia desafios significativos no que tange à ampliação da cobertura e à qualificação da rede assistencial. Atualmente, o município possui 100% de cobertura de Atenção Primária, com 14 Equipes de Saúde da Família (eSF) credenciadas e homologadas, além de 1 equipe de Atenção Primária (eAP) de 20 horas semanais, mas com atuação de 40h. Considerando o teto permitido para credenciamento de equipes com carga horária de 40 horas semanais — que é de 28 equipes — observa-se que o município opera com apenas 50% da capacidade autorizada, demonstrando um amplo espaço para crescimento da cobertura assistencial, especialmente nas áreas rurais e de maior vulnerabilidade social.

Como estratégia de apoio matricial à APS, o município conta com 1 equipe multiprofissional (eMulti), na modalidade complementar, responsável por ofertar suporte técnico e clínico às equipes de referência em ações interdisciplinares e na condução de casos de maior complexidade. No entanto, para uma população de mais de 55 mil habitantes, a presença de apenas um núcleo multiprofissional revela a necessidade de expansão dessa estratégia, sobretudo em regiões com alta demanda ou maior carga de adoecimento.

Outro componente importante da rede de atenção é a Academia da Saúde – Modalidade III, localizada no bairro Conjuntos. Este equipamento representa um ponto estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, práticas integrativas e atividades coletivas com grupos populacionais específicos, contribuindo para a redução de fatores de risco e o fortalecimento do autocuidado.

No que diz respeito à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o município conta com 62 profissionais credenciados, frente a um teto de 141 ACS possíveis, o que representa uma cobertura inferior a 50% da capacidade estabelecida. Essa defasagem compromete a efetividade de ações territoriais essenciais, como a vigilância em saúde, visitas domiciliares, busca ativa de pacientes com condições crônicas, gestantes e populações em vulnerabilidade. A ampliação do número de ACS e sua adequada distribuição nas microáreas é, portanto, fundamental para garantir maior capilaridade das ações da atenção básica e fortalecer o vínculo entre os serviços e a comunidade.

Em síntese, embora União da Vitória disponha de estruturas fundamentais para a consolidação da APS, como equipes de saúde da família, apoio multiprofissional e ações de

promoção da saúde, ainda existem gargalos importantes na cobertura populacional e na distribuição da força de trabalho, especialmente no que se refere ao número de equipes credenciadas e agentes comunitários em atividade.

5.3.4. Integração com outros níveis de atenção

A Rede Municipal de Saúde de União da Vitória conta com uma estrutura diversificada de serviços que complementam e apoiam a atuação da Atenção Primária, fortalecendo a integralidade do cuidado e a articulação entre os diferentes níveis de atenção, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS.

O município dispõe de uma Academia da Saúde – Modalidade III, localizada no bairro Conjuntos, a qual promove práticas corporais, atividades físicas e ações educativas de promoção da saúde, em articulação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O espaço é utilizado como extensão do cuidado em saúde, integrando ações intersetoriais e grupos terapêuticos.

Na área da saúde mental, União da Vitória possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Ambulatório Municipal de Saúde Mental, responsáveis pelo atendimento de usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais, inclusive em regime de acompanhamento contínuo. Esses serviços ofertam atendimentos multiprofissionais e atividades em grupo, sendo fundamentais na rede de atenção psicossocial (RAPS) local.

A Vigilância em Saúde está estruturada para atuação em :

- Vigilância Sanitária
- Vigilância Epidemiológica
- Vigilância ambiental
- Saúde do Trabalhador
- Controle de Endemias

Todas estão localizadas junto ao prédio sede da Secretaria Municipal de Saúde, o que favorece a integração e gestão das ações. Neste mesmo espaço, funcionam ainda os setores de:

- Agendamento de exames e consultas especializadas
- Tratamento Fora de Domicílio (TFD)
- Equipe multiprofissional de apoio, composta por profissionais de psicologia, nutrição, fonoaudiologia e serviço social

- Serviço de espirometria, oferecido para apoio diagnóstico às unidades básicas e ambulatórios.

Como retaguarda assistencial à Atenção Primária, o município dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), que presta atendimento de urgência e emergência em regime ininterrupto, com classificação de risco, estabilização de pacientes e encaminhamento quando necessário.

Além disso, União da Vitória conta com a presença do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU 192), o qual é gerido de forma regionalizada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu – CISVALI, garantindo o suporte avançado e básico à população em situações de urgência e emergência, com cobertura urbana e rural.

Essa rede de serviços demonstra o compromisso do município com a construção de uma atenção integral, resolutiva e regionalizada, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde.

5.4. SAÚDE BUCAL

Tabela 39 - Cobertura de Saúde Bucal - Abril 2024

Município	População	Nº eSFSB Cob.	Nº EABSB Param.	Ch Dentista	Nº ESFSB equivalente	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cobertura ESFSB	Estim.Pop. Cob.SB AB	Cobertura SB AB
UNIÃO DA VITÓRIA	56.397	3	2	104	3	10.350	18,35%	23.325	41,35%

FONTE: e-GESTOR 03/2025

A Saúde Bucal no município de União da Vitória está inserida na Atenção Primária por meio de equipes vinculadas diretamente à Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente, o município possui três Equipes de Saúde Bucal (eSFSB) cadastradas e ativas, além de dois profissionais de saúde bucal parametrizados, que atuam de forma integrada às Unidades Básicas de Saúde, ampliando parcialmente a oferta de serviços, mesmo sem a formalização completa de equipes nos sistemas de informação (CNES).

A carga horária total destinada aos atendimentos odontológicos na Atenção Primária é de 104 horas semanais, distribuídas entre as equipes de Saúde Bucal em funcionamento. Essa carga horária corresponde à soma da atuação dos cirurgiões-dentistas alocados nas UBS que possuem estrutura física e apoio mínimo necessário para realização de procedimentos odontológicos básicos. No entanto, o quantitativo atual é insuficiente para assegurar cobertura

universal à população adscrita, especialmente diante da alta demanda reprimida observada no período pós-pandemia de COVID-19.

Segundo estimativas populacionais mais recentes, União da Vitória possui 56.397 habitantes. Com base nesse total, a cobertura garantida pelas três eSFSB corresponde a aproximadamente 10.350 pessoas, o que representa 18,35% da população coberta especificamente por equipes com Saúde Bucal integrada à ESF. Quando se consideram também os atendimentos realizados por profissionais odontológicos parametrizados e as ações extramuros, como escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), a cobertura estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB AB) alcança 41,35% da população, o que equivale a cerca de 23.325 pessoas com algum grau de acesso aos serviços odontológicos públicos.

As ações de Saúde Bucal em União da Vitória incluem:

- Atendimento clínico individual: consultas odontológicas, procedimentos restauradores, profilaxia, extrações, atendimentos de urgência e aplicação de flúor individual;
- Ações preventivas e educativas em grupo, especialmente em ambiente escolar (PSE), com atividades regulares de escovação supervisionada, orientações de higiene bucal e aplicação tópica de flúor;
- Acompanhamento de grupos prioritários, como gestantes, crianças na primeira infância, escolares, idosos, pessoas com deficiência e usuários em situação de vulnerabilidade social;
- Participação em campanhas municipais, estaduais e federais de promoção à saúde e prevenção de agravos bucais;
- Encaminhamento regulado de casos de média e alta complexidade para a rede especializada, em articulação com o CISVALI e demais prestadores.

Apesar dos esforços realizados, a cobertura da Saúde Bucal ainda se encontra aquém das necessidades da população. Os serviços enfrentam limitações de recursos humanos, infraestrutura e insumos, agravadas pelo impacto da pandemia, que interrompeu a rotina de atendimentos e gerou demanda acumulada por procedimentos eletivos.

Para o quadriênio 2026–2029, a gestão municipal reconhece a necessidade de recomposição e ampliação da carga horária odontológica nas UBS, com vistas à criação de novas equipes de Saúde Bucal completas, por meio de concurso público, além da adequação estrutural de unidades que ainda não oferecem o serviço de forma plena. Está entre as metas prioritárias elevar gradualmente a cobertura da SB AB, com a perspectiva de alcançar, ao final

do plano, pelo menos 60% da população com acesso regular e contínuo aos serviços odontológicos básicos, conforme diretrizes do SUS.

Esse fortalecimento permitirá a ampliação do acesso, a melhoria da resolutividade clínica, a retomada das ações coletivas e preventivas e a integração plena da Saúde Bucal às demais ações da Atenção Primária à Saúde, assegurando a atenção integral, equânime e contínua aos usuários do sistema público de saúde em União da Vitória.

Tabela 40 - Cobertura atual e potencial de adesão da Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária

Município	População	eESF credenciadas homologadas 40h	ESB cres. Hom. 40h	ESB Suspensas	EAP 20h ou 30h cred. Homologadas	ESB CH Diferenciadas 20h	ESB CH Diferenciada 30h	ESB CH Suspensas	Potencial de Adesão
UNIÃO DA VITÓRIA	56397	14	2	-	01(20h)	3	-	-	11(40h) 1(30h)

FONTE: e- Gestor 03/2025

A cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde do município de União da Vitória, segundo os dados atualizados do sistema e-Gestor AB do Ministério da Saúde (referência de abril de 2024, consulta realizada em março de 2025), evidencia a necessidade urgente de expansão da oferta de serviços odontológicos, especialmente diante da demanda reprimida. Com uma população estimada em 56.397 habitantes, o município conta atualmente com quatorze (14) Equipes de Estratégia Saúde da Família (eESF) homologadas com carga horária de 40 horas semanais e 1 eAP de 20h homologadas, das quais apenas duas (02) possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB) credenciadas e homologadas também com 40 horas semanais de carga horária.

Além dessas duas ESB de 40h completas, estão em atividade três (03) equipes com profissionais atuando sob carga horária diferenciada de 20 horas, embora essas equipes não estejam formalizadas como ESB completas nos cadastros do Ministério da Saúde. Ainda segundo o levantamento, o município não possui equipes suspensas ou com credenciamento desativado até a presente data, o que demonstra manutenção mínima da regularidade nos cadastros ativos.

A análise técnica do potencial de expansão revela que União da Vitória apresenta capacidade instalada e cobertura territorial suficiente para a adesão de até onze (11) novas Equipes de Saúde Bucal com carga horária de 40 horas semanais, além da possibilidade de implantação de uma (01) equipe com carga horária diferenciada de 30 horas semanais. Esse

dado reforça a constatação de que o município dispõe de infraestrutura física básica, demanda populacional identificada e parâmetros técnicos que justificam a ampliação imediata da cobertura de Saúde Bucal, desde que acompanhada de ações efetivas de recomposição da força de trabalho, qualificação das unidades físicas e adequação dos insumos e equipamentos odontológicos.

Considerando a oferta atual e o potencial de adesão, a cobertura de Saúde Bucal da Atenção Básica no município encontra-se em patamar inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, cobrindo atualmente menos de 20% da população por meio de equipes homologadas. A presença de apenas duas ESB completas formalizadas, frente a quatorze eESF em funcionamento, indica um déficit estrutural que compromete o princípio da integralidade da atenção à saúde e limita o acesso da população às ações e serviços odontológicos essenciais.

Neste contexto, a ampliação da cobertura de Saúde Bucal foi definida como prioridade estratégica do Plano Municipal de Saúde de União da Vitória para o quadriênio 2026–2029, com metas pactuadas para a implantação progressiva de novas equipes completas de ESB, inicialmente nas unidades que já contam com consultório odontológico equipado, e posteriormente por meio de adequações estruturais nas demais UBS. A Secretaria Municipal de Saúde prevê, como medidas estruturantes para o alcance dessas metas, a realização de concurso público para provimento de cirurgiões-dentistas e técnicos em saúde bucal, a articulação com programas federais de incentivo e a solicitação de cofinanciamento estadual para custeio das novas equipes.

Ao final do período de vigência do plano (2029), a gestão municipal projeta atingir uma cobertura mínima de 60% da população com acesso regular aos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária, promovendo a ampliação do acesso, a qualificação da assistência odontológica e a integração efetiva das ações de promoção, prevenção e tratamento no cuidado integral aos usuários do SUS.

Tabela 41 - Programa Estadual de bochecho com Fluor 2023/2024

PROGRAMA ESTADUAL DE BOCHECHO COM FLUOR				
Resumo Relatório Semestral 2023/2024				
MUNICÍPIO	1º Semestre			
	Nº CRIANÇAS MATRICULADAS (6 - 15 anos)	MÉDIA COBERTURA 2023	Nº CRIANÇAS MATRICULADAS (6 - 15 anos)	MÉDIA COBERTURA 2024
	1º SEMESTRE 2023	1º SEMESTRE 2024		
Antonio Olinto	1152	92,24%	1718	86,28%
Bituruna	1801	43,77%	2434	67,62%
Cruz Machado	1048	85,45%	1903	50,62%
General Carneiro	835	82,61%	960	81,88%
Pula Freitas	829	66,59%	827	56,74%
Paulo Frontin	1800	27,79%	562	68,76%
Porto Vitória	343	22,70%	538	30,80%
São Mateus do Sul	2425	69,40%	3790	79,65%
União da Vitória	6012	3,05%	6116	5,01%

2º Semestre					Dados referente ao final 2023 x final 2024		
MUNICÍPIO	Nº CRIANÇAS MATRICULADAS (6 - 15 anos)	MÉDIA COBERTURA 2023	Nº CRIANÇAS MATRICULADAS (6 - 15 anos)	MÉDIA COBERTURA 2024	COBERTURA ACIMA 50%	AUMENTO DE COBERTURA	DIMINUIÇÃO DE COBERTURA
	2º SEMESTRE 2023	2º SEMESTRE 2024					
Antonio Olinto	1152	92,82%	1329	56,50%	X		X
Bituruna	1802	53,04%	2402	95,78%	X	X	
Cruz Machado	1049	92,71%	1889	54,32%	X		X
General Carneiro	835	82,61%	1007	91,71%	X	X	
Pula Freitas	829	66,59%	827	24,78%			X
Paulo Frontin	1800	24,07%	548	61,80%	X	X	
Porto Vitória	343	23,07%	594	47,41%		X	
São Mateus do Sul	2425	88,90%	3790	66,21%	X		X
União da Vitória	6012	3,86%	6083	38,58%		X	

Em relação à implementação das ações de promoção à saúde bucal no ambiente escolar, especialmente no que tange ao Programa Estadual de Bochecho com Flúor, o município de União da Vitória apresentou indicadores de cobertura significativamente baixos ao longo dos anos de 2023 e 2024, demonstrando fragilidade na execução sistemática e continuada dessa importante estratégia de prevenção de cáries em escolares.

No 1º semestre de 2023, o município contabilizou 6.012 crianças matriculadas na faixa etária de 6 a 15 anos, com uma média de cobertura de apenas 3,05% no programa de bochecho. No semestre seguinte atingiu 3,86% de cobertura média no 2º semestre de 2023, apesar da manutenção do número de crianças matriculadas.

Em 2024, houve uma leve melhora nos indicadores, mas os valores ainda permanecem muito abaixo do mínimo desejável. No 1º semestre de 2024, com um total de 6.116 crianças matriculadas, a cobertura média foi de apenas 5,01%. No 2º semestre de 2024, com 6.083 alunos registrados, o índice de cobertura alcançou 38,58%. Apesar de representar um crescimento expressivo em relação ao ano anterior, o município ainda não atingiu o patamar de 50% de cobertura, que é o mínimo considerado satisfatório segundo as diretrizes estaduais.

A análise comparativa entre o final de 2023 e o final de 2024 confirma que União da Vitória apresentou aumento de cobertura, mas sem alcançar a meta mínima de cobertura estabelecida pelo programa, permanecendo abaixo da média dos demais municípios da 6ª Regional de Saúde. Os dados também demonstram uma execução irregular do programa, com baixa capilaridade das ações nas escolas públicas ao longo dos quatro semestres avaliados.

Diante disso, é fundamental que o município reestruture e fortaleça a articulação entre as equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária e a rede de ensino, para garantir a retomada plena e sistemática das ações de bochecho com flúor nas escolas, com vistas à promoção da saúde bucal na infância e adolescência. Para o quadriênio 2026–2029, deve-se estabelecer como meta prioritária a implantação regular do programa em pelo menos 50% das escolas públicas do município, com monitoramento semestral de cobertura e ações integradas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE).

Tabela 42 - Cobertura Saúde Bucal - Equipes no Projeto ART

COBERTURA SAÚDE BUCAL - ABRIL 2024			
Município	População	EQUIPES NO PROJETO ART	LRPD
UNIÃO DA VITÓRIA	56.397	9	0

FONTE: e-Gestor,2025

A qualificação da atenção odontológica no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em União da Vitória tem avançado com a introdução de estratégias resolutivas e de baixo custo, como o Projeto ART – Tratamento Restaurador Atraumático, promovido pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma abordagem baseada na mínima intervenção, que utiliza instrumentos manuais simples e cimento de ionômero de vidro para a remoção de lesões de cárie e restauração do dente, dispensando o uso de brocas, turbinas ou anestesia local.

Essa técnica apresenta elevada efetividade clínica e é especialmente indicada para contextos com restrições de infraestrutura ou barreiras de acesso ao atendimento tradicional, como escolas, comunidades rurais e áreas de vulnerabilidade social. O ART é reconhecido como uma estratégia de promoção da equidade no SUS, pois permite levar o cuidado restaurador a populações historicamente desassistidas, ao mesmo tempo em que preserva ao máximo a estrutura dental saudável, contribuindo para a promoção da saúde bucal e a redução da incidência de cárie.

De acordo com o painel de cobertura de saúde bucal do e-Gestor AB (abril de 2024), o município de União da Vitória possui nove (09) profissionais de Saúde Bucal vinculados ao Projeto ART, atuando no território por meio das Unidades Básicas de Saúde. Essa adesão, embora limitada, representa um avanço importante para a atenção básica, pois amplia a resolutividade das equipes mesmo em situações onde os consultórios odontológicos não estejam plenamente equipados ou onde haja dificuldade de acesso por parte da população.

A expansão do Projeto ART para um número maior de profissionais e sua integração com o Programa Saúde na Escola (PSE) representa uma oportunidade estratégica para melhorar os indicadores de saúde bucal infantil no município. A aplicação do ART em ambiente escolar, associada a ações de prevenção como escovação supervisionada e bochechos com flúor, pode promover impacto direto na redução da prevalência de cárie na infância, reduzir a evasão escolar causada por dor de dente e fortalecer o vínculo da comunidade com os serviços de saúde.

A consolidação do Projeto ART no município será fundamental para garantir acesso, equidade e integralidade no cuidado em saúde bucal, elevando a resolutividade da Atenção Primária e promovendo uma política pública mais inclusiva, preventiva e orientada às necessidades reais da população de União da Vitória.

5.5. RAZÃO DE EXAMES DE CITOPATOLÓGICO REALIZADOS

Tabela 43 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico

INDICADOR 8 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS (25 a 64 anoss) - meta 40%, segundo resultado do Previne Brasil (1 Quadri.) e Plataforma Paraná Saúde Digital (2 e 3 Quadri.)*			
MUNICÍPIOS	MUNICIPAL		
	1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
	Resultado	Resultado	Resultado
União da Vitória	52%	54%	44%

FONTE: PREVINE BRASIL

A realização do exame citopatológico do colo do útero é uma das principais estratégias de prevenção, detecção precoce e controle do câncer cervical, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde para todas as mulheres entre 25 e 64 anos que já tenham iniciado atividade sexual. Esse exame permite identificar lesões precursoras do câncer, possibilitando tratamento

oportuno e eficaz antes da progressão para a forma invasiva da doença. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), sua realização está associada à redução significativa na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, configurando-se como uma das ações prioritárias de saúde da mulher.

Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer do colo do útero é a terceira neoplasia mais incidente entre mulheres no Brasil, com uma média de 17.010 casos novos por ano no triênio 2023–2025, o que corresponde a uma taxa de incidência bruta de 15,38 casos por 100.000 mulheres. No Estado do Paraná, a estimativa para o ano de 2025 é de aproximadamente 790 novos casos, com taxa de incidência ajustada de 9,77 casos por 100.000 mulheres, ainda que o estado apresente um desempenho superior à média nacional. A taxa de mortalidade ajustada por câncer do colo do útero no Brasil foi de 4,51 óbitos por 100.000 mulheres em 2021, demonstrando a relevância da ampliação da cobertura do exame citopatológico como medida efetiva de controle.

No município de União da Vitória, os dados de 2024 demonstram resultados positivos quanto à cobertura do exame, conforme os critérios do Indicador 8 do Programa Previne Brasil. A meta mínima nacional é de 40 % das mulheres na faixa etária-alvo cadastradas nas equipes de Saúde da Família. União da Vitória superou essa meta em todos os quadrimestres de 2024, alcançando 52 % no primeiro quadrimestre, 54 % no segundo e 44 % no terceiro, conforme registros das plataformas Previne Brasil e Paraná Saúde Digital. Tais números indicam um bom desempenho da Rede de Atenção à Saúde, refletindo o esforço da gestão municipal, das equipes de saúde e das ações educativas voltadas à conscientização da população feminina.

Apesar da leve redução observada no terceiro quadrimestre, os resultados gerais apontam para um cenário positivo. A manutenção e o aperfeiçoamento das estratégias implementadas — como a busca ativa de mulheres com exames em atraso, ampliação dos horários para coleta, capacitação dos profissionais da APS e articulação com a Rede de Atenção Especializada para casos de maior complexidade — são fundamentais para assegurar o alcance contínuo das metas. É imprescindível ainda o fortalecimento das ações de educação em saúde e a integração com programas de imunização contra o HPV, visto que a combinação entre rastreamento regular e vacinação é a forma mais eficaz de eliminar o câncer cervical como problema de saúde pública, conforme meta da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Diante desse contexto, o Município de União da Vitória, através de sua Atenção primária em Saúde deverá priorizar ações que ampliem o acesso ao exame citopatológico,

garantam o seguimento de casos com alterações e promovam a educação continuada da população e dos profissionais de saúde. A consolidação dos avanços obtidos até o momento representa um compromisso com a saúde integral das mulheres no município, contribuindo para a redução das iniquidades e a melhoria dos indicadores de saúde no município.

Tabela 44 - Razão de mamografia rastreamento

SÉRIE HISTÓRICA DE RAZÃO DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO, 6ª REGIONAL DE SAÚDE Meta Anual = 0,40					
Município	2020	2021	2022	2023	2024
União da Vitória	0,25	0,19	0,39	0,36	0,27

Fonte: TABNET/MS; 02/03/2025

A série histórica da razão de mamografia de rastreamento em União da Vitória, referente aos anos de 2020 a 2024, revela oscilações importantes no desempenho desse indicador essencial à prevenção do câncer de mama. Em 2020, o município registrou razão de 0,25, valor que caiu para 0,19 em 2021, sugerindo impacto direto da pandemia da COVID-19 na oferta e procura por exames. Houve recuperação em 2022, com aumento para 0,39, seguido por leve queda em 2023 (0,36) e novo decréscimo em 2024 (0,27), permanecendo abaixo da meta anual estabelecida de 0,40.

A mamografia de rastreamento, recomendada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) para mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos com periodicidade bienal, é um instrumento comprovado de redução da mortalidade por câncer de mama — com evidência de impacto de até 30 % em mortalidade quando executada conforme protocolos internacionais. No âmbito nacional, o Brasil realizou cerca de 3,9 milhões de mamografias de rastreamento em 2022, embora a cobertura geral entre mulheres de 50 a 69 anos tenha sido estimada em aproximadamente 58 %, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2019).

No Paraná, o SUS realizou mais de 1,2 milhão de mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos entre 2019 e 2021, demonstrando um esforço estadual relevante. No entanto, relatório recente do INCA apontou que, entre 2022 e 2023, a cobertura no estado foi de apenas 33,6 %, apesar de representar a maior taxa do país — ainda distante da meta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere cobertura superior a 70 %.

Frente a esse panorama, União da Vitória apresentou desempenho inferior ao do estado

no período mais recente. Ao alcançar razão de 0,27 em 2024, o município ficou abaixo tanto da meta anual de 0,40 quanto da média estadual estimada, indicando necessidade de intensificação das ações locais de rastreamento. A oscilação do indicador reflete possíveis desafios como acessibilidade limitada, ausência de busca ativa eficaz, carência de campanhas educativas e impacto das crises sanitárias. Sendo a mamografia a principal ferramenta de detecção precoce, integrando o diagnóstico clínico e a vigilância sistemática, essa realidade evidencia a urgência de fortalecer logística, ampliar oferta, capacitar equipes e promover educação em saúde para aumentar a cobertura no ciclo 2026–2029.

Dessa forma, observa-se que, embora o município tenha demonstrado recuperação parcial após o período pandêmico, ainda não atingiu níveis sustentáveis de cobertura na proporção ideal esperada. O fortalecimento das ações de rastreamento mamográfico em União da Vitória é uma prioridade estratégica para os próximos anos, devendo ser orientado por políticas públicas efetivas, alinhadas às diretrizes do INCA, do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, a fim de garantir acesso equitativo, diagnóstico precoce e redução da mortalidade por câncer de mama.

Entre as ações propostas para reverter esse cenário, destacam-se: a ampliação dos horários de atendimento nos serviços de saúde que ofertam mamografia; a qualificação dos fluxos de agendamento e regulação dos exames; a realização de campanhas de conscientização em parceria com a Atenção Primária à Saúde, com ênfase nos meses de maior mobilização social, como o Março e Outubro Rosa; a busca ativa de mulheres da faixa etária recomendada que não realizaram o exame nos últimos dois anos; o fortalecimento da comunicação entre Unidades Básicas de Saúde e serviços de diagnóstico por imagem; e o monitoramento sistemático dos indicadores através dos sistemas de informação oficiais. Além disso, sugere-se a destinação de recursos para aquisição de vagas reguladas junto a prestadores credenciados e a oferta de transporte para mulheres residentes em áreas mais afastadas, com vistas à redução de barreiras de acesso.

A adoção dessas estratégias permitirá não apenas a melhoria do desempenho do indicador, mas contribuirá também para a efetiva implantação de uma linha de cuidado integral à saúde da mulher, garantindo equidade, acesso e qualidade nos serviços prestados no município de União da Vitória.

5.6. LINHAS DE CUIDADO

5.6.1. Hipertensos

Tabela 45 - Porcentagem de Hipertensos

Nome UBS	Pop.IBGE	% de Hipertensos com relação a pop. Adscrita	% Hipertensos estratificados conforme Linha Guia	% Hipertensos vinculados ao MACC (em relação aos Alto Risco)	% Hipertensos Baixo Risco (em relação ao total estratificado)	% Hipertensos Médio Risco (em relação ao total estratificado)	% Hipertensos Alto Risco (em relação ao total estratificado)	% Hipertensos que estão inseridos na agenda de atendimentos conforme L.G.
UNIÃO DA VITÓRIA	57.913	11%	60%	20%	39%	25%	39%	53%

A análise da Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica em União da Vitória demonstra importantes avanços na organização do cuidado e no fortalecimento das ações da Atenção Primária à Saúde (APS). Com população adstrita de 57.913 habitantes, o município registra 11 % de usuários hipertensos, percentual compatível com a prevalência esperada na população geral, segundo estimativas nacionais.

Um dos principais destaques é que 60 % dos usuários hipertensos foram estratificados conforme os critérios da Linha Guia, evidenciando a consolidação da prática de classificação de risco pelas equipes da APS, o que contribui diretamente para a organização do cuidado centrado nas necessidades do usuário. Essa estratificação permite direcionar o acompanhamento clínico conforme o grau de complexidade e risco cardiovascular, sendo fundamental para a resolutividade da rede.

Quanto ao perfil de risco dos usuários estratificados, observa-se que 39 % foram classificados como baixo risco, 25 % como médio risco e 39 % como alto risco, demonstrando a efetiva aplicação dos critérios clínicos de estratificação. Ainda, 53 % dos hipertensos estratificados estão inseridos na agenda de atendimentos regulares, conforme orientações da Linha Guia, o que reforça o compromisso das equipes com o seguimento longitudinal e contínuo dos pacientes.

Embora o percentual de usuários vinculados ao MACC (Modelo de Atenção às Condições Crônicas) esteja em 20 %, este número representa uma base sólida para expansão gradual da articulação com os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no cuidado compartilhado dos casos de alto risco.

Diante desse cenário positivo, e visando o fortalecimento contínuo da Linha de Cuidado da Hipertensão, propõem-se as seguintes ações estratégicas para o quadriênio 2026–2029:

- Ampliar a cobertura de estratificação de risco para todos os hipertensos cadastrados nas equipes de Saúde da Família, com suporte de protocolos clínicos atualizados;
- Fortalecer a vinculação dos usuários classificados como alto risco ao MACC e demais pontos da rede especializada, promovendo o cuidado compartilhado;
- Expandir a inserção dos hipertensos nas agendas de acompanhamento clínico regular, com foco no monitoramento dos indicadores clínicos e adesão ao tratamento;
- Realizar capacitações periódicas para profissionais da APS, com foco em risco cardiovascular, abordagem interprofissional e gestão clínica do paciente hipertenso;
- Aprimorar os fluxos de referência e contrarreferência, assegurando resolutividade e retorno qualificado das informações para a equipe de origem;
- Fortalecer ações de educação em saúde e autocuidado apoiado, incentivando mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento medicamentoso.

A continuidade dessas ações permitirá não apenas o aprimoramento dos indicadores da linha de cuidado, mas também a efetiva redução de complicações, internações evitáveis e da mortalidade por doenças cardiovasculares no município.

5.6.2. Diabéticos

Tabela 46 - Porcentagem de diabéticos

% de Diabéticos com relação a pop. Adscrita	% Diabéticos estratificados conforme Linha Guia	% Diabéticos vinculados ao MACC (em relação aos Alto Risco)	% Diabéticos Baixo Risco (em relação ao total estratificado)	% Diabéticos Médio Risco (em relação ao total estratificado)	% Diabéticos Alto Risco (em relação ao total estratificado)	% Diabéticos que estão inseridos na agenda de atendimentos conforme L.G.
4%	76%	0%	30%	32%	38%	72%

O município de União da Vitória apresenta avanços expressivos na estruturação da Linha de Cuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Os dados de dezembro de 2024 apontam que 4 % da população adstrita foi diagnosticada com diabetes, valor coerente com a média de prevalência nacional, o que indica efetiva capacidade de identificação e cadastro dos casos pelas equipes de saúde.

Destaca-se que 76 % das pessoas com diabetes foram estratificadas conforme critérios da Linha Guia, refletindo o compromisso da gestão municipal e das equipes da Estratégia Saúde da Família com a qualificação do cuidado e a organização da atenção centrada na avaliação de risco e vulnerabilidade. Essa prática é fundamental para garantir a resolutividade dos serviços

e para o planejamento do acompanhamento clínico.

A distribuição por faixa de risco revela que 30 % dos pacientes estão classificados como de baixo risco, 32 % como médio risco e 38 % como alto risco — perfil que reforça a importância da abordagem contínua, multiprofissional e centrada no usuário, considerando que a maior parte da população demanda seguimento regular e monitoramento intensivo para prevenção de complicações.

Um ponto de destaque positivo é que 72 % dos usuários com diabetes estratificados já estão inseridos nas agendas de atendimento da APS, conforme recomendações da Linha Guia, o que mostra boa organização dos processos assistenciais, garantindo continuidade do cuidado e acompanhamento periódico.

Cabe ressaltar que, atualmente, o Consórcio Intermunicipal de Saúde (MACC) não disponibiliza a Linha de Cuidado específica para Diabetes, o que impacta diretamente na continuidade do cuidado dos pacientes classificados como alto risco, dificultando o acesso a consultas especializadas e exames complementares essenciais para o controle clínico da doença. Essa limitação compromete a integralidade da atenção e representa um desafio à resolutividade dos casos mais complexos. Ainda assim, o município tem demonstrado capacidade técnica e organizacional na Atenção Primária à Saúde, estruturando o cuidado de forma qualificada e garantindo o acompanhamento da maioria dos usuários por meio das equipes multiprofissionais..

Ações propostas para o quadriênio 2026–2029:

- Ampliar a cobertura de estratificação clínica para atingir 100 % dos usuários com diabetes cadastrados;
- Fortalecer a inserção dos pacientes nas agendas programadas da APS, com foco na regularidade dos atendimentos e exames complementares;
- Reforçar a educação permanente das equipes sobre insulinoterapia, abordagem em casos de descompensação e prevenção de complicações crônicas;
- Estimular práticas de autocuidado apoiado e grupos educativos para promoção da saúde e adesão ao tratamento;
- Reivindicar junto ao Consórcio Intermunicipal a estruturação de Linha de Cuidado regional para diabetes, especialmente para os casos de alto risco;
- Implantar protocolos locais de cuidado compartilhado com especialistas (teleconsultorias, matriciamento, encaminhamentos pactuados), com apoio do Telessaúde e e-SUS;

- Acompanhar os indicadores clínicos dos usuários com diabetes em ciclos regulares de monitoramento, integrando os dados da estratificação aos sistemas informatizados da rede.

Essas ações visam consolidar a APS como ordenadora do cuidado, garantindo o manejo clínico adequado dos pacientes com diabetes, prevenindo complicações evitáveis e reduzindo internações hospitalares, em consonância com as diretrizes do SUS e da Rede de Atenção às Condições Crônicas.

Tabela 47 - Porcentagem de idosos

% de Idosos com relação a pop. Adscrita	% Idosos estratificados conforme Linha Guia	% Idosos vinculados ao MACC (em relação aos Alto Risco)	% Idosos Baixo Risco (em relação ao total estratificado)	% Idosos Médio Risco (em relação ao total estratificado)	% Idosos Alto Risco (em relação ao total estratificado)	% Idosos que estão inseridos na agenda de atendimentos conforme L.G.
13%	76%	29%	68%	19%	13%	45%

Com base nos dados do Censo Demográfico 2022 do IBGE, o município de União da Vitória conta com uma população total de 55.033 habitantes, dos quais 15.085 são pessoas idosas com 60 anos ou mais, representando 27,4 % da população municipal. Este dado coloca o município em um patamar acima da média estadual (16 %) e nacional (15,6 %) quanto ao envelhecimento populacional, evidenciando a necessidade de políticas públicas estruturadas e contínuas voltadas à promoção da saúde, autonomia e qualidade de vida da população idosa.

Os dados de dezembro de 2024 indicam que 13 % da população adstrita nas unidades de saúde foi identificada como idosa, número que, embora inferior ao percentual populacional geral, já representa um esforço expressivo de identificação e cadastramento pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Entre os idosos cadastrados, 76 % foram estratificados conforme os critérios da Linha Guia, o que evidencia a consolidação da avaliação multidimensional e da abordagem baseada no risco clínico-funcional.

A distribuição do perfil de risco entre os idosos estratificados revela que 68 % estão classificados como de baixo risco, 19 % como médio risco e 13 % como alto risco, padrão que se alinha à expectativa para uma população com envelhecimento relativamente saudável, mas que demanda atenção especial para evitar fragilidades e perdas funcionais. Importante destacar que 29 % dos idosos classificados como alto risco já estão vinculados ao MACC, o que demonstra um nível positivo de articulação entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Além disso, 45 % dos idosos estratificados estão atualmente inseridos na agenda de atendimentos da APS, conforme orientações da Linha Guia. Embora esse indicador represente um avanço considerável, é necessário ampliá-lo para assegurar que todos os idosos, especialmente os de maior risco, recebam acompanhamento contínuo, atendimento interprofissional e ações de promoção do envelhecimento ativo.

Ações estratégicas para o quadriênio 2026–2029:

- Ampliar a estratificação clínica para alcançar 100 % dos idosos cadastrados nas equipes de Saúde da Família;
- Aumentar a inserção dos idosos nas agendas programadas, priorizando os de médio e alto risco e integrando visitas domiciliares, consultas regulares e ações de promoção da saúde;
- Expandir a vinculação ao MACC e demais serviços especializados para os idosos em condição de maior vulnerabilidade clínica;
- Implantar ações de prevenção de quedas, estimulação cognitiva e reabilitação funcional nos espaços da APS e em articulação com a rede intersetorial;
- Capacitar as equipes de saúde para a abordagem integral do envelhecimento, incluindo fragilidade, polifarmácia, planejamento terapêutico singular e cuidado paliativo;
- Fortalecer parcerias com os serviços da assistência social e rede de proteção social para o atendimento aos idosos em situação de risco social e abandono.

Diante do envelhecimento populacional acelerado e dos dados locais, fortalecer a Linha de Cuidado da Pessoa Idosa deve ser uma prioridade estratégica para União da Vitória nos próximos anos, garantindo dignidade, qualidade de vida e cuidado integral para esta importante parcela da população.

5.6.3. Criança

Tabela 48 - Porcentagem de crianças

% de Crianças com relação a pop. Adserita	% Crianças estratificados conforme Linha Guia	% Crianças vinculados ao MACC (em relação aos Alto Risco)	% Crianças Baixo Risco (em relação ao total estratificado)	% Crianças Médio Risco (em relação ao total estratificado)	% Crianças Alto Risco (em relação ao total estratificado)	% Crianças que estão inseridos na agenda de atendimentos conforme L.G.
2%	91%	168%	81%	11%	8%	83%

O fortalecimento da atenção integral à saúde da criança no município de União da Vitória reflete o comprometimento das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) com o cuidado contínuo e humanizado desde o nascimento. De acordo com os dados de dezembro de 2024, 2 % da população adstrita nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) está composta por crianças com acompanhamento formalizado, número que, embora ainda possa ser ampliado, demonstra o esforço das equipes em cadastrar e estratificar precocemente a população infantil do território.

Entre as crianças cadastradas, 91 % foram estratificadas conforme os critérios da Linha Guia, o que evidencia o uso sistemático da metodologia de risco clínico e social para organização do cuidado. A estratificação permite classificar o grau de complexidade de cada caso e direcionar o atendimento segundo o perfil de risco. A distribuição observada aponta que 81 % das crianças estratificadas estão em baixo risco, 11 % em médio risco e 8 % em alto risco, dados compatíveis com o esperado para uma população infantil predominantemente saudável.

Destaca-se que 83 % das crianças estratificadas estão inseridas na agenda de atendimentos regulares nas UBS, conforme diretrizes da Linha Guia, o que demonstra uma sólida estrutura de acompanhamento longitudinal. A assistência é realizada de forma compartilhada entre profissionais de diferentes categorias: os enfermeiros realizam consultas de puericultura e monitoramento do desenvolvimento, os médicos da APS fazem a condução clínica geral e os pediatras, quando disponíveis, atuam no cuidado compartilhado e na retaguarda técnica dos casos com maior complexidade ou necessidade de avaliação especializada.

Conforme estabelece a Rede de Atenção às Condições Crônicas, as crianças classificadas como de alto risco são encaminhadas pelas equipes da APS ao MACC (Modelo de Atenção às Condições Crônicas) para avaliação multidisciplinar, apoio diagnóstico, suporte terapêutico e seguimento conjunto. Esse fluxo está implantado no município, e o dado de 168 % de vinculação ao MACC em relação aos casos de alto risco indica possível duplicidade ou superregistro de casos, que deverá ser verificado e qualificado para maior precisão dos indicadores.

Ainda assim, os resultados apresentados demonstram a presença de uma linha de cuidado efetivamente estruturada, com forte atuação da equipe de saúde da família e integração com a rede de atenção especializada. A consolidação dessa linha representa um fator protetivo essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, bem como para a

prevenção de agravos evitáveis na infância.

Diante do cenário analisado, propõem-se as seguintes ações para o período de 2026–2029:

- Ampliar o cadastramento de crianças na APS, garantindo cobertura total da população infantil do município;
- Consolidar a estratificação de risco com atualização periódica dos prontuários, assegurando a precisão dos dados registrados;
- Fortalecer o fluxo de encaminhamento das crianças de alto risco ao MACC, com rastreabilidade e retorno de contrarreferência para a equipe de origem;
- Garantir a realização das consultas de acompanhamento conforme preconiza a Caderneta da Criança, de forma articulada entre enfermeiros, médicos generalistas e pediatras;
- Aprimorar a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, incluindo avaliação neuropsicomotora, saúde bucal, estado nutricional e vacinação;
- Ofertar educação permanente às equipes sobre puericultura ampliada, sinais de alerta na infância e atenção à saúde da primeira infância;
- Ampliar o trabalho intersetorial com a rede de proteção social, educação e demais políticas públicas, com foco na garantia dos direitos da criança.

O avanço da Linha de Cuidado da Criança em União da Vitória posiciona o município como referência no cuidado à primeira infância, assegurando às crianças um início de vida mais saudável, seguro e acolhedor, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde.

5.6.4. Gestante

Tabela 49 - Porcentagem de Gestantes

% de Gestante com relação a pop. Adscrita	% Gestante estratificados conforme Linha Guia	% Gestante vinculados ao MACC (em relação aos Alto Risco)	% Gestante Baixo Risco (em relação ao total estratificado)	% Gestante Médio Risco (em relação ao total estratificado)	% Gestante Alto Risco (em relação ao total estratificado)	% Gestante que estão inseridos na agenda de atendimentos conforme L.G.
1%	100%	155%	66%	14%	20%	103%

A gestação é uma fase de intensas transformações físicas e emocionais, exigindo acompanhamento contínuo e integral por parte dos serviços de saúde. Em União da Vitória, o pré-natal é ofertado de maneira qualificada pela Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na

detecção precoce de riscos, no fortalecimento do vínculo entre gestante e equipe de saúde e na promoção do parto seguro e humanizado. O município adota a Linha de Cuidado Materno-infantil da 6ª Regional de Saúde, com aplicação rigorosa dos critérios da Nova Linha Guia Gestante (2020), garantindo que a estratificação de risco ocorra de forma precoce e atualizada durante toda a gestação.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as gestantes são atendidas por uma equipe multiprofissional composta por médicos clínico e médicos ginecologistas e obstetras da APS, enfermeiros e profissionais da equipe multidisciplinar, que atuam de forma integrada e protocolar. O acompanhamento é feito com base em consultas intercaladas entre enfermagem e medicina, conforme o risco obstétrico, com realização de exames laboratoriais e de imagem distribuídos entre os trimestres da gestação, além da vinculação precoce à maternidade de referência e atividades educativas trimestrais obrigatórias.

De acordo com os dados de dezembro de 2024, 1 % da população adstrita encontra-se gestante e em acompanhamento ativo na rede municipal. Destaca-se que 100 % das gestantes cadastradas foram estratificadas conforme a Linha Guia, demonstrando aderência plena ao protocolo clínico assistencial. Os dados apontam que 66 % foram classificadas como de baixo risco, 14 % como médio risco e 20 % como alto risco, o que permite à rede ajustar o plano de cuidados conforme a complexidade de cada caso.

O indicador de gestantes inseridas nas agendas de atendimento conforme a Linha Guia foi de 103 %, valor que sugere boa cobertura da agenda programada, podendo refletir, inclusive, o acompanhamento de gestantes de outros territórios ou gestantes reclassificadas durante o ciclo. Além disso, chama a atenção o índice de 155 % de gestantes vinculadas ao MACC (Modelo de Atenção às Condições Crônicas) em relação ao total de alto risco, o que pode indicar registros múltiplos ou superposição, mas também reforça a efetiva articulação com a atenção ambulatorial especializada e o cuidado compartilhado.

O pré-natal em União da Vitória é conduzido com foco na integralidade e na segurança materna, assegurando no mínimo sete consultas ao longo da gestação, realização dos exames obrigatórios conforme o trimestre gestacional, abordagem odontológica, atividades de educação em saúde e plano de parto. A gestão de caso é realizada para todas as gestantes de alto risco e para aquelas em situação de vulnerabilidade ou intercorrência clínica, mesmo em casos de risco intermediário.

Diante dos avanços alcançados, propõem-se as seguintes ações estratégicas para o

período de 2026–2029:

- Manter a cobertura de 100 % na estratificação de risco gestacional desde a primeira consulta de pré-natal, com atualização contínua conforme evolução clínica;
- Monitorar e qualificar os indicadores de vinculação ao MACC e agendamento de consultas, a fim de evitar duplicidades e garantir rastreabilidade dos casos;
- Garantir o cumprimento das agendas programadas para todas as gestantes, com priorização dos casos de risco intermediário e alto;
- Fortalecer o fluxo de contrarreferência entre a APS e o ambulatório de especialidades, com plano de cuidado compartilhado e registro no prontuário eletrônico;
- Ampliar as ações educativas voltadas às gestantes e acompanhantes, com abordagem sobre parto, amamentação, saúde mental, nutrição e direitos reprodutivos;
- Realizar capacitações periódicas para as equipes da APS sobre intercorrências gestacionais, rastreios obrigatórios e protocolos assistenciais atualizados;
- Consolidar o acompanhamento puerperal com visita domiciliar até o 5º dia após o parto e agendamento das consultas de revisão com médico e enfermagem até o 42º dia.

Essas ações fortalecem a linha de cuidado da gestante como eixo central da atenção materna no município, contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil, melhoria dos desfechos obstétricos e promoção do nascimento seguro e acolhedor em União da Vitória.

5.6.5. Saúde mental

Tabela 50 - Porcentagem Saúde Mental

%Total de pacientes em Saúde Mental	%Total de Pacientes com Transtorno Mental	%Total de Pacientes com Transtorno Mental Estratificados	%Pacientes com Transtorno Mental Baixo Risco	%Pacientes com Transtorno Mental Médio Risco	%Pacientes com Transtorno Mental Alto Risco	%Pacientes c/ Transtorno Mental que estão vinculados ao PASA (MACC) – Cisvali	%Pacientes c/ Transtorno Mental que estão vinculados ao CAPS	%Pacientes c/ Transtorno Mental que estão vinculados a EMAESM	%Pacientes de Transtorno Mental que estão inseridos na agenda da APS para acompanhamento
5%	78%	15%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Pacientes de saúde mental com dependência de álcool e outras drogas

%Total de Pacientes com dependência de álcool e outras drogas	%Total de Pacientes com dependência de álcool e outras drogas Estratificados	%Pacientes com dependência de álcool e outras drogas Baixo Risco	%Pacientes com dependência de álcool e outras drogas Médio Risco	%Pacientes com dependência de álcool e outras drogas Alto Risco	%Pacientes c/ dependência de álcool e outras drogas que estão vinculados ao PASA (MACC) – Cisvali	%Pacientes c/ dependência de álcool e outras drogas que estão vinculados ao CAPS	%Pacientes c/ dependência de álcool e outras drogas que estão vinculados a EMAESM	%Pacientes de com dependência de álcool e outras drogas que estão inseridos na agenda para acompanhamento	% de pacientes de SM com transtorno mental e uso abusivo inseridos na agenda
0%	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

A análise dos indicadores de acompanhamento dos pacientes em saúde mental no município de União da Vitória, referente ao ano de 2025, evidencia que o processo de implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental encontra-se em estágio inicial, sendo resultado de um trabalho que teve início no último biênio. A sistematização de dados se deu

após as primeiras capacitações das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre estratificação de risco e organização dos fluxos assistenciais, em consonância com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Conforme apresentado na Tabela 50, verifica-se que 5% da população adscrita está em acompanhamento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dentre esses, 78% possuem diagnóstico clínico confirmado de transtorno mental, demonstrando a relevância da demanda.

Entretanto, apenas 15% dos pacientes acompanhados foram estratificados quanto ao risco clínico, sendo que **100% dos casos classificados até o momento correspondem ao grupo de baixo risco. Isso revela que a estratificação foi iniciada, mas ainda não abrange a totalidade da população-alvo, especialmente os pacientes com quadros moderados ou graves.

Além disso, os dados mostram que ainda não há registros formalizados de usuários com vínculo assistencial ativo junto ao CAPS, ao Ambulatório de Saúde Mental, à Equipe Multiprofissional de Apoio Especializado em Saúde Mental (EMAE-SM) ou mesmo inseridos na agenda programada da APS para acompanhamento longitudinal. Todos os valores percentuais referentes a esses vínculos constam como 0% na planilha de monitoramento, o que indica ausência de integração das informações nos sistemas de registro ou inexistência de processos consolidados de referência e contrarreferência.

Esses resultados, embora aparentemente limitados, não indicam falha, mas sim o estágio preliminar da implantação do modelo, que está estruturado com base em protocolos técnicos atualizados e possui diretrizes claras de expansão para os próximos anos.

Com base nas normativas da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), os fluxos de cuidado foram definidos da seguinte forma:

- Usuários com transtorno mental de baixo risco: acompanhamento clínico e psicossocial realizado exclusivamente pela equipe da UBS.
- Usuários com risco moderado: acompanhamento na UBS com apoio técnico do Ambulatório Municipal de Saúde Mental, por meio do matriciamento clínico e institucional, quando necessário, em caminhamento para o Ambulatório Especializado do CISVALI, via regulação regional.
- Usuários com risco alto: atendimento compartilhado entre a UBS, o CAPS e, quando necessário, encaminhamento para o Ambulatório Especializado do CISVALI, via regulação regional.

A ausência de casos moderados e graves na base de dados atuais aponta para a necessidade de ampliar a busca ativa, o rastreamento de transtornos mentais na população, e o fortalecimento das ações de matriciamento e apoio institucional às equipes da APS.

Essa análise orienta diretamente o planejamento das próximas ações da gestão municipal e aponta para a necessidade de fortalecimento da linha de cuidado em saúde mental, com foco na ampliação da cobertura, no aperfeiçoamento dos registros eletrônicos, e na qualificação dos vínculos assistenciais formais com os demais pontos de atenção da RAPS.

5.7. 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 o SUS operacionaliza a Assistência Farmacêutica (AF) definida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004 a qual a define como:

“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. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”.

Entretanto a estruturação da assistência farmacêutica nos diferentes níveis de atenção à saúde representa ainda ser um grande desafio, pois não deve ser condicionada unicamente à aquisição e distribuição dos medicamentos, exigindo para a integralidade de suas ações a elaboração de planos, programas e atividades específicas. Somado a isso inclui-se que a assistência farmacêutica gera grande impacto financeiro para a administração e que a demanda por medicamentos vem crescendo constantemente devido ao processo de envelhecimento populacional e ao aumento na incidência de doenças crônicas.

Todas as ações da Assistência Farmacêutica devem ser regidas pelos princípios previstos no art. 198 da Constituição Federal e no artigo 7 da Lei Orgânica de Saúde, sendo os

mesmos abaixo designados:

Universalidade e eqüidade.

- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinaridade e intersetorialidade.
- Garantia da qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas.

Cabe ao Ministério da Saúde atualizar periodicamente a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. No entanto, tanto os Estados como os municípios podem adotar relações específicas e complementares de medicamentos em consonância com a RENAME, respeitando as responsabilidades de financiamento entre os entes e cumprindo com o que foi pactuado nas Comissões Intergestores.

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 em seu art. 28 pressupõe que para obter acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica o usuário deve:

I - Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - 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

IV - 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.

5.7.1. Componentes da assistência farmacêutica

5.7.1.1. 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 3193 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, são:

Tabela 51 - Valores aplicados Assistência Farmacêutica

APLICAÇÃO	
APLICAÇÃO ESTADO	População. 57517 IDHM Alto Valor: R\$2,95 habitante/ano Valor mensal R\$ 14.1395
APLICAÇÃO UNIÃO	População. 57517 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\$10,6640

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 Consórcio Paraná Saúde, criado em junho de 1999 com o objetivo de tornar mais eficiente o gerenciamento do CBAF e 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.

5.7.1.2. 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 Sexta Regional de Saúde.

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

5.7.1.3. 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 a 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 comprovem a doença.

5.7.1.4. 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, paracoccidioidomicose, 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 à 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.

5.7.1.5. 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.

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

Quanto aos medicamentos referenciados através da listagem do HIPERDIA, para tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS e/ou Diabetes, aqueles que mencionado abaixo, 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.

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

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

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

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

O paciente é orientado, quando da indisponibilidade do medicamento preferido em REMUME, a realizar consulta aos medicamentos padronizados através dos protocolos da sexta regional de saúde em União da Vitória (6^a. RS.), 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 onde 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.

5.7.1.8. Judicialização de medicamentos

No município de União da Vitória a judicialização de medicamentos pode ocorrer nos casos em que 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, a fim 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, onde 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.

5.7.2. 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.

5.7.2.1. Recursos Humanos e estrutura

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:

Tabela 52 - Farmacêuticos

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

Tabela 53 - Estagiários

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

Tabela 54 – Estabelecimentos

QUANTIDADE	ESTABELECIMENTO	DESCRITIVO 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	Onde 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.

a- 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 onde as pessoas aguardavam ao relento por horas, expostos a condições climáticas e sem qualquer tipo de conforto. Não havia acentos 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 apresentavam infiltrações, desgastes e rachaduras além de serem inadequadas. O prédio era antigo, e existiam goteiras que muitas vezes incidiam sobre os produtos. Os fármacos e insumos eram acondicionados em locais.

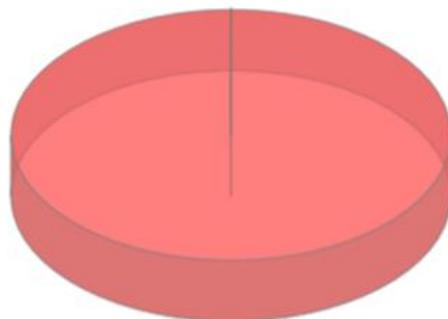
Quanto a gerência, sendo a retirada de medicamentos e insumos o motivo pelo qual os pacientes se deslocam até a farmácia, muitas vezes, além de enfrentar as condições mencionadas anteriormente, os mesmos retornavam para suas casas sem os itens que necessitavam, pois as faltas eram constantes e ocasionadas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

Em 2017 então, foi iniciada a restruturação 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.

Gráfico 52 - 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



● FARMACIA CENTRAL - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE (UVA) - FARMACIA

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. Termôhigrômetros e conservadora 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, móveis diversos em MDF, bebedouro elétrico, TV LED, sistemas de senhas, guichês para atendimento e sacolas personalizadas para dispensação. Quanto a CAF foram adquiridos carrinhos de abastecimento específicos para almoxarifados, elevador de carga, escadas portáteis, estação de trabalho e impressora de rótulos. 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 e 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 4801/2018).

a-Melhorias Necessárias- Farmácia Municipal/CAF

É evidente a transformação ocorrida, tanto nos espaços que compreendem a Farmácia Municipal e Central de Abastecimento Farmacêutico-CAF, quanto no que diz respeito a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica no município e humanização no atendimento. Porém, embora o local tenha recebido melhorias quanto as mobílias e equipamentos, a edificação deixa muito a desejar, sendo a mesma antiga e insuficiente ao fluxo (espaços pequenos para armazenamento de medicamentos e insumos e para acomodação dos pacientes que aguardam atendimento) e as manutenções precárias ou inexistentes. Neste contexto, seria ideal a construção de um novo espaço adequado a um serviço de saúde de tamanha importância, para onde mais de 90% dos usuários do Sistema Único de Saúde são encaminhados, geralmente, no mínimo uma vez ao mês durante muitos anos.

Ainda, melhorias no sentido da estruturação das equipes de trabalho são extremamente necessárias, tendo como objetivo principal a efetivação de funcionários concursados e não apenas estagiários, os quais após 24 meses necessitam obrigatoriamente rescindir seus contratos, gerando um ciclo de treinamento exaustivo e maior probabilidade de equívocos no ato de dispensação, o que pode impactar grandemente na saúde da população. Notória ainda, a necessidade do aumento do quantitativo de profissionais farmacêuticos nos serviços públicos municipais de saúde (farmácias distritais, UPA, farmácia municipal).

Outro ponto importante diz respeito a necessidade de implantação e estruturação de Farmácias Distritais com objetivo da descentralização de dispensação de medicamentos e otimização de fluxo, justificando-se pelo fato de a farmácia central estar distante de diversos pontos do município.

A manutenção dos recebimentos dos incentivos estaduais (IOAF) e federais (QUALIFAR) é algo que deve ser visto em conjunto como prioridade, pois foi somente através destes que houve a possibilidade de realização da grande reestruturação mencionada anteriormente. Para tanto, se faz necessário que os processos licitatórios sejam lançados e homologados em tempo hábil, sem atrasos, levando-se em conta, que fica na dependência do correto uso deste recursos o recebimento dos valores do ano seguinte.

b- Estrutura física Farmácia Unidade de Pronto Atendimento 24h – Warrib Motta.

A farmácia está localizada no prédio da Unidade de Pronto Atendimento- UPA 24 horas e conta com duas salas: farmácia e almoxarifado 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 almoxarifado estão dispostos paletes de material lavável para o armazenamento das caixas de solução fisiológica e solução glicofisiológicas, prateleiras em aço e Termo-higromômetro.

Quanto as farmacêuticas, as profissionais lotadas prestam assistência no período compreendido entre 8 horas as 12 horas e entre 13 horas e 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.

c- Melhorias necessárias- Farmácia UPA/Almoxarifado UPA

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 de 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 esta 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.

5.7.2.2. 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.

Figura 12 - Ciclo da Assistência Farmacêutica



5.7.2.2.1. 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 a 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 Sexta 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 aqueles 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.

5.7.2.2.2. 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.

5.7.2.2.3. 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 básico da assistência farmacêutica, componente estratégico da assistência farmacêutica (distribuição pelo estado) e das Unidades de Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar.

5.7.2.2.4. 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.

-
1. Programação através do gerenciador de recursos: Consórcio Paraná Saúde
 - I. 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.
 - II. 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.
 2. Programação de medicamentos através de licitações
 - I. 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.
 - II. Disponibilizam-se planilhas, onde são calculados os quantitativos de medicamentos a serem adquiridos, conforme consumo histórico.
 3. 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.
 4. Programa Diabetes Mellitus para pacientes insulinodependentes

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 insulinodependentes 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 cabe 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 a pacientes com Diabetes Mellitus 1 na faixa etária maior ou igual a 60 anos.

5. 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.

6. 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 onde retirará os mesmos.

7. Programa de Saúde Mental

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

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

O antiviral Oseltamivir é fornecido pela Secretaria do Estado da Saúde, para a 6^a 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.

5.7.2.2.5. Aquisição

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 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:

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

5.7.2.2.6. 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.

5.7.2.2.7. 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.

1. 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);

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

5.7.2.2.8. 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 do curso de Farmácia 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.

1. Demonstrativo de dispensação

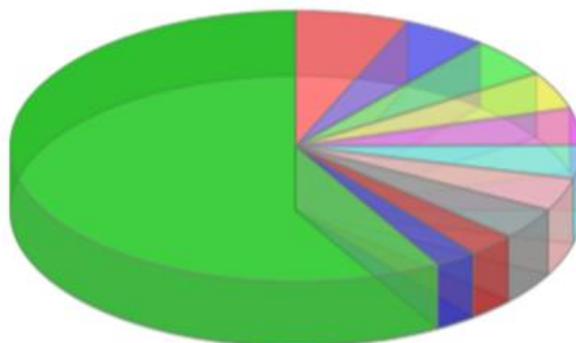
Como demonstrativo da movimentação de dispensação de medicamentos no município apresenta-se como exemplo o ano de 2020(de 01/01/2020a 31/12/2020) aonde foram entregues um total de 6.869.376 unidades de fármacos totalizando um custo total de aproximadamente R\$ 1.861.200,8903/ano.



Gráfico 53 - Relatório de Estoque: Saída de produtos Sintético

Total: 6.869.376 1.886.980,8651 1.861.200,8903

Movimentação de Estoque - Saída de Produtos Sintético

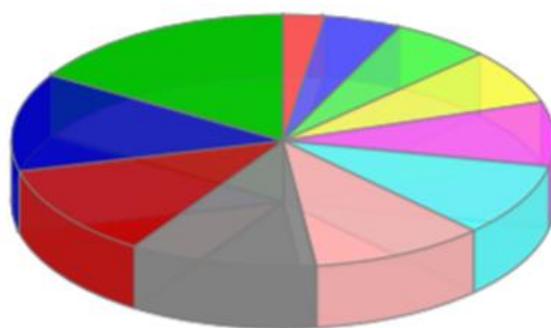


- OMEPRAZOL 20MG CPS
- SINVASTATINA 20MG CPR
- ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG CPR
- AMITRIPTILINA 25MG CPR
- CARBAMAZEPINA 200MG CPR
- ANLODIPINO 5MG CPR
- FLUOXETINA 20MG CPS
- TIRA DE GLICEMIA UND
- SERTRALINA 50 MG CPR
- SINVASTATINA 40MG CPR
- Outros

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

Gráfico 54 - Saída sintética por ação terapêutica

Movimentação de Estoque - Saída por Ação Terapêutica - Sintético



- ANTIDEPRESSIVO
- ANTIHIPERTENSIVO
- (Não se Aplica)*
- ANALGESICO
- ANTILIPIDEMICO
- ANTICONVULSIVANTE
- ANTIULCEROSO- GASTROPROTETOR
- ANTIPSICOTICO
- DIURETICO
- REPOSITOR HORMONAL
- Outros

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

2. Dispensação de fraldas descartáveis

A dispensação de fraldas descartáveis no município de União da Vitória é uma ação contínua desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde, voltada ao atendimento de pacientes com necessidades específicas de uso prolongado desse insumo, mediante critérios clínicos e sociais previamente estabelecidos.

O processo inicia-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde os pacientes são avaliados pela equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). A concessão do insumo está condicionada à apresentação de prescrição médica contendo o diagnóstico clínico com Classificação Internacional de Doenças (CID) e à realização de cadastro individual na unidade de referência do território.

Após aprovação do cadastro, a dispensação é realizada mensalmente pela própria unidade de saúde, sendo fornecida, em média, uma quantidade padrão de 40 fraldas por paciente/mês. Os profissionais da UBS são responsáveis por organizar a lista nominal dos beneficiários ativos, a qual é encaminhada periodicamente ao Almoxarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde, setor responsável pela logística e aquisição dos insumos necessários.

Nos casos em que há necessidade clínica de quantidades superiores à média mensal, o processo é encaminhado para avaliação da Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde, que verifica as condições socioeconômicas e a justificativa clínica da solicitação. A liberação excepcional segue critérios técnicos, respeitando os princípios da equidade e da racionalidade no uso dos recursos públicos.

É importante ressaltar que a entrega de fraldas ocorre exclusivamente para pacientes com indicação clínica justificada, com diagnóstico terapêutico reconhecido pelas equipes de saúde e validado por meio de avaliação multiprofissional. A concessão do benefício está vinculada ao acompanhamento contínuo pelas equipes da APS, garantindo controle, rastreabilidade e revisão periódica da necessidade do insumo.

Essa ação representa um componente essencial da assistência no cuidado domiciliar, especialmente para pacientes com condições crônicas, limitações neurológicas, idade avançada ou restrição de mobilidade, contribuindo diretamente para a promoção da dignidade, prevenção de complicações secundárias (como lesões de pele e infecções urinárias) e apoio às famílias cuidadoras.

3. Atenção à Saúde

As seguintes ações contribuirão para a estruturação dos serviços farmacêuticos tornando a Assistência Farmacêutica um sistema fundamental para a organização das redes de atenção à saúde no Estado, por meio do Programa Farmácia do Paraná.

1. Continuação da estruturação da farmácia básica municipal e Central de Abastecimento Farmacêutico.
2. Repasse financeiro referente à contrapartida federal, estadual e municipal ao CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, para aquisição de medicamentos destinados à Atenção Primária em Saúde.
3. Repasse financeiro de fundo próprio para aquisição de medicamentos e insumos elencados na lista complementar REMUME.
4. Recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos da Atenção Primária em Saúde, mantendo a regularidade do atendimento.

5.8. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

5.8.1. Organização do Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

O setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) da Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória é responsável por operacionalizar o acesso da população a serviços especializados de saúde não disponíveis no município, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 55/1999. O setor atua de forma articulada com os sistemas estaduais de regulação, prestadores de serviços conveniados, consórcios intermunicipais e a Central de Regulação Estadual do SUS.

O TFD atende diariamente usuários encaminhados por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizando agendamentos, triagens, liberações e orientações aos pacientes e seus acompanhantes. Entre as principais funções, destacam-se: gestão de passagens e viagens, articulação com casas de apoio em outros municípios, emissão de relatórios, liberação de consultas, exames e cirurgias agendadas, além do atendimento contínuo por telefone, e-mail e aplicativos de mensagens.

O setor utiliza diversos sistemas oficiais para gestão da informação e regulação dos atendimentos, incluindo: SISREG, e-Saúde, GSUS, Consulfarma, CADSUS Web, e-SUS PEC,

entre outros, garantindo rastreabilidade, segurança e transparência dos processos.

a-Procedimentos Atendidos

Em média, são operacionalizados mensalmente pelo setor os seguintes serviços regulados ou pactuados:

- 50 cirurgias eletivas, realizadas no Hospital Regional de União da Vitória;
- 100 consultas especializadas fora do município, em locais como Curitiba, Região Metropolitana, Guarapuava, Castro e Ponta Grossa;
- 30 consultas em nefrologia, realizadas no Hospital Regional de União da Vitória;
- 50 testes da orelhinha, destinados a recém-nascidos residentes no município;
- 250 sessões de fisioterapia, realizadas no Hospital Regional e na APMI;
- 250 exames de radiografia, realizados nos mesmos locais;
- 100 ecocardiogramas transtorácicos, realizados em Campo Largo;
- 50 exames de imagem (ultrassonografias, tomografias e ressonâncias), realizados no Hospital Regional e na APMI;
- 50 tomografias realizadas em Curitiba;
- 1.800 pacientes transportados mensalmente por meio de ônibus, ambulâncias e veículos leves, com destino a unidades de referência que ofertam serviços de média e alta complexidade não disponíveis localmente.

b-Fluxo Operacional

O fluxo de solicitação inicia-se na Unidade de Saúde de origem, que formaliza o pedido com documentação clínica, laudo médico e indicação do CID. A unidade envia a demanda ao setor de TFD, que analisa a solicitação, agenda os atendimentos, emite passagens e organiza o deslocamento dos usuários, com suporte logístico realizado em parceria com o Almoxarifado Central e a frota da Secretaria Municipal de Saúde.

O setor realiza atendimento presencial diário a uma média de 80 pacientes, além de atendimentos remotos para esclarecimento de dúvidas, orientações sobre datas de exames e procedimentos, e suporte emergencial para pacientes em trânsito, inclusive fora do horário de expediente, em casos de altas hospitalares, transferências e orientações sobre abrigamento e transporte.

As viagens são organizadas por meio de mapas de viagem, garantindo controle sobre os deslocamentos e a segurança dos usuários. Os pacientes em trânsito também são acompanhados por meio de contato direto com os motoristas e responsáveis por casas de apoio, sempre que necessário.

c- Avaliação e Suporte Social

Nos casos em que há necessidade de hospedagem em casa de apoio, o setor realiza a liberação com base na complexidade do caso, tempo de permanência fora do domicílio e situação social do paciente. Quando a situação demanda avaliação mais detalhada, a assistente social da Secretaria Municipal de Saúde realiza a análise socioeconômica para garantir suporte adequado e humanizado ao usuário.

Esse serviço representa um componente estratégico da política de acesso à média e alta complexidade do SUS, assegurando a universalidade e a integralidade da assistência em saúde para os cidadãos de União da Vitória.

Tabela 55 - Análise das Principais Filas de Espera para Consultas Especializadas via TFD

5 PRINCIPAIS FILAS DE ESPERA PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS - MARÇO 2025					
	CONSÓRCIOS	CARE-PR	E-SAÚDE	OUTROS	TOTAL
1º Reumatologia		345	375		
2º Pneumologia		150	169		
3º Neurologia pediátrica		110	133		
4º Urologia		83	127		
5º Ortopedia		70	97		

Segundo levantamento realizado pelo Setor de TFD, as especialidades com maior número de pacientes aguardando consulta especializada fora do município são: Reumatologia, Pneumologia, Neurologia Pediátrica, Urologia e Ortopedia. Essas demandas estão concentradas majoritariamente nas plataformas CARE-PR e e-Saúde, reguladas diretamente pela gestão estadual.

A maior fila de espera identificada é para Reumatologia, somando 720 pacientes. A demanda expressiva por essa especialidade é reflexo do aumento de doenças musculoesqueléticas crônicas, como artrite reumatoide, lúpus, fibromialgia e osteoartrite, especialmente entre mulheres e idosos. A ausência de oferta contratualizada no município e a

dependência exclusiva do encaminhamento estadual contribuem para o tempo prolongado de espera.

Em segundo lugar, aparece a Pneumologia, com 319 solicitações ativas. A especialidade é essencial para o acompanhamento de pacientes com asma, DPOC, bronquiectasias, infecções respiratórias de repetição e quadros pós-COVID-19. A oferta regional é limitada e concentrada em centros de referência, exigindo transporte interestadual e suporte via TFD.

A Neurologia Pediátrica ocupa o terceiro lugar da fila, com 249 pacientes aguardando. Essa demanda é considerada prioritária pela gestão, uma vez que envolve o diagnóstico e acompanhamento de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, epilepsia, TEA, paralisia cerebral e distúrbios de aprendizagem. O município não dispõe dessa especialidade em sua rede própria nem consorciada, tornando o TFD a única via de acesso para esses usuários.

A quarta fila de maior volume é para Urologia, com 210 pacientes cadastrados. A maioria dos casos envolve homens com queixas relacionadas a hiperplasia prostática, disfunções urinárias, incontinência e rastreamento de câncer de próstata. A regulação estadual é necessária devido à oferta insuficiente nos prestadores locais.

Por fim, a Ortopedia mantém fila ativa com 167 solicitações via sistemas estaduais, o que reforça o padrão já observado na fila local. Apesar da existência de ambulatório especializado no Hospital Regional, os casos mais complexos ou que exigem procedimentos cirúrgicos acabam sendo direcionados via TFD para avaliação em centros de referência.

Esses dados indicam a necessidade de fortalecimento da contratualização regional, ampliação das pactuações via consórcios intermunicipais e priorização dessas especialidades em futuras negociações com o Estado. O Setor de TFD atua de forma contínua na logística de transporte, orientação aos usuários e intermediação com os centros de atendimento, garantindo o acesso regulado e humanizado para os pacientes que necessitam se deslocar fora do domicílio para obtenção do cuidado especializado.

De acordo com os dados levantados pelo Setor de TFD da Secretaria Municipal de Saúde, a principal fila de espera para exames regulados fora do município em março de 2025 é para ressonância magnética com sedação, com 15 pacientes ativos registrados via plataforma CARE-PR.

A ressonância com sedação é um exame de alta complexidade e de difícil acesso na

rede pública, sobretudo devido à exigência de ambiente hospitalar, suporte anestésico e estrutura especializada para a realização do procedimento com segurança. Este tipo de exame é prioritariamente indicado para pacientes pediátricos, pessoas com transtorno do espectro autista (TEA), deficiências neurológicas, claustrofobia severa ou condições clínicas que impeçam a permanência imóvel no equipamento durante o exame.

No município de União da Vitória, este procedimento não está disponível de forma contratualizada nem via consórcio intermunicipal, sendo necessário o encaminhamento por meio da regulação estadual, via sistema CARE-PR, para centros de referência habilitados, localizados principalmente em Curitiba e outras cidades com estrutura hospitalar de suporte.

A fila atual, embora numericamente pequena (15 pacientes), representa uma demanda de alta sensibilidade e vulnerabilidade clínica, com impacto direto no diagnóstico precoce e acompanhamento terapêutico de casos complexos. O tempo de espera tende a ser elevado devido à baixa disponibilidade de oferta pública estadual e à necessidade de agendamento em locais específicos, com transporte viabilizado pelo TFD, incluindo, em alguns casos, pernoite e suporte familiar.

A análise reforça a necessidade de:

- Negociação com o Estado para ampliação de vagas via CARE-PR;
- Avaliação da viabilidade de contratação complementar via consórcio ou prestadores especializados;
- Estruturação de um fluxo contínuo entre as UBS, o setor de regulação e o TFD para acompanhamento ativo desses pacientes;
- Inclusão desses exames no monitoramento prioritário da Programação Anual de Saúde.

O Setor de TFD segue acompanhando individualmente esses casos, com suporte assistencial, orientações logísticas e articulação intermunicipal para garantir o acesso integral ao diagnóstico de alta complexidade para os pacientes que mais necessitam.

5.8.1. Setor de Agendamento

5.8.1.1. Setor de agendamento de consultas e exames especializados

O Setor de Agendamento e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória é o núcleo técnico-administrativo responsável por organizar o acesso da população aos

serviços de média e alta complexidade ambulatorial, com destaque para consultas especializadas, exames diagnósticos e procedimentos eletivos. Atua como uma das engrenagens centrais da rede municipal, garantindo que as solicitações oriundas da atenção básica sejam processadas de forma regulada, equitativa e segura, respeitando as diretrizes e os protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A equipe do setor é composta por três servidores administrativos efetivos, que desempenham atividades de gestão de agendas, atendimento aos pacientes e apoio técnico às Unidades de Saúde, e dois médicos auditores reguladores, responsáveis pela avaliação clínica e priorização das solicitações inseridas no sistema, conforme critérios técnicos e assistenciais.

O setor presta suporte direto às 15 Equipes de Saúde da Família (ESF) do município, além de acolher demandas de setores internos da Secretaria Municipal de Saúde, usuários, Ministério Público, conselhos e prestadores regionais. A comunicação é realizada por meio de canais oficiais como telefone, e-mail institucional, atendimento presencial e WhatsApp da Central de Regulação, que funciona como central de triagem e orientação.

Para organizar os fluxos e garantir rastreabilidade, o setor utiliza múltiplas plataformas de informação e regulação:

- SISREG (Sistema Nacional de Regulação – gestão estadual);
- Consulfarma (sistema próprio do Consórcio CISVALI);
- e-Saúde Paraná / CARE-PR (plataforma estadual de regulação);
- GSUS, CADSUS Web, e-SUS PEC (para cadastro e registro clínico dos usuários).

1 - Consultas Especializadas Ofertadas

Atualmente, o município oferta, por meio do Consórcio Intermunicipal CISVALI e de prestadores contratualizados, as seguintes especialidades médicas:

- Cardiologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Hematologia
- Nefrologia
- Neurologia

- Neurologia Pediátrica
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria de Alto Risco
- Pneumologia
- Reumatologia
- Urologia

2- Exames Diagnósticos Regulados

O setor também regula o acesso a exames especializados, realizados por prestadores locais e regionais, incluindo:

a-Exames de imagem:

- Tomografias
- Ressonâncias magnéticas
- Radiografias simples
- Mamografias
- Densitometria óssea
- Mapeamento de retina

b- Ultrassonografias (diversos tipos):

- Abdômen total
- Transvaginal
- Pélvico ginecológico
- Bolsa escrotal
- Próstata (via abdominal)
- Articulações
- Aparelho urinário
- Mamária bilateral
- Tireoide
- Obstétrica

c- Exames cardiológicos:

- Ecocardiograma
- MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial)
- Holter
- Teste ergométrico

d- Exames otorrinolaringológicos e neurológicos:

- Audiometria
- Logoaudiometria
- Impedanciometria
- BERA
- Eletroencefalograma
- Eletroneuromiografia
- Videolaringoscopia

e- Exames endoscópicos:

- Endoscopia digestiva alta
- Colonoscopia

5.8.1.2. Atribuições Técnicas e Operacionais

As atribuições do setor incluem:

- Configuração e gerenciamento de agendas assistenciais, incluindo atendimentos de psicologia, nutrição, fonoaudiologia, saúde mental, fisioterapia domiciliar, equoterapia, CAPS, APAE, APADAF, ortopedia, neurologia contratualizada, entre outros;
- Definição e controle das cotas mensais de exames laboratoriais e de imagem, conforme pactuações intermunicipais e fontes de financiamento (PPI, recursos próprios ou via CISVALI);
- Agendamento mensal de aproximadamente 900 a 1.000 consultas especializadas, via plataformas regulatórias e sistemas internos;
- Emissão de guias de exames e organização de listas nominais para os prestadores locais e regionais;
- Atendimento e orientação às equipes das unidades de saúde quanto à correta inserção

das solicitações e justificativas clínicas;

- Cancelamento, reemissão e devolução de solicitações incompletas ou inconsistentes às unidades de origem;
- Fiscalização e acompanhamento técnico dos contratos com prestadores de SADT, clínicas e laboratórios credenciados;
- Atualização e desbloqueio de cadastros incompletos no sistema CADSUS Web;
- Monitoramento contínuo da fila de espera regulada, com auditoria clínica dos pedidos realizada pelos médicos do setor;
- Atendimento ao público, presencial e remoto, esclarecendo dúvidas sobre a fila SUS, posição na espera e fluxos de regulação.

5.8.1.3. Fluxo Operacional

O fluxo inicia-se nas Unidades Básicas de Saúde, onde os profissionais médicos realizam as solicitações de exames ou consultas no sistema e-SUS PEC. Essas demandas são encaminhadas à Central de Regulação, que executa as seguintes etapas:

1. Verifica a solicitação quanto à documentação, CID e justificativa clínica;
2. Insere o pedido no sistema adequado (SISREG, Consulfarma ou planilha interna)
3. Encaminha para análise do auditor médico quando necessário;
4. Realiza a liberação e emite a guia para entrega ao paciente ou para marcação pela UBS
5. Em casos de inconformidade, devolve a solicitação com orientação para complementação e reenvio.

Esse processo permite o controle transparente da fila, a priorização clínica e o melhor uso dos recursos contratualizados e pactuados.

5.8.1.4. Relatórios e Monitoramento

A equipe técnica do setor elabora e disponibiliza relatórios mensais com dados quantitativos e qualitativos que subsidiam o planejamento da gestão e as pactuações com os prestadores. Dentre os indicadores monitorados, destacam-se:

- Total de agendamentos mensais por especialidade;
 - Utilização de cotas por prestador e por unidade;
 - Tempo médio de espera por tipo de procedimento;

- Principais motivos de devolução de solicitações;
- Monitoramento das demandas reprimidas.

Esses dados alimentam o planejamento estratégico, orientam ações corretivas e fortalecem a regulação como ferramenta de gestão do cuidado.

Tabela 56 - Principais filas de espera para consultas especializadas – União da Vitória, março de 2025

5 PRINCIPAIS FILAS DE ESPERA PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS - MARÇO 2025					
	CONSÓRCIOS	CARE-PR	E-SAÚDE	OUTROS	TOTAL
1º Oftalmologia	2106				
2º Ortopedia	1837				
3º Cardiologia	1634				
4º Neurologia	1034				
5º Otorrinolaringologista	988				

Segundo os dados consolidados pelo Setor de Agendamento Municipal, referentes ao mês de março de 2025, observa-se que as cinco especialidades com maior volume de pacientes em fila de espera por consulta especializada são: oftalmologia, ortopedia, cardiologia, neurologia e otorrinolaringologia, todas reguladas via consórcios intermunicipais.

A especialidade com maior demanda é a oftalmologia, com mais de dois mil usuários aguardando atendimento. A maior parte dos casos envolve triagem para cirurgia de catarata, controle de glaucoma, avaliações visuais em idosos e realização de exames como mapeamento de retina. A alta demanda é reflexo direto do envelhecimento populacional, da ausência de mutirões oftalmológicos no último período e da escassez de prestadores habilitados para absorver o volume reprimido.

Em seguida, destaca-se a ortopedia, com cerca de 1.800 pacientes em espera. A fila é composta por usuários com dores crônicas articulares, traumas, lesões osteomusculares e necessidade de reconsulta após exames de imagem. Apesar da existência de ambulatório especializado no Hospital Regional, o volume de vagas disponíveis ainda é insuficiente frente à demanda crescente.

A terceira maior fila corresponde à cardiologia, especialidade que concentra usuários com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, além de pacientes em investigação de sintomas como dor torácica, palpitações e histórico familiar de eventos cardiovasculares. A fila se mantém estável, mas extensa, mesmo com a pactuação ativa junto ao CISVALI, evidenciando a necessidade de ampliação da contratualização de consultas e exames

cardiológicos.

Na quarta posição está a neurologia, cuja fila também é influenciada pela ausência de oferta regular no território. Os encaminhamentos são majoritariamente para investigação de cefaleias, distúrbios motores, crises convulsivas e alterações cognitivas. A regulação de neurologia é atualmente dependente das agendas compartilhadas entre municípios consorciados, o que contribui para o tempo prolongado de espera.

Por fim, a otorrinolaringologia apresenta fila significativa, com quase mil pacientes cadastrados. A maior parte das solicitações vem da população pediátrica, para investigação de distúrbios auditivos, respiratórios e da fala, além de adultos com queixas de ronco, apneia, amigdalites de repetição e alterações laríngeas.

Esses dados refletem o perfil epidemiológico do município e apontam os principais gargalos no acesso ambulatorial especializado. A permanência dessas especialidades como as mais demandadas exige ações articuladas de ampliação da oferta, reforço na pactuação via CISVALI e qualificação constante dos fluxos de regulação clínica, garantindo maior efetividade e equidade no acesso da população aos serviços de saúde.

Tabela 57 - Principais filas de espera para exames especializados – União da Vitória, março de 2025

5 PRINCIPAIS FILAS DE ESPERA PARA EXAMES - MARÇO 2025					
	CONSÓRCIOS	CARE-PR	E-SAÚDE	OUTROS	TOTAL
1º Grupo Ultrassonográficos	9654				
2º Diagnóstico emm cardiologia	1837				
3º Endoscopia	1067				
4º Ressonância	1037				
5º Colonoscópia	441				

Segundo levantamento realizado pelo Setor de Agendamento, as maiores filas de espera para exames especializados estão concentradas em cinco grandes grupos, regulados majoritariamente via Consórcio CISVALI. Os dados evidenciam gargalos importantes no acesso a procedimentos diagnósticos essenciais à condução clínica dos pacientes na rede pública de saúde.

A fila com maior volume é o grupo de exames ultrassonográficos, com 9.654 solicitações ativas. Este número expressivo engloba diversas modalidades de ultrassonografia, como obstétrica, transvaginal, pélvica, abdominal, mamária, tireoidiana, de articulações e vias urinárias. A demanda é contínua e crescente, especialmente nos grupos prioritários como

gestantes, mulheres em rastreamento ginecológico e pacientes em investigação clínica geral. A limitação de cotas mensais pactuadas com os prestadores tem sido um dos principais fatores para o represamento.

Em segundo lugar, aparece a fila de exames de diagnóstico cardiológico, com 1.837 solicitações. Incluem-se nesse grupo os exames de MAPA, Holter, ecocardiograma e teste ergométrico. A alta demanda está diretamente relacionada à prevalência de hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares na população adulta e idosa. A escassez de oferta regionalizada para esses exames compromete o acompanhamento adequado de pacientes com risco cardiovascular elevado e atrasa a realização de procedimentos eletivos que exigem avaliação cardiológica prévia.

Na terceira posição está a fila para endoscopia digestiva alta, com 1.087 pacientes aguardando. Este exame é fundamental no rastreamento de câncer gástrico, diagnóstico de úlceras, gastrites, doença do refluxo gastroesofágico, entre outros agravos. A fila atual reflete tanto a alta solicitação pelas Unidades de Saúde quanto a limitação da oferta contratada junto aos prestadores habilitados, dificultando o fluxo de investigação clínica nas linhas de cuidado de doenças digestivas e no Programa Nacional de Prevenção ao Câncer.

A ressonância magnética ocupa a quarta posição, com 1.037 exames pendentes. Trata-se de um exame de alta complexidade e custo elevado, indicado para avaliação neurológica, musculoesquelética, ortopédica e oncológica. A limitação de prestadores regionais habilitados e o teto financeiro mensal estabelecido para este tipo de exame resultam em uma fila cronicamente represada, com impacto direto sobre o tempo diagnóstico e a conduta terapêutica de diversos casos.

Por fim, a colonoscopia aparece com 441 solicitações. Esse exame é estratégico para o rastreamento de câncer colorretal, diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais, investigação de hemorragias digestivas e outras condições. Apesar de estar em menor volume em relação aos outros exames citados, a fila é preocupante devido ao risco clínico associado aos atrasos, especialmente em pacientes sintomáticos e com histórico familiar.

A identificação dessas cinco maiores filas de exames permite à gestão municipal mapear as prioridades para ampliação de oferta, repactuação de metas com o consórcio regional, renegociação de contratos com prestadores e, quando possível, a realização de mutirões e ampliação de cotas para redução da demanda reprimida. O Setor de Agendamento segue monitorando essas filas mensalmente para subsidiar o planejamento estratégico da Secretaria

Municipal de Saúde.

5.8. Serviço de Fisioterapia

O município de União da Vitória oferta à população atendimentos fisioterapêuticos por meio de dois eixos organizativos: fisioterapia ambulatorial conveniada e fisioterapia domiciliar pública, garantindo acesso à reabilitação funcional e à recuperação da autonomia dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme os princípios da integralidade e da equidade.

a- Fisioterapia Ambulatorial Conveniada

O atendimento fisioterapêutico ambulatorial é realizado por meio de prestadores credenciados contratados com recursos do Convênio Estadual, que garantem um total de 60 horas semanais de atendimento. Os serviços são prestados pelas seguintes instituições:

- Hospital Regional São Camilo de União da Vitória
- Hospital de Proteção à Maternidade e à Infância (APMI)

A porta de entrada para esse serviço é a Unidade Básica de Saúde (UBS). O paciente é avaliado clinicamente pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), e, havendo indicação para fisioterapia, a solicitação é encaminhada ao Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), onde é gerada uma guia no sistema CARE-PR. Após a liberação do procedimento pelo Estado, o paciente é agendado na clínica conveniada.

Atualmente, o município apresenta uma fila de espera para fisioterapia ambulatorial de cerca de 100 pessoas, levando em conta que a média de cotas mensais gira em torno de 320 e a média de pacientes procurando o serviço de fisioterapia gira em torno de 400 pessoas. Os atendimentos são regulados de forma contínua, conforme disponibilidade de horário nas agendas dos prestadores. Em casos em que o paciente encontra-se em situação de vulnerabilidade social ou com dificuldade de locomoção, o município oferece transporte até a clínica, por meio de agendamento prévio realizado pelo Setor de Transporte Municipal, garantindo acesso efetivo e equitativo ao tratamento.

A atuação desses prestadores é fundamental para a reabilitação de pacientes com sequelas neurológicas, ortopédicas, musculares, pós-cirúrgicas ou respiratórias, com grande

impacto na qualidade de vida e na funcionalidade dos usuários.

b- Fisioterapia Domiciliar

Além da rede conveniada, o município conta com uma fisioterapeuta contratada diretamente pela Prefeitura Municipal, com carga horária de 30 horas semanais, responsável pelo atendimento domiciliar de pacientes acamados, restritos ao leito ou com mobilidade severamente comprometida.

O acesso ao serviço também se inicia na Unidade de Saúde, a partir de avaliação médica ou de enfermagem, e posterior encaminhamento ao Setor de Regulação para triagem e inclusão na fila do atendimento. No momento, a fila de espera para fisioterapia domiciliar conta com aproximadamente 80 pacientes ativos, o que demonstra a grande procura e a importância estratégica desse serviço para os grupos prioritários, como idosos dependentes, pacientes pós-AVC, portadores de doenças neuromusculares e usuários em cuidados paliativos.

A continuidade e a ampliação dessa modalidade são essenciais para evitar internações, prevenir complicações secundárias, reduzir a dependência funcional e promover o cuidado em domicílio, em consonância com a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) do SUS.

5.9. REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – TRIAGEM NEONATAL

A triagem neonatal é o primeiro elo da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e consiste na realização de testes em recém-nascidos com o objetivo de diagnosticar precocemente doenças que, se tratadas a tempo, podem prevenir deficiências auditivas, visuais, cognitivas, motoras e metabólicas. Esses exames fazem parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), executado em articulação com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

No município de União da Vitória, a triagem neonatal é realizada imediatamente após o nascimento, na Associação de Proteção à Maternidade e à Infância (APMI), unidade hospitalar habilitada e referência para partos e cuidados neonatais.

5.9.1. Teste do Pezinho

O Teste do Pezinho, ou triagem metabólica, é realizado entre 48 e 120 horas de vida. O exame coleta gotas de sangue do calcanhar do recém-nascido para identificar doenças genéticas e metabólicas como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase, entre outras.

As amostras são encaminhadas ao LACEN-PR, e, em caso de alteração, a criança é convocada para nova coleta ou encaminhada para os serviços especializados conforme o tipo de doença suspeita. O município realiza o acompanhamento pós-coleta em articulação com a 6ª Regional de Saúde, que organiza as devolutivas e o seguimento ambulatorial.

5.9.2. Teste do Coraçãozinho

O Teste do Coraçãozinho é realizado entre 24 e 48 horas após o nascimento, por meio da oximetria de pulso, e tem como objetivo identificar cardiopatias congênitas críticas. O teste mede a concentração de oxigênio no sangue, e, se identificado valor alterado, o recém-nascido é encaminhado para realização de ecocardiograma.

Tabela 58 - Número de pacientes que realizaram Eletrocardiograma União da Vitória 2021 a 2024

Pacientes que realizaram Ecocardiografia 2021 a 2024*	
Estabelecimentos CNES_PR	412820 União da Vitória
0013633 HOSPITAL ANGELINA CARON	13
0015245 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGELICO MACKENZIE	0
0015369 COMPLEO HOSPITALAR DO TRABALHADOR	0
0015563 HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE	8
2384299 COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR HC E MVFA	3
2568764 CISVALI	21
6426204 HOSPITAL INFANTIL DOUTOR WALDEMAR MONASTIER	23
Total	68

Fonte: Produção ambulatorial. DEF/PR/6ªRS, acesso em 29/08/2024

Em União da Vitória, os exames de ecocardiograma são realizados tanto localmente via Cisvali, quanto em centros especializados via TFD- Tratamento Fora do Domicílio, como o Hospital Infantil Doutor Waldemar Monastier (Campo Largo) e o Hospital Angelina Caron (Curitiba). Dados da 6ª Regional de Saúde indicam que 68 pacientes de União da Vitória

realizaram ecocardiograma entre 2021 e 2024, incluindo casos oriundos do teste do coraçãozinho.

O acompanhamento dos casos alterados é realizado pela Rede de Cuidados Materno-Infantil, com seguimento pelas equipes de pediatria das Unidades de Saúde, e, quando necessário, complementado pelo CISVALI ou por encaminhamento via TFD.

5.9.3. Teste do Olhinho

Conhecido também como teste do reflexo vermelho, o Teste do Olhinho é realizado até 12 horas de vida ou durante o exame de alta hospitalar. O objetivo é detectar precocemente alterações oftalmológicas que causem obstrução no eixo visual, como catarata congênita, glaucoma congênito, retinoblastoma e outras malformações oculares.

O exame é realizado por pediatras na APMI e, caso haja suspeita, a criança é encaminhada para avaliação especializada com oftalmologista. O município integra a rede de atenção oftalmológica através do Consórcio com os demais municípios da 6ª Regional de Saúde, ou, se necessário, via TFD pela regulação regional. A fila de espera para avaliação oftalmológica infantil, quando indicada após triagem, é considerada curta e com fluxo resolutivo.

As crianças com alterações também são acompanhadas pelas equipes de pediatria do município, com suporte ambulatorial na Atenção Primária e, se houver necessidade de investigação cirúrgica ou exames complementares, os casos são encaminhados via CISVALI ou TFD, conforme complexidade.

5.9.4. Teste da Orelhinha

O Teste da Orelhinha, ou triagem auditiva neonatal, é realizado entre o 3º e o 5º dia de vida, ou agendado em consulta ambulatorial, conforme alta hospitalar. O agendamento é realizado pelo setor de TFD pois as cotas são estaduais via sistema CARE-PR. O exame é feito por fonoaudiólogos capacitados e busca identificar perdas auditivas congênitas por meio da emissão otoacústica.

Caso o resultado do teste seja inconclusivo ou alterado, o bebê é encaminhado para reteste e posterior exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), também conhecido como BERA.

De acordo com os dados da 6ª Regional de Saúde, os exames de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE), também conhecidos como BERA, são realizados por meio do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), incluindo o Hospital de Clínicas e a Maternidade Victor Ferreira do Amaral, instituições referência no Estado. O exame é fundamental para a detecção precoce de alterações auditivas, especialmente em recém-nascidos, crianças com suspeita de deficiência auditiva e indivíduos com dificuldades no desenvolvimento da linguagem.

Além desses serviços estaduais, o município de União da Vitória conta com a oferta de 7 cotas mensais para realização do exame por prestadores locais credenciados: a APADAF (Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Francisco Beltrão) e a Clínica Futura.

Os encaminhamentos são organizados pelo setor de Regulação Municipal, com avaliação prévia realizada pela fonoaudióloga da rede municipal, a qual avalia a indicação clínica do exame e orienta as famílias quanto aos procedimentos necessários. Essa atuação integrada entre a regulação e a equipe técnica local contribui para qualificar o acesso ao diagnóstico precoce de alterações auditivas, alinhando-se às diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência.

5.9.5. Monitoramento e Fluxos

O acompanhamento das crianças que apresentaram alteração em qualquer um dos testes é realizado pela 6ª Regional de Saúde, com apoio das Secretarias Municipais e das maternidades. A regional mantém uma planilha compartilhada de monitoramento, contendo os dados da mãe, da criança, do hospital de nascimento e dos testes realizados. Esse registro também orienta os encaminhamentos pós-alta para especialidades como otorrinolaringologia, oftalmologia, cardiologia pediátrica, cirurgias e exames laboratoriais complementares.

As crianças com alterações são prioritariamente acompanhadas pela Rede de Cuidados Materno-Infantil, sob responsabilidade dos pediatras municipais, com retaguarda técnica do CISVALI, e, quando necessário, são encaminhadas via TFD para serviços de referência fora do município.

Um dos desafios enfrentados no processo é a falta de descentralização de acesso ao Sistema Estadual de Triagem Neonatal (SESA) por parte das Secretarias Municipais, o que

pode atrasar em alguns dias a busca ativa de casos alterados. A 6ª Regional de Saúde já sinalizou à SESA a necessidade de garantir acesso integral à plataforma para todos os municípios da região, como forma de fortalecer a vigilância e o cuidado precoce.

5.10. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A atuação da Vigilância Sanitária é essencial para a preservação da saúde pública, identificando, avaliando, prevenindo e eliminando riscos que possam comprometer o bem-estar da população. Suas ações abrangem o controle de fatores ambientais, processos produtivos, bens de consumo e serviços de interesse à saúde, contribuindo diretamente para a melhoria das condições sanitárias e da qualidade de vida no município.

O Departamento de Vigilância Sanitária do município atua em diversas áreas, incluindo a vigilância em serviços de saúde, de alimentos, a saúde do trabalhador e o controle de zoonoses. As inspeções sanitárias são realizadas tanto de forma planejada, seguindo as diretrizes do PROVIGIA e as pactuações estaduais, quanto em caráter emergencial, em resposta a denúncias, investigações epidemiológicas e processos de licenciamento.

O município adota um Plano Municipal de Ação da Vigilância Sanitária, alinhado às orientações da 6ª Regional de Saúde e às pactuações com a Secretaria de Estado da Saúde, que prioriza o monitoramento e a qualificação das inspeções em atividades de maior risco sanitário.

Um aspecto relevante da atuação da VISA municipal é a inspeção regular em serviços de saúde, serviços de alimentação de alto risco e conforme a pactuação – PROVIGIA a inspeção e monitoramento das instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), dada a vulnerabilidade dos residentes e os riscos inerentes a esse tipo de assistência. Essas instituições também recebem visitas periódicas das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que realizam atendimentos médicos e a estratificação de risco dos idosos.

No entanto, o crescimento do número de estabelecimentos em União da Vitória, aliado à aposentadoria de servidores, tem gerado desafios significativos para a capacidade técnica e operacional da Vigilância Sanitária. A limitação do quadro funcional dificulta o pleno atendimento das demandas, especialmente diante da crescente complexidade das ações.

Apesar de algumas medidas paliativas, como a contratação de apoio técnico em engenharia, segurança do trabalho e reforço em equipes, ainda se faz necessária a adequada recomposição do quadro de pessoal.

Para assegurar a continuidade e aprimorar a qualidade dos serviços da Vigilância Sanitária em União da Vitória, torna-se prioritário o investimento em recursos humanos, além na capacitação de contínua dos profissionais.

Além disso, é fundamental a ampliação e adequação do ambiente físico da VISA, com áreas específicas para treinamentos, atendimento ao público (garantindo sigilo), reuniões e armazenamento de documentos. A construção de uma sede própria e adequada, com salas suficientes, espaços laboratoriais e equipamentos para análise de água, investigação de vetores, coleta e análise de amostras de animais suspeitos para raiva e outras zoonoses, é uma necessidade presente.

A disponibilização de materiais educativos para ações de educação em saúde e a construção de estrutura adequada, com a criação de ambientes especializados para atividades laboratoriais e reuniões, também são cruciais para fortalecer o caráter preventivo da VISA e otimizar a gestão e o planejamento das ações.

Em suma, o fortalecimento da Vigilância Sanitária em União da Vitória, por meio de investimentos em pessoal, infraestrutura e recursos operacionais, é essencial para garantir um ambiente mais seguro, com menor risco sanitário e maior proteção à saúde de toda a população.

5.11. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A relação existente entre a saúde da população e o meio ambiente no município de União da Vitória demanda uma análise cuidadosa dos fatores ambientais que exercem influência sobre o bem-estar dos municípios. O município, com sua diversidade geográfica e atividades econômicas que abrangem a agricultura, setor madeireiro e a exploração de outros recursos naturais, enfrenta desafios e apresenta oportunidades específicas na busca pela proteção ambiental e pela promoção da saúde.

Nesse sentido, a atuação da Vigilância em Saúde se torna essencial para identificar, monitorar e mitigar os riscos originados da poluição, do uso de pesticidas, do desequilíbrio ecológico e da gestão dos recursos naturais presentes no território.

O cenário de União da Vitória, com sua significativa atividade agrícola, impõe o desafio do uso intensivo de pesticidas, com potencial para contaminar o solo, a água e o ar, afetando a saúde dos trabalhadores rurais e da população em geral. Embora as notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos sejam relativamente menores em comparação com

medicamentos e produtos domésticos, a subnotificação e os efeitos a longo prazo da exposição crônica representam uma preocupação constante.

A poluição de corpos hídricos, seja por efluentes industriais, esgoto doméstico inadequado ou escorramento de áreas agrícolas, pode comprometer a qualidade da água para consumo e lazer, elevando o risco de doenças infecciosas. A qualidade do ar, afetada por emissões veiculares, industriais e queima de biomassa, contribui para o aumento de doenças respiratórias, especialmente em grupos vulneráveis.

A exploração de madeira, por exemplo, pode provocar erosão, perda de biodiversidade e alteração de ecossistemas, com consequências indiretas para a saúde humana. A preservação de matas ciliares e nascentes é fundamental para a qualidade da água, a regulação climática e a proteção da saúde.

Diante desse contexto, é fundamental que se realize a identificação, o monitoramento e a mitigação dos riscos ambientais à saúde. Isso envolve a avaliação contínua da qualidade da água e do ar, a vigilância ativa sobre o uso de pesticidas na agricultura, a promoção da conservação e do uso sustentável dos recursos naturais, a implementação de ações de educação em saúde ambiental para a população e o fortalecimento da articulação com diversos setores, incluindo órgãos ambientais, o setor agrícola, a indústria e a educação. Ao integrar essas ações, objetiva-se a preservação da saúde presente e futura dos munícipes, construindo um ambiente mais saudável e sustentável para todos em União da Vitória.

5.12. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Tabela 59 - Análise Epidemiológica dos Acidentes de Trabalho – União da Vitória/PR

Total de casos (acidentes de trabalho) analisados: 26
1. Distribuição Geral dos Acidentes
● Óbitos: 9 casos (34,6%)
● Amputações: 5 casos (19,2%)
● Acidentes graves (não fatais): 4 casos (15,4%)
● Acidentes com menores de 18 anos: 3 casos (11,5%)
● Choques elétricos: 2 casos (7,7%)
● Outros (escoriações, prensagem, dilaceração): 3 casos (11,6%)

Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Notificações), Investigações de

acidentes de trabalho da VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador do Município União da Vitória).

Com base nos dados apresentados, observa-se que os óbitos representam a maior proporção dos casos (34,6%), indicando um cenário preocupante em relação à gravidade dos acidentes registrados. As amputações (19,2%) e os acidentes graves não fatais (15,4%) também revelam um índice significativo de ocorrências com consequências severas. A presença de acidentes envolvendo menores de 18 anos (11,5%) chama atenção para a vulnerabilidade dessa faixa etária no ambiente analisado. Choques elétricos (7,7%) e outros tipos de lesões (11,6%) completam o panorama, reforçando a necessidade de medidas preventivas mais eficazes e reforço à segurança, especialmente em atividades de maior risco.

Tabela 60 - Setores Mais Afetados

Setor	Nº de Acidentes	Tipos Comuns
Madereiro	12	Amputações, óbitos, choques
Construção Civil (e afins)	55	óbitos, quedas, choque elétrico
Autônomos (rural e urbanos)	4	Óbitos, acidentes com eletrecidade
Indústria e metalurgia	2	Óbitos (esmeril, trajeto)
Serviços gerais/comércio	3	Acidentes com menores

Com base nesses dados, é possível observar que o setor madeireiro concentra o maior número de ocorrências (12 casos), incluindo amputações, óbitos e choques elétricos, evidenciando um ambiente de trabalho com alto risco e provável deficiência em medidas de segurança. A construção civil aparece em seguida, com 5 casos também graves (óbitos, quedas e choques elétricos), o que é coerente com o histórico desse setor em acidentes laborais.

Trabalhadores autônomos, tanto rurais quanto urbanos, também apresentam um número preocupante de ocorrências fatais (4 casos). Já a indústria e metalurgia, embora com menor número (2 casos), envolve mortes associadas a máquinas e acidentes de trajeto, o que aponta para riscos mecânicos e ergonômicos.

Por fim, os serviços gerais e o comércio somam 3 casos, todos envolvendo menores de idade, o que levanta sérias questões sobre o trabalho infantil e a exposição precoce a ambientes perigosos.

Tabela 61- Análise dos Acidentes Fatais (Óbitos)

Causas principais	
Quedas de estruturas/ pesos	
Acidentes com máquinas (esmeril, serras, torno)	
Descargas elétricas	
Acidentes de trajeto	
Total	9 mortes (34,6%)

Dos 26 casos totais analisados, 9 resultaram em óbitos, correspondendo a **34,6%**, o que evidencia um índice alarmante de fatalidade.

As principais causas dos acidentes fatais foram:

- Quedas de estruturas ou objetos pesados: indicam falhas em medidas de segurança estrutural e no uso de EPIs, especialmente em setores como a construção civil.
- Acidentes com máquinas (esmeril, serras, torno): refletem a exposição a equipamentos perigosos, muitas vezes sem proteção adequada ou treinamento específico dos trabalhadores — especialmente presente na indústria, metalurgia e setor madeireiro.
- Descargas elétricas: frequentes em atividades com rede elétrica mal isolada ou realizadas sem os devidos procedimentos de segurança, comuns entre autônomos e trabalhadores da construção.
- Acidentes de trajeto: sugerem riscos fora do ambiente de trabalho direto, como transporte precário, deslocamentos em áreas perigosas.

- Setores com mais óbitos:

- Madeireiras: 3
- Autônomos (extrativismo e calheiros): 3
- Construção civil e indústria: 3

Os óbitos registrados (9 no total) estão distribuídos de forma equilibrada entre três setores, cada um com **3 mortes**, evidenciando que o risco fatal não está concentrado em um único tipo de atividade, mas sim disperso entre diferentes contextos de trabalho:

- I. **Madeireiras (3 óbitos):** Refletem o alto risco desse setor, que envolve o manuseio de máquinas pesadas e ferramentas de corte, além de exposição a situações de instabilidade estrutural (como quedas de árvores ou toras).

-
- II. **Autônomos – extrativismo e calheiros (3 óbitos):** Mostram a vulnerabilidade de trabalhadores informais, que frequentemente atuam sem acesso a equipamentos de proteção, fiscalização ou treinamento, aumentando o risco de fatalidades, principalmente por choques elétricos ou quedas.
- III. **Construção civil e indústria (3 óbitos):** São setores tradicionalmente perigosos, com risco elevado de quedas, acidentes com máquinas e acidentes de trajeto. Apesar de serem mais regulamentados, os acidentes ainda ocorrem, muitas vezes por falhas na gestão de segurança.

Essa distribuição revela que, independentemente do setor, **a ausência de prevenção eficaz e de condições seguras de trabalho pode levar a consequências fatais**, reforçando a necessidade de segurança no trabalho, tanto no setor formal quanto informal.

- Perfil das Vítimas

- **Predominância masculina**
- **Faixa etária comum:** 20 a 50 anos
- **Trabalhadores informais/autônomos:** presença marcante nos casos fatais
- **3 casos com menores de idade,** todos em ocupações proibidas ou inadequadas

A análise do perfil das vítimas revela características preocupantes e recorrentes entre os acidentados:

- I. **Predominância masculina:** Como é comum em setores de maior risco (madeireiras, construção civil, indústria), os homens são os mais afetados, o que reflete uma divisão de gênero ainda marcada nas ocupações perigosas.
- II. **Faixa etária entre 20 e 50 anos:** Essa faixa representa a maior parte da força de trabalho ativa, mas também indica que pessoas em plena capacidade produtiva estão sendo expostas a riscos graves ou fatais, com implicações sociais e econômicas para suas famílias e comunidades.
- III. **Trabalhadores informais/autônomos com presença marcante nos casos fatais:** Este dado destaca a vulnerabilidade do trabalho informal, onde há pouca ou nenhuma fiscalização, ausência de direitos trabalhistas e escassez de medidas de segurança. A informalidade contribui diretamente para a gravidade dos acidentes.
- IV. **3 casos com menores de idade, todos em ocupações proibidas ou inadequadas:** Trata-se de uma grave violação dos direitos da criança e do adolescente. O envolvimento de

menores em atividades de alto risco evidencia falhas de fiscalização, negligência do empregador e possível exploração do trabalho infantil.

Em conjunto, esses elementos reforçam a urgência de **ações integradas entre órgãos de fiscalização, políticas públicas de prevenção e combate à informalidade, e programas de educação e proteção social**, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis.

- Situações de Risco Repetidas

- Serra circular e torno: 4 amputações e 1 óbito
- Falta de EPI e linha de vida: 2 quedas fatais
- Máquinas sem proteção: acidentes graves e fatais
- Exposição elétrica: 3 casos (2 óbitos)
- Acidentes de trajeto em transporte da empresa: 2 mortes

A recorrência de determinadas situações de risco nos acidentes analisados evidencia falhas sistemáticas nas práticas de segurança e prevenção nos ambientes de trabalho. Os padrões observados são alarmantes:

- I. **Serra circular e torno (4 amputações e 1 óbito):** O uso de máquinas de corte sem proteção adequada ou com operadores não capacitados tem gerado mutilações e mortes. A frequência desses casos indica negligência tanto na manutenção dos equipamentos quanto na qualificação dos trabalhadores.
- II. **Falta de EPI e linha de vida (2 quedas fatais):** A ausência de Equipamentos de Proteção Individual e de sistemas de segurança em altura (como linha de vida) é um fator decisivo em acidentes fatais, especialmente na construção civil e trabalhos em altura. Isso demonstra uma falha grave de gestão de risco.
- III. **Máquinas sem proteção:** A falta de dispositivos de segurança em equipamentos industriais ou manuais tem causado acidentes graves e fatais, refletindo não apenas a má conservação dos instrumentos, mas também a ausência de fiscalização e de cumprimento das normas regulamentadoras (NRs).
- IV. **Exposição elétrica (3 casos, sendo 2 óbitos):** Acidentes com eletricidade, em geral fatais, refletem a ausência de isolamento, sinalização, capacitação e procedimentos seguros. A presença entre trabalhadores autônomos reforça a vulnerabilidade de quem atua fora do regime formal.

A repetição desses fatores evidencia que muitos acidentes poderiam ter sido evitados

com medidas simples e efetivas.

- Importância da Investigação via SIATEP

Todos os acidentes listados foram **investigados pela VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador)** e **inseridos no SIATEP**, que permite:

- Identificar **fatores de risco ocupacional**
- Estabelecer **ações corretivas e preventivas**
- Apoiar o **Ministério Público e órgãos fiscalizadores**
- Mapear os **setores mais vulneráveis**

A investigação dos acidentes pela **VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador)** e o registro no **SIATEP (Sistema de Informação de Acidentes de Trabalho com Exposição Potencial)** desempenham um papel fundamental na prevenção e no controle de acidentes laborais. Todos os casos analisados foram devidamente investigados e cadastrados no sistema, o que representa um avanço significativo na gestão da saúde do trabalhador.

Os dados revelam uma alta incidência de acidentes graves e fatais nos setores de madeira, construção civil e entre autônomos, destacando a urgência de na revisão de segurança de máquinas, capacitação obrigatória para trabalhadores, fiscalização ativa do trabalho de menores, adoção rigorosa de EPIs e Fiscalização em áreas de risco elétrico e em trajeto.

A reincidência de acidentes em algumas empresas também sugere falhas sistemáticas em gestão de segurança do trabalho.

5.13. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de União da Vitória é estruturada segundo os princípios da Política Nacional de Saúde Mental e as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2024–2027, além do Protocolo Estadual de Estratificação em Saúde Mental. A rede está organizada para garantir o cuidado integral, humanizado e territorializado às pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

5.13.1. Organização dos Serviços no Município

O município adota um modelo descentralizado de atenção em saúde mental, com forte

integração entre os pontos de atenção da Atenção Primária, o CAPS I e os dispositivos de urgência e emergência. A rede é composta pelos seguintes serviços:

- Atenção Primária à Saúde (APS): As Unidades Básicas de Saúde (UBS) contam com atendimento psicológico regular e atuam em parceria com médicos e enfermeiros para o acolhimento, acompanhamento e estratificação de risco de pacientes em sofrimento psíquico. Casos classificados como baixo risco e moderado são acompanhados na própria UBS, com plano terapêutico individualizado e cuidado longitudinal, com suporte do CAPS.
- Psicologia especializada na Secretaria Municipal de Saúde: O município dispõe de uma psicóloga com atuação voltada principalmente para o atendimento infantojuvenil, com ênfase em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O serviço também apoia tecnicamente as equipes da APS e orienta fluxos intersetoriais com educação e assistência social.
- CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Tipo I: O município conta com um CAPS I habilitado e custeado pelas três esferas de governo, destinado ao atendimento diário de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. A unidade funciona em horário comercial, com equipe multiprofissional mínima e profissionais complementares, e também absorve parte da demanda relacionada ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, em virtude da inexistência de um CAPS AD no município.
- Atenção aos casos relacionados ao uso de álcool e outras drogas: Na ausência de um CAPS AD, os atendimentos são realizados nas UBS e no CAPS I, com acompanhamento psicossocial individualizado, ações de redução de danos, escuta qualificada e vinculação à rede de proteção social.
- Os casos que exigem internação em Clínica Psiquiátrica são realizados através da Central de Regulação de Leitos do Estado.

5.13.2. Atendimento de Urgência e Internações Psiquiátricas

A porta de entrada para os casos de emergência em saúde mental no município é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), que realiza o acolhimento e estabilização de pacientes em situação de crise psíquica, surto psicótico, ideação suicida ou intoxicação por álcool e drogas. A UPA conta com equipe médica e de enfermagem capacitada para o manejo

clínico inicial e atua diretamente na regulação de leitos junto à Central Estadual de Leitos.

Após alta hospitalar ou estabilização clínica, os pacientes são reintegrados ao cuidado da RAPS municipal, com retorno programado para a UBS ou CAPS, de acordo com o plano terapêutico individualizado.

5.13.3. Atuação do CISVALI

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu (CISVALI) atua exclusivamente na oferta de consultas eletivas especializadas em saúde mental para pacientes de medio e alto risco, mediante estratificações encaminhadas via email pelas equipes de saúde. O consórcio não realiza internações psiquiátricas nem atendimentos de urgência, concentrando sua atuação no suporte ambulatorial complementar à rede municipal, com encaminhamento pactuado conforme a disponibilidade de agenda e grau de complexidade.

5.13.4. Diretrizes e Desafios

A RAPS de União da Vitória segue os fluxos de acesso e estratificação definidos pelo Protocolo Estadual de Saúde Mental, e mantém interlocução constante com a 6ª Regional de Saúde para organização regional da oferta, planejamento de ações integradas e capacitação das equipes. Ainda assim, são identificadas necessidades estratégicas:

- Ampliação do número de profissionais especializados, como psiquiatras e psicólogos;
- Construção da sede própria do CAPS;
- Fortalecimento da linha de cuidado para TEA e transtornos infantojuvenis;
- Qualificação da articulação intersetorial com educação, assistência social, judiciário e conselhos tutelares;
- Aperfeiçoamento do fluxo de atendimento em crise e do retorno pós-internação.

A qualificação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial no município seguem como eixo prioritário do planejamento municipal, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais, com o compromisso de garantir atenção humanizada, integral e em rede para todas as pessoas com necessidades em saúde mental.

5.14. E- MULTI EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional dedicada a promover o bem-estar da comunidade. Entre os profissionais que compõem essa equipe, temos Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudióloga e educador físico, todos atuando de forma integrada na Academia de Saúde.

A Academia de Saúde é um espaço pensado para incentivar a prática de atividades físicas e promover ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Aqui, os profissionais trabalham juntos para oferecer orientações, acompanhamento e atividades que atendam às necessidades de cada indivíduo, contribuindo para uma vida mais saudável e equilibrada.

Com objetivo de garantir uma atenção humanizada, acessível e eficiente, promovendo a qualidade de vida de todos os usuários do sistema de saúde municipal. Composta por profissionais altamente capacitados que atuam de forma integrada para promover o bem-estar da nossa comunidade. Eles oferecem suporte às Unidades Básicas de Saúde, garantindo um atendimento mais completo e humanizado aos moradores, além de contribuir para a prevenção de doenças e a promoção da saúde em diferentes fases da vida.

Entre os profissionais que fazem parte dessa equipe, temos assistentes sociais que auxiliam na orientação e apoio psicológico, ajudando os pacientes a enfrentarem questões sociais e emocionais. Os psicólogos também estão disponíveis para oferecer acompanhamento emocional e terapêutico, promovendo saúde mental e qualidade de vida. Já os atuam na orientação alimentar, promovendo hábitos saudáveis e prevenindo doenças relacionadas à alimentação.

Além disso, contamos com o fonoaudiólogo que desempenham um papel fundamental na reabilitação e na recuperação de pacientes com dificuldades motoras ou de comunicação. Os fisioterapeutas, por sua vez, desenvolvem programas de atividade física adaptados às necessidades de cada indivíduo, incentivando a prática de exercícios e a manutenção de um estilo de vida ativo e saudável.

Outro destaque é a Academia de Saúde, que promove ações educativas e atividades físicas em espaços públicos, incentivando a comunidade a adotar hábitos mais saudáveis de forma acessível e acolhedora. Oferecendo um suporte completo, integrando diferentes profissionais e programas, para fortalecer a saúde de todos os cidadãos do município.

As diretrizes da EMULTI estão voltadas para promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelas unidades de atenção básica. Elas orientam a implementação de ações que garantam o cuidado centrado no usuário, a integração entre diferentes profissionais e a eficiência na gestão dos recursos. Além disso, a estratégia busca fortalecer a participação da comunidade e promover a humanização no atendimento, assegurando que cada pessoa receba um cuidado digno, acolhedor e efetivo.

Os principais objetivos da EMULTI incluem a padronização de boas práticas clínicas, a capacitação constante das equipes de saúde e a otimização dos processos de trabalho. Dessa forma, pretende-se ampliar o acesso aos serviços, reduzir as desigualdades em saúde e promover ações de prevenção e promoção da saúde de forma mais efetiva. A estratégia também visa monitorar e avaliar continuamente os resultados, garantindo que as melhorias sejam sustentáveis e alinhadas às necessidades da população. Ao seguir essas diretrizes e objetivos, a EMULTI busca fortalecer o sistema de atenção básica, promovendo uma saúde mais integral, equitativa e de qualidade para toda a comunidade.

As ações prioritárias da EMULTI envolvem uma variedade de estratégias para garantir um cuidado mais completo e humanizado. O atendimento individual é fundamental para entender as necessidades específicas de cada pessoa, oferecendo um cuidado personalizado e atento às particularidades de cada paciente. Além disso, os atendimentos em grupo promovem troca de experiências, apoio mútuo e educação em saúde, fortalecendo a comunidade e incentivando hábitos mais saudáveis. Outra ação importante é o atendimento domiciliar, que permite que profissionais de saúde acompanhem de perto aqueles que têm dificuldades de se deslocar até as unidades, garantindo que todos recebam o cuidado necessário, independentemente de suas limitações.

Os atendimentos compartilhados também são prioridade, promovendo a integração entre diferentes profissionais e equipes de saúde para oferecer um cuidado mais coordenado e eficiente. Práticas intersetoriais são essenciais para abordar as questões de saúde de forma mais ampla, envolvendo áreas como educação, assistência social, esporte e cultura, buscando ações que promovam o bem-estar de forma integral. Além disso, a discussão de casos entre equipes é uma prática que favorece a troca de conhecimentos, melhora o planejamento do cuidado e garante que cada paciente receba uma atenção mais qualificada e alinhada às suas necessidades específicas.

Essas ações prioritárias refletem o compromisso da EMULTI em oferecer um cuidado

mais humano, integrado e efetivo para toda a comunidade, promovendo a saúde de forma mais abrangente e participativa.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde pretende facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, por meio do trabalho colaborativo entre profissionais das EMulti e das outras equipes de saúde da APS, impulsionando o cuidado compartilhado na Atenção Primária e buscando superar as barreiras na integração com os demais serviços das redes regionais, incorporando também saberes e práticas de especialistas e fortalecendo a atenção interprofissional no SUS.

5.15. REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) é uma estratégia do SUS que integra ações da atenção básica, especializada e hospitalar, com foco na reabilitação, inclusão e garantia de direitos das pessoas com deficiência física, auditiva, visual, intelectual e múltiplas deficiências. No Paraná, a RCPD está estruturada em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a partir da articulação entre os municípios, as Regionais de Saúde, os serviços da atenção especializada e os centros de referência de reabilitação.

5.15.1. Estrutura Estadual da RCPD

O Plano Estadual de Saúde 2024–2027 define como prioridades:

- A ampliação da cobertura de reabilitação física e intelectual;
- O fortalecimento dos centros especializados em reabilitação (CER);
- A redução das filas de espera por órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- A articulação intersetorial com educação, assistência social e trabalho;
- A promoção da acessibilidade física, comunicacional e atitudinal nos serviços de saúde.

A 6ª Regional de Saúde, à qual pertence o município de União da Vitória, conta com fluxos de acesso aos serviços de reabilitação, exames e dispensação de dispositivos assistivos.

5.15.2. Organização da Rede em União da Vitória

No município de União da Vitória, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência é composta por:

- Atenção Primária à Saúde (APS): responsável pela identificação, cadastramento e acompanhamento longitudinal das pessoas com deficiência, além de realizar encaminhamentos para avaliação especializada e emissão de laudos funcionais.
- Fisioterapia domiciliar e ambulatorial, por meio de clínicas conveniadas e profissional próprio contratado pela Secretaria Municipal de Saúde.
- Encaminhamentos para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, via regulação municipal e regional (CARE-PR e CISVALI).
- Fornecimento de fraldas descartáveis, cadeiras de rodas, bengalas, andadores e demais dispositivos, conforme avaliação e prescrição por profissionais habilitados.
- Acompanhamento psicológico e médico de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, TEA e outras condições neurológicas, com articulação intersetorial com a educação especial.
- Laudos para benefício assistencial (BPC/LOAS), inclusão no Cadastro Único e orientações sociais, em articulação com a rede socioassistencial.

5.15.3. Análise dos Dados – União da Vitória

Tabela 62 - Número da população residente com deficiência auditiva, visual, física, mental/intelectual e outras deficiências – 6ª RS, 2024

Cód Município IBGE	Município	População com Deficiência Identificadas pela APS dos Municípios						
		Auditiva	Visual	Física	Mental/Intelectual	Outras Deficiências	Total	%
4101309	Antonio Olinto	238	371	509	413	163	1694	20,27
4102901	Bituruna	44	147	121	125	53	490	5,86
4106803	Cruz Machado	25	61	67	76	57	286	3,42
4108502	General Carneiro	27	34	105	87	38	291	3,48
4118600	Paula Freitas	14	10	9	96	3	132	1,58
4118709	Paulo Frontin	36	32	57	55	22	202	2,42
4120309	Porto Vitória	22	9	35	29	36	131	1,57
4125605	São Mateus do Sul	424	770	1004	769	277	3244	38,81
4128203	União da Vitória	130	166	364	404	89	1153	13,79
Total	6ª Regional de Saúde	1092	1915	2537	2031	784	8359	100

Fonte: Dados fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, através do E-sus e Consulfarma.

Consultas Agosto/2024

Segundo os dados de 2024 da 6ª Regional de Saúde, o município de União da Vitória contabiliza 1.153 pessoas com deficiência identificadas pela APS, o que representa 13,79% de toda a população com deficiência da regional. A distribuição por tipo de deficiência é a

seguinte:

- Deficiência auditiva: 130 pessoas
- Deficiência visual: 166 pessoas
- Deficiência física: 364 pessoas
- Deficiência mental/intelectual: 404 pessoas
- Outras deficiências: 89 pessoas

A prevalência maior está nas deficiências física e intelectual, que somadas representam 66,6% do total identificado, indicando a necessidade de ampliação da oferta de serviços de reabilitação motora e neuropsicossocial no município. Esse perfil epidemiológico reforça a importância de estratégias integradas para detecção precoce, intervenção multiprofissional e suporte psicossocial aos usuários e seus familiares.

5.15.4. Necessidades e Desafios

Embora o município conte com ações estruturadas na atenção à PCD, ainda se observam necessidades importantes:

- Ampliação da oferta de reabilitação especializada local e regional;
- Redução da fila de espera por órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- Qualificação da identificação precoce de crianças com deficiência pela APS;
- Criação de espaços adequados para atendimento multiprofissional e atendimento acessível;
- Maior integração com os serviços da educação especial, assistência social e transporte sanitário.

A consolidação da RCPD no município requer o fortalecimento dos mecanismos de regulação e avaliação, a formação contínua das equipes e a garantia de acessibilidade universal nos serviços de saúde.

Tabela 63 - Fila de espera Ortese e Prótese – União da Vitória 2024

FILA DE ESPERA ÓRTESE E PRÓTESE - CISVALI, 6^a RS - 2024					
EQUIPAMENTO	QUANT/ FILA	VALOR SUS	VALOR LICITAÇÃO	VALOR/PREFE	TOTAL SUS
CADEIRA DE RODAS	38	R\$ 890,60	R\$ 511,00	R\$ 379,60	R\$ 33.842,80
CADEIRA SANITÁRIA	34	R\$ 485,60	R\$ 19,00	R\$ 295,60	R\$ 16.510,40
MULETA AUXILIAR	13	R\$ 79,95	R\$ 86,94	R\$ 6,99	R\$ 1.039,35
ANDADOR	16	R\$ 130,00	R\$ 112,00	R\$ 18,00	R\$ 2.080,00
BENGALA CANAD	28	R\$ 79,95	R\$ 59,99	R\$ 19,96	R\$ 228,60
CADEIRA 90 KG	8	R\$ 1.649,00	R\$ 797,00	R\$ 852,00	R\$ 13.192,00
CADEIRA TETRA	0	R\$ 1.170,00	R\$ 2.180,00	R\$ 1.010,00	-
TOTAL	137				
TOTAL GERAL					R\$ 68.903,15

Fonte: CISVALI, acesso em 03/08/2024

O serviço de reabilitação física da 6^a Regional de Saúde é executado por dois prestadores regionais: o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu (CISVALI), com sede em União da Vitória, e o Centro de Desenvolvimento Tecnológico (CEDETEG), da UNICENTRO, situado em Guarapuava. Esses serviços estão vinculados ao Projeto Estadual de Órtese e Prótese e são responsáveis por avaliação, prescrição, fornecimento e adaptação de equipamentos que promovem autonomia e qualidade de vida a pessoas com deficiência temporária ou permanente.

I. Fila de espera – CISVALI (dados de agosto de 2024)

Segundo levantamento do CISVALI, a 6^a RS acumula uma fila de espera de 137 equipamentos, sendo os mais solicitados:

- Cadeiras de rodas: 38
- Cadeiras sanitárias: 34
- Bengalas canadenses: 28
- Andadores: 16
- Muletas axilares: 13
- Cadeiras 90 kg: 8
- Cadeiras para tetraplégicos: 0

O maior volume de demanda está relacionado a dispositivos de mobilidade e apoio domiciliar, o que demonstra a prevalência de limitações físicas e dependência funcional na

população atendida.

II. Fila de espera – CEDETEG/Guarapuava (dados acumulados 2019–2024)

O CEDETEG da UNICENTRO, que também atua como centro de referência em reabilitação física, apresenta atualmente 133 equipamentos em fila de espera, distribuídos conforme tabela a seguir:

- Cadeira de rodas (tipo padrão): 32
- Cadeira de rodas motorizada: 32
- Cadeira de rodas para banho com aro de propulsão: 16
- Cadeira de rodas p/ tetraplégico (tipo padrão): 8
- Cadeira de rodas (acima de 90 kg): 8
- Cadeira com encosto reclinável: 6
- Almofadas para prevenção de úlceras de pressão: 7
- Cadeira de rodas infantil/adulto (tipo padrão): 11
- Carrinhos para transporte de crianças com deficiência: 2

Tabela 64 - Fila de espera para equipamentos de reabilitação física – CEDETEG, Guarapuava.

FILA ESPERA EQUIPAMENTOS REABILITAÇÃO FÍSICA - CEDETEG/GUARAPUAVA - PR							
EQUIPAMENTOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Almofada de assento para prevenção de úlceras de pressão em celulas de ar	2	3	2				7
Cadeira de rodas (acima 90 kg)			1	3	4		8
Cadeira de rodas adulto/infantil (tipo padrão)	3		8	7	5	9	32
Cadeira de rodas motorizada adulto ou infantil				1	6	4	11
Cadeira de rodas p/ banho c/ assento sanitário	10		7	5	6	4	32
Cadeira de rodas p/ tetraplégico - tipo padrão	1	1	2	3	7	2	16
Cadeira de rodas para banho com aro de propulsão	2		3		1		6
Cadeira de rodas para banho com encosto reclinável	5	1	3	5	3	1	18
Cadeira para banho em concha infantil			1			1	2
Carrinho dobrável p/ transporte de criança c/ deficiencia				1			1
6ª RS	23	5	27	25	32	21	133

A fila do CEDETEG demonstra maior diversidade e complexidade dos dispositivos solicitados, incluindo equipamentos de tecnologia assistiva avançada, como cadeiras motorizadas, com encosto reclinável e para tetraplégicos, que demandam avaliação multiprofissional e maior custo de aquisição.

III. Considerações conjuntas

A análise comparativa das duas filas revela a existência de uma demanda reprimida significativa por dispositivos de reabilitação física na 6ª RS, com foco em equipamentos de locomoção e higiene pessoal. Somadas, as filas do CISVALI e do CEDETEG totalizam 270 equipamentos em espera ativa até 2024, refletindo a insuficiência na reposição, na entrega regular e na previsão orçamentária dos dispositivos.

Entre os principais desafios identificados estão:

- Baixa rotatividade na entrega de equipamentos de alto custo (motorizados e especializados);
- Dificuldade de manutenção e substituição periódica de dispositivos antigos ou inservíveis;
- Logística para deslocamento de usuários até os centros de avaliação;
- Ausência de equipe técnica local para avaliação funcional contínua e acompanhamento pós-entrega.

Diante desse cenário, torna-se prioritário para União da Vitória:

- Reforçar o diálogo com a 6ª Regional de Saúde e os prestadores (CISVALI e CEDETEG);
- Manter a atualização periódica da fila via e-SUS e Consulfarma;
- Garantir transporte sanitário para usuários em avaliação;
- Estabelecer estratégias locais de acompanhamento funcional e triagem por prioridade clínica e vulnerabilidade social;
- Prever recursos no planejamento municipal para coparticipação na aquisição de órteses e próteses, quando necessário.

5.15.5. Reabilitação Auditiva

Tabela 65 - Reabilitação Auditiva – estabelecimentos que prestam assistência à 6ª Região de Saúde

Município	Nome estabelecimento	CNES	Código de habilitação	Abrangência
Curitiba	Universidade Tuiuti do Paraná	15555	2205 - Centro de Reabilitação Auditiva na Alta complexidade	Regional
	Hospital Infantil Pequeno Príncipe	15563		
	Hospital de Clínicas	2384299		
	Astrau	16519	2204 - Centro de Reabilitação Auditiva na Média Complexidade	
Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron	13633	301- Centro/Núcleo para realização de Implante Coclear	Estadual
Curitiba	CHR- Complexo Hospitalar Trabalhador	15369	2204 - Centro de Reabilitação Auditiva na Média Complexidade	Estadual

A reabilitação auditiva é um componente fundamental da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com foco na promoção da inclusão social, escolar e profissional de indivíduos com perda auditiva. Na 6ª Regional de Saúde do Paraná, os serviços especializados para esta linha de cuidado ainda não estão implantados localmente, sendo necessários os encaminhamentos para municípios habilitados nas regiões de Curitiba e Campina Grande do Sul.

Atualmente, os serviços de referência para a 6ª RS incluem centros de média e alta complexidade em reabilitação auditiva, situados majoritariamente em Curitiba. Entre os principais estabelecimentos estão: a Universidade Tuiuti do Paraná, habilitada como Centro de Reabilitação Auditiva em alta complexidade; o Hospital de Clínicas da UFPR e a ASTRAU, ambos habilitados para média complexidade; o Hospital Infantil Pequeno Príncipe, com forte atuação em demandas pediátricas; e o Complexo Hospitalar do Trabalhador, com abrangência estadual. Complementarmente, o Hospital Angelina Caron, localizado em Campina Grande do Sul, é referência estadual para a realização de implantes cocleares, compondo a rede de alta complexidade auditiva.

A concentração dos serviços na capital do estado impõe desafios logísticos aos municípios do interior, especialmente aos usuários de União da Vitória, que precisam ser

encaminhados via Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para avaliação, adaptação e reabilitação auditiva. Esse processo envolve deslocamento de longas distâncias, compromissos com transporte sanitário e, muitas vezes, compromete a adesão de pacientes em situação de vulnerabilidade.

Além disso, observa-se que a oferta de reabilitação auditiva não é plenamente suficiente para atender à crescente demanda da população com deficiência auditiva identificada na atenção primária, sobretudo crianças diagnosticadas na triagem neonatal auditiva e idosos em processo de perda auditiva progressiva.

Diante desse cenário, torna-se essencial o fortalecimento da regulação eficiente via SISREG e e-Saúde, a ampliação do acesso ao transporte sanitário para os pacientes com agendamento em centros especializados, bem como a articulação regional com a SESA para ampliar a cobertura da reabilitação auditiva e, futuramente, habilitar novos serviços na macrorregião sul.

Além disso, é necessário fomentar a qualificação das equipes da atenção primária para a identificação precoce de alterações auditivas, reforçar a triagem neonatal auditiva e garantir o encaminhamento adequado para reabilitação auditiva completa, incluindo o acesso a aparelhos auditivos e terapia fonoaudiológica especializada.

5.15.1. Reabilitação Visual

Tabela 66 - Reabilitação Visual – Serviços Referenciados da 6ª Regional de Saúde

Município	Nome estabelecimento	CNES	Código de habilitação	Abrangência
Curitiba	CHR - Complexo Hospitalar Trabalhador	15369	2210 - Centro Especializado em Reabilitação (CER) OPM e Modalidade Reabilitação Auditiva, Média Complexidade	Estadual

A reabilitação visual é uma das modalidades previstas na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), integrando os serviços de média e alta complexidade voltados à promoção da autonomia, inclusão social e melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência visual, seja congênita, adquirida, parcial ou total.

Atualmente, a 6ª Regional de Saúde não possui estabelecimentos habilitados

localmente para esta modalidade. A assistência especializada em reabilitação visual está centralizada no município de Curitiba, por meio do Complexo Hospitalar do Trabalhador (CHR), que atua como Centro Especializado em Reabilitação (CER), com abrangência estadual.

O CHR está habilitado sob o código 2210 – Centro Especializado em Reabilitação, com foco em Órtese, Prótese e Meios auxiliares (OPM), e especificamente na modalidade de reabilitação auditiva e visual, classificado como serviço de média complexidade. Essa habilitação garante que o local ofereça atendimentos integrados a pessoas com deficiência visual, incluindo triagem, avaliação funcional da visão, adaptação de recursos ópticos e não ópticos, reabilitação psicossocial e orientação às famílias.

A inexistência de serviços habilitados na 6ª RS impõe a necessidade de encaminhamento via TFD (Tratamento Fora do Domicílio) para Curitiba, o que pode gerar atrasos no início do processo reabilitador, especialmente entre crianças em idade escolar e idosos. O deslocamento prolongado, a logística de transporte e a baixa oferta de vagas são fatores limitantes ao acesso pleno e oportuno.

Diante deste cenário, para os usuários de União da Vitória e demais municípios da 6ª RS, torna-se fundamental:

- Manter regulação eficiente para triagem e priorização por critério clínico;
- Garantir transporte sanitário municipal e regional para o comparecimento às avaliações e retornos periódicos;
- Ampliar a capacitação das equipes da atenção primária para identificação precoce da deficiência visual e prescrição de recursos adaptativos;
- Promover articulação intersetorial com a educação e assistência social, assegurando a inclusão escolar e social de pessoas com deficiência visual;
- Fomentar, a longo prazo, a habilitação de serviços regionais para descentralização progressiva da assistência e redução da demanda reprimida.

5.16. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.16.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

União da Vitória faz parte da Rede de Urgência e Emergência do SAMU, composta

pelos nove municípios da 6ª Regional de Saúde: União da Vitória, São Mateus do Sul, Bituruna, General Carneiro, Paula Freitas, Cruz Machado, Porto Vitória, Paulo Frontin e Antônio Olinto. O município conta com base operacional instalada e atua de forma integrada ao serviço, sendo ponto estratégico para a cobertura regional.

A estrutura operacional da regional é composta por:

- Unidades de Suporte Avançado (USA – Alfa): localizadas em União da Vitória e São Mateus do Sul.
- 6 Unidades de Suporte Básico (USB – Bravo): alocadas nos municípios de Bituruna, Cruz Machado, General Carneiro, Paula Freitas, São Mateus do Sul (além da USA) e União da Vitória (além da USA).

O SAMU realiza o primeiro atendimento, regulação médica e transporte adequado de pacientes, sendo peça-chave na resposta rápida a situações críticas. O mapa regional de cobertura ilustra visualmente essa distribuição estratégica de recursos móveis, garantindo assistência contínua e integral aos municípios da região.

Tabela 67 - Cobertura da rede de urgência e emergência na 6º Regional de Saúde

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO MUNICÍPIOS	Nº USA	ABRANGÊNCIA (Cobertura)	Nº USB	ABRANGÊNCIA (Cobertura)
Antonio Olinto	7582	-		-	
Bituruna	16511	-		1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)
Cruz Machado	18858	-		1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)
General Carneiro	14033	-		1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)
Paula Freitas	5808	-		1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)
Paulo Frontin	7326	-		-	
Porto Vitória	4146	-		-	
São Mateus do Sul	45000	1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)	1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)
União da Vitória	56650	1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)	1	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde (09)
6ª Regional de Saúde	175919	2		6	

Mapa de Cobertura



5.16.2. Unidade de Pronto Atendimento – UPA Dr. Warib Motta

A UPA Dr. Warib Motta, localizada no centro de União da Vitória, é a principal porta de entrada para os atendimentos de urgência e emergência no município. Está classificada como UPA Tipo I, segundo o Ministério da Saúde, e integra o componente fixo da Rede de Urgência e Emergência (RUE), oferecendo atenção contínua, 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados.

5.16.3. Papel Estratégico na Rede

A UPA exerce papel intermediário entre a Atenção Básica e os serviços hospitalares de média e alta complexidade, atuando como ponto de estabilização clínica de pacientes agudos, suporte aos atendimentos do SAMU 192 e SIATE 193, e como unidade de retaguarda para as Unidades Básicas de Saúde, especialmente nos horários em que estas estão fechadas. Sua atuação busca, sobretudo, a resolutividade de casos clínicos e traumáticos de menor e média complexidade, reduzindo a sobrecarga nos hospitais da região.

A UPA é totalmente integrada ao serviço regional do SAMU 192, sendo tanto ponto de destino quanto origem de encaminhamentos. Também atua em constante diálogo com a Central de Regulação Estadual, seguindo os protocolos pactuados para internação hospitalar por meio do sistema SISREG. Pacientes classificados como graves são regulados para os

hospitais contratualizados (Hospital São Camilo e APMI) ou para unidades de referência estadual via Central de leitos.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) de União da Vitória está habilitada e qualificada pelo Ministério da Saúde, atuando com classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester. É porta de entrada prioritária para urgências e emergências do município e articula diretamente com o SAMU e a rede hospitalar para o encaminhamento adequado dos pacientes.

Tabela 68 - Dimensionamento das demandas de urgência - classificação de risco no ano de 2023 – UPA

Município	Estabelecimento	CNES	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total	% Atendimentos urgência outros municípios
União da Vitória	Unidade de Pronto Atendimento Dr. Warrib Motta		167	144	8204	42792	4395	55702	

Em 2023, a UPA realizou 55.702 atendimentos, todos regulados e transportados pelo SAMU, conforme a seguinte estratificação de risco:

- 167 pacientes com risco vermelho
- 144 com risco laranja
- 8.204 com risco amarelo
- 42.792 com risco verde
- 4.395 com risco azul

Essa classificação assegura a priorização clínica e o acesso qualificado à atenção hospitalar, conforme a gravidade dos casos.

5.16.4. Fluxos Assistenciais e Acolhimento

Desde 2021, foi implantado na UPA o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), conforme a diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). O protocolo adotado segue o modelo de Manchester, sendo executado por enfermeiros capacitados, que avaliam o paciente no momento da chegada e o classificam conforme a gravidade clínica (cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). Essa abordagem permite o atendimento em tempo oportuno, respeitando a prioridade clínica e não apenas a ordem de chegada.

Todos os usuários são acolhidos pela recepção e encaminhados à sala de classificação de risco, onde são direcionados para atendimento médico, observação, realização de exames ou encaminhamento hospitalar, conforme a complexidade do caso.

5.16.5. Atendimento e Estrutura Física

A unidade presta:

- Atendimento clínico e cirúrgico inicial;
- Atendimento a casos de trauma leve e estabilização de casos graves até transferência;
- Atendimento a pacientes com comorbidades clínicas e respiratórias (inclusive suspeita de COVID-19);
- Primeiros cuidados em saúde mental, inclusive acolhimento de pacientes em crise ou tentativa de suicídio;
- Atendimento de casos psiquiátricos em surto, com possibilidade de encaminhamento para leitos de saúde mental.

A UPA conta com infraestrutura completa, incluindo:

- Consultórios médicos adultos;
- Sala de emergência com leitos e equipamentos de suporte avançado à vida;
- Sala de observação com leitos adultos e infantis;
- Sala de sutura, curativos e pequenos procedimentos;
- Sala de medicação e nebulização;
- Apoio laboratorial e farmacêutico 24h;
- Sala de isolamento, morgue, farmácia satélite, sala de reuniões, área administrativa e espaços de apoio aos servidores.

Possui equipamentos modernos, como desfibriladores, ventiladores mecânicos, monitores multiparâmetros, bombas de infusão, oxímetros, eletrocardiógrafos e carros de emergência.

5.16.6. Equipe Multidisciplinar

A equipe da UPA é composta por médicos clínicos, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, profissionais administrativos e motoristas. Conta ainda com

coordenação técnica médica e de enfermagem, sendo supervisionada por profissionais habilitados junto aos seus respectivos conselhos.

5.16.7. Indicadores e Monitoramento

A unidade monitora uma série de indicadores assistenciais e operacionais, como:

- Número de atendimentos médicos por plantonista;
- Casos em observação, transferências e altas domiciliares;
- Atendimentos respiratórios e suspeitos de COVID-19;
- Realização de testes diagnósticos e treinamentos internos.

Esse monitoramento subsidia decisões gerenciais, qualificação dos processos de trabalho e permite maior controle da resolutividade do serviço.

A UPA Dr. Warrib Motta se consolida, portanto, como pilar fundamental da Rede Municipal de Urgência e Emergência, assegurando o cuidado em tempo oportuno, seguro e qualificado para a população de União da Vitória e região, e contribuindo diretamente para a organização das redes de atenção à saúde e para a regionalização do SUS.

5.16.8. Rede Hospitalar Contratualizada

União da Vitória mantém contratos com duas instituições hospitalares que compõem a rede de urgência e emergência do município e da região:

- Hospital São Camilo (Nossa Senhora Aparecida): referência para traumas e ortopedia de emergência, com contrato específico para esse serviço. Também é contratualizado pelo município para atendimento de clínica médica e cirúrgica em regime de semana clínica.
- Hospital APMI (Associação de Proteção à Maternidade e à Infância): referência em urgência obstétrica, ginecológica e neonatal, com contrato municipal ativo para semana clínica e serviços de urgência materno-infantil.

Além dos contratos municipais, ambos os hospitais estão habilitados como referência para a Rede Estadual de Urgência e Emergência, recebendo pacientes via Central de Regulação de Leitos do Estado.

Tabela 69 - Dimensionamento das demandas de urgência - classificação de risco no ano de 2023 – hospitais

Município	Estabelecimento	CNES	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total	% Atendimentos urgência outros municípios
União da Vitória	Associação de Proteção e a Infância - APMI		-	-	-	-	-	-	-
União da Vitória	Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida		3586	3899	3987	4895	3967	20354	57,57%

Em 2023, os dois hospitais realizaram, via encaminhamento regulado, um total de 20.354 atendimentos hospitalares de urgência, sendo que o Hospital São Camilo concentrou a maioria dos atendimentos de alta complexidade:

- 3.586 pacientes classificados como risco vermelho
- 3.899 como risco laranja
- 3.987 como risco amarelo
- 4.895 como risco verde
- 3.987 como risco azul

Importante destacar que 57,57% dos atendimentos hospitalares foram destinados a pacientes de outros municípios, evidenciando o papel de União da Vitória como centro de referência regional em atendimentos de urgência e emergência.

6. GESTÃO EM SAÚDE

6.1. PLANEJAMENTO: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL GERAL DA SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória é o órgão gestor responsável pela formulação, coordenação, execução, monitoramento e avaliação da política municipal de saúde, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua missão institucional é garantir acesso universal, igualitário e resolutivo aos serviços de saúde, por meio da articulação intersetorial e da integração dos diferentes níveis de atenção, promovendo ações que contemplam a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população.

A sede da Secretaria está localizada em prédio próprio, na Rua Castro Alves, nº 50, Centro, e abriga, em sua estrutura física, setores estratégicos da gestão do sistema municipal de saúde. No mesmo espaço estão integrados os seguintes serviços:

- Setor de Regulação, Agendamento e TFD (Tratamento Fora do Domicílio), responsável pela solicitação, agendamento e controle de exames e consultas especializadas, bem como encaminhamentos para serviços de maior complexidade em outros municípios ou regiões;
- Equipe de Auditoria Municipal, que atua na regulação de exames e consultas especializadas, controle de metas e produção SUS, garantindo transparência, economicidade e qualidade da assistência;
- Serviço de Atendimento Multidisciplinar, com atendimento realizado por profissionais como assistente social, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, inclusive com oferta de consultas de enfermagem com apoio diagnóstico, como exames de espirometria, realizados no próprio local;
- Vigilância Sanitária Municipal (VISA) e o setor de Vigilância Epidemiológica, ambos organizados em ambientes anexos à sede, com atuação direta no monitoramento de agravos, surtos, surtos alimentares, fiscalização sanitária e controle de riscos à saúde pública.

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde compreende a atuação de 14 Equipes de Saúde da Família (eSF) e 1 Equipe de Atenção Primária (eAP), distribuídas em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana, além de 6 Postos de Saúde no interior, garantindo ampla cobertura territorial e capilaridade dos serviços de atenção primária à saúde.

Além disso, o município dispõe de outros serviços essenciais para o funcionamento da rede municipal de saúde, sendo eles:

-
- 1 CAPS tipo I – Centro de Atenção Psicossocial, que presta assistência a pacientes com sofrimento psíquico moderado a grave;
 - 1 Ambulatório de Saúde Mental, que integra a rede de atenção psicossocial (RAPS);
 - 1 UPA 24 horas, classificada e qualificada junto ao Ministério da Saúde, como unidade de pronto atendimento intermediária entre a atenção básica e os hospitais, realizando triagem, estabilização e encaminhamentos conforme protocolos de urgência;
 - 1 Farmácia Central, responsável pela dispensação de medicamentos da assistência farmacêutica básica e especializada;
 - 1 Farmácia Satélite no bairro São Cristóvão, que amplia o acesso descentralizado aos insumos farmacêuticos da população;
 - 1 Academia da Saúde, estruturada como espaço de promoção da saúde e atividades físicas supervisionadas.

A gestão orçamentária e financeira da saúde municipal é operacionalizada por meio do Fundo Municipal de Saúde de União da Vitória – CNPJ 09.519.131/0001-54, instrumento central para recebimento e aplicação de recursos próprios, estaduais e federais, conforme a legislação vigente.

O modelo de gestão adotado no município é centrado na regionalização e na organização em redes de atenção à saúde, com ênfase na Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços no território. A Secretaria Municipal de Saúde atua também na pactuação regional junto à 6ª Regional de Saúde e ao Consórcio Intermunicipal CISVALI, viabilizando o acesso a exames especializados, cirurgias eletivas e serviços de média e alta complexidade, em consonância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2024–2027.

Além disso, a gestão municipal investe continuamente na informatização das unidades, no processo de territorialização e estratificação de risco das populações adscritas, na capacitação permanente das equipes e na transparência da gestão pública, por meio de auditorias internas, relatórios quadrimestrais e participação social nos conselhos e conferências de saúde.

A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, portanto, se consolida como um pilar fundamental na condução das políticas públicas de saúde em União da Vitória, articulando planejamento, gestão e execução das ações e serviços de forma descentralizada, integral e voltada para as reais necessidades da população.

6.2. REGIONALIZAÇÃO: ANSULPAR, CIR REGIONAL, CRESEMS, CISVALI

A regionalização é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), definido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, sendo operacionalizado por meio do Pacto pela Saúde, da Portaria GM/MS nº 1.101/2002 e, mais recentemente, pelas diretrizes estabelecidas na Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e no Decreto nº 7.508/2011. Esse processo busca organizar a rede de ações e serviços de saúde em regiões, promovendo a articulação entre os entes federados para garantir o acesso universal, integral e resolutivo à população.

O Município de União da Vitória integra ativamente a 6ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, que compreende nove municípios. A regionalização dos serviços é fundamental para viabilizar o acesso a procedimentos de média e alta complexidade, organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definição de fluxos assistenciais e gestão compartilhada entre municípios e o Estado.

a- CIR Regional – Comissão Intergestores Regional

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é instância deliberativa do SUS prevista na Portaria GM/MS nº 1.502/2013 e no Decreto nº 7.508/2011. É composta pelos secretários municipais de saúde da região e por representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR), com função de pactuar, planejar, acompanhar e avaliar a execução das ações e serviços de saúde no âmbito regional.

O Município de União da Vitória participa ativamente das reuniões da CIR Regional, colaborando na definição de fluxos assistenciais, pactuação de metas, avaliação dos indicadores regionais e organização da Programação Pactuada Integrada (PPI), sendo voz ativa nas decisões relacionadas à microrregião.

b- CRESEMS – Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde

O CRESEMS é o espaço colegiado que reúne os gestores municipais de saúde para articulação política e técnica, fortalecendo o papel dos municípios na gestão do SUS. Atua como interlocutor entre os municípios e as instâncias estaduais e federais, além de representar os

interesses regionais no COSEMS/PR (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná).

União da Vitória tem representação constante no CRESEMS da 6ª Região de Saúde, promovendo a integração entre os municípios, discutindo estratégias conjuntas, defendendo necessidades locais e contribuindo com o fortalecimento da gestão municipal.

c- CISVALI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

O CISVALI (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu), criado conforme a Lei nº 11.107/2005 e regulamentado pelo Decreto nº 6.017/2007, é a principal ferramenta de gestão regional para a execução de serviços compartilhados na área da saúde. Com sede administrativa e operacional em União da Vitória, o consórcio é composto pelos nove municípios da 6ª Regional de Saúde.

O CISVALI viabiliza o acesso regionalizado a exames especializados, consultas de alta complexidade, cirurgias eletivas e serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT), por meio de contratos com prestadores privados, além da operacionalização de ações consorciadas como:

- Regulação e oferta de consultas especializadas (via Consulfarma);
- Apoio a serviços em reabilitação (ortopédica, auditiva e visual);
- Suporte à rede de urgência e emergência (SAMU);
- Apoio à gestão regionalizada de recursos.

União da Vitória, como sede do consórcio, é referência na organização e controle de procedimentos, além de participar da governança e da prestação de contas do CISVALI. A integração com o consórcio fortalece o modelo de cogestão regional e amplia o acesso da população às ações e serviços que, de forma isolada, os municípios não conseguiriam ofertar com qualidade e sustentabilidade.

d- AMSULPAR – Associação dos Municípios do Sul Paranaense

A AMSULPAR (Associação dos Municípios do Sul Paranaense) é uma entidade civil de caráter regional, sem fins lucrativos, voltada à promoção do desenvolvimento integrado dos municípios que a compõem. Embora não seja um órgão específico de saúde, a associação atua

como apoio estratégico para discussões intermunicipais, articulação de demandas regionais junto ao governo estadual e federal, e incentivo à cooperação institucional entre os entes locais.

União da Vitória é município integrante da AMSULPAR e participa das pautas conjuntas voltadas ao fortalecimento da saúde pública regional, especialmente nas áreas de vigilância, transporte sanitário, infraestrutura, gestão de recursos e saúde ambiental.

6.3. FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O financiamento da saúde pública no Brasil está fundamentado no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Essas normativas estabelecem a obrigatoriedade de aplicação mínima de recursos financeiros por parte dos entes federativos — União, Estados, Distrito Federal e Municípios — para garantir a execução das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). O objetivo é assegurar a sustentabilidade e a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do financiamento tripartite, com aportes regulares e automáticos aos Fundos de Saúde de cada ente.

A operacionalização do financiamento em saúde ocorre por meio do modelo fundo a fundo, com repasses realizados diretamente entre os Fundos de Saúde da União, Estados e Municípios. Desde a publicação da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, os recursos federais para custeio das ações e serviços públicos de saúde passaram a ser transferidos em dois blocos financeiros:

- Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde
- Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

Cada um desses blocos contempla diferentes componentes, como atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS, entre outros. A aplicação dos recursos é registrada e monitorada por meio dos sistemas oficiais como o SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), o SIM-AM (Sistema de Informações Municipais), o DATASUS e, mais recentemente, pelo DIGISUS Gestor Módulo Planejamento, que permite o acompanhamento da execução orçamentária e física dos planos de saúde.

6.4. APLICAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS EM UNIÃO DA VITÓRIA

O município de União da Vitória tem mantido histórico de aplicação de recursos próprios em saúde acima do mínimo constitucional exigido (15%). Conforme os dados extraídos do Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO, observa-se que no período de 2016 a 2024, o percentual de investimentos com recursos próprios aplicados na saúde variou entre 21,17% e 28,48%, como demonstrado a seguir:

Tabela 70 - Percentual do Orçamento Municipal Gasto em Saúde – União da Vitória, 2016 - 2024

ANO	Percentual Aplicado em Saúde
2016	21,72%
2017	23,78%
2018	24,06%
2019	23,77%
2020	21,79%
2021	23,60%
2022	28,48%
2023	23,11%
2024	21,17%

Fonte: PM- Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO

Essa média histórica demonstra o compromisso da gestão municipal com a manutenção e o fortalecimento do SUS, garantindo a continuidade e a expansão dos serviços públicos de saúde. O município conta com Fundo Municipal de Saúde ativo (CNPJ 09.519.131/0001-54), por meio do qual é realizada toda a movimentação orçamentária e financeira, em conformidade com os dispositivos legais e as normativas vigentes.

6.5. ESTRUTURA DE DESPESAS

A maior parte dos recursos é destinada às despesas de custeio, como pagamento de pessoal, manutenção de unidades de saúde, aquisição de medicamentos, insumos, exames e serviços especializados.

O Fundo Nacional de Saúde divulga, 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:

1. 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.

2. 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.

O município também cumpre as obrigações de prestação de contas periódicas por meio do SIOPS, demonstrando a aplicação correta dos recursos, garantindo a transparência e o controle social das despesas em saúde.

O planejamento financeiro é integrado à estrutura orçamentária municipal por meio dos seguintes instrumentos:

- Lei Orçamentária Anual (LOA)
- Plano Plurianual (PPA)
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)
- Plano Municipal de Saúde (PMS)

-
- Programação Anual de Saúde (PAS)
 - Relatórios Quadrimestrais do DIGISUS Gestor
 - Relatório Anual de Gestão (RAG)

Dessa forma, o município assegura a execução e monitoramento eficaz dos recursos, alinhando o planejamento estratégico às necessidades da população e ao cumprimento das metas pactuadas com os entes federal e estadual.

6.6. ANÁLISE DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE – EXERCÍCIO 2024

A execução orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória no exercício de 2024 revela o comprometimento da gestão municipal com a aplicação de recursos públicos em ações e serviços de saúde, conforme os preceitos da Emenda Constitucional nº 29/2000 e da Lei Complementar nº 141/2012. Estes dispositivos obrigam os entes federativos a aplicarem recursos mínimos na saúde pública, cabendo ao município o percentual de 15% da receita própria.

A dotação inicial aprovada para a Secretaria Municipal de Saúde foi de R\$ 53.215.000,00, sendo posteriormente atualizada para R\$ 81.597.918,32 ao longo do exercício, refletindo suplementações e incrementos por transferências e emendas parlamentares. A despesa empenhada no mesmo período foi de R\$ 70.157.805,89, representando uma execução financeira efetiva de aproximadamente 86% da dotação atualizada, demonstrando boa capacidade de gestão orçamentária.

- Destaques da Execução Orçamentária:

- Atenção Básica: Representa uma das principais frentes de investimento, com uma dotação final de R\$ 35.086.812,76, sendo empenhados R\$ 30.969.433,79 (88,3%). Os recursos foram aplicados tanto na manutenção das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto em construções e reformas de Unidades Básicas de Saúde e aquisição de equipamentos. A manutenção das atividades da atenção básica também contou com recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, além de receitas vinculadas conforme EC 29/00 e transferências estaduais.
- Assistência Hospitalar e Ambulatorial: Alcançou dotação atualizada de R\$ 41.606.971,08, com empenho de R\$ 35.585.532,17. Os recursos foram direcionados à manutenção de

convênios com hospitais locais (Hospital Regional São Camilo e Hospital APMI), ao cofinanciamento de procedimentos regulados via Sistema Estadual, manutenção da UPA 24h e ao consórcio CISVALI. Destaca-se o aporte de mais de R\$ 7,6 milhões para a construção do novo Ambulatório Médico de Especialidades (AME), via convênio com o Estado e o CISVALI.

- Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: Com dotação atualizada de R\$ 12.682.182,56, foram empenhados R\$ 11.998.540,53, representando 94,6% de execução. Esses recursos foram utilizados na manutenção de pessoal, compra de medicamentos, insumos hospitalares, contratos com serviços terceirizados, além de transferências estaduais específicas.
- Manutenção do SAMU: Com execução significativa, a dotação de R\$ 3.825.000,00 teve empenho de R\$ 3.420.714,81, reforçando o compromisso com o atendimento de urgência e emergência regional. Os recursos contemplam a manutenção da base SAMU (suporte básico e avançado), veículos, equipe e insumos.
- Vigilância Sanitária e Epidemiológica: A Vigilância Sanitária teve dotação de R\$ 1.177.122,99, com execução de R\$ 890.992,95. Já a Vigilância Epidemiológica executou R\$ 686.149,68, de uma dotação de R\$ 750.181,49, indicando uso eficiente dos recursos na prevenção e controle de agravos à saúde pública.
- Investimentos: Recursos do Bloco de Investimentos da Rede de Serviços Públicos de Saúde foram aplicados em obras, aquisição de equipamentos e construção do AME. Destacam-se também as emendas parlamentares individuais, que somaram mais de R\$ 5 milhões, especialmente voltadas ao custeio de serviços e investimentos na estrutura da rede.
- Custeio do CAPS, Transporte em Saúde, Suporte Terapêutico e Farmácia: Todos os serviços apresentam execução superior a 80% das dotações atualizadas, evidenciando regularidade e continuidade da política municipal de saúde.

6.6.1. Considerações sobre os Recursos Utilizados

O município utilizou majoritariamente receitas vinculadas (EC 29/00 – 15%), recursos ordinários (livres), transferências estaduais e federais, além de expressivo volume oriundo de emendas parlamentares e convênios com o Estado do Paraná. A estrutura contábil revela diversidade de fontes e boa capacidade de absorção e execução de diferentes modalidades de financiamento, com atenção especial à transparência dos gastos e à regularidade dos registros no SIOPS, SIM-AM e DIGISUS.

A gestão da saúde em União da Vitória, diante dos dados de 2024, revela-se tecnicamente comprometida com o cumprimento dos instrumentos de planejamento e com a destinação adequada dos recursos, especialmente no que se refere à atenção básica, estrutura de urgência e emergência e ampliação da rede assistencial especializada.

7. INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A informação em saúde é um componente essencial para a gestão do SUS, permitindo o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a tomada de decisões baseadas em evidências. Em União da Vitória, a estrutura de informação em saúde está organizada para garantir a coleta, o processamento, o envio e a análise de dados de forma integrada entre os níveis municipal, estadual e federal.

7.1. SISTEMAS NACIONAIS, ESTADUAIS E LOCAIS UTILIZADOS

O município opera com um conjunto amplo de sistemas e plataformas, abrangendo todas as áreas da saúde pública:

- e-Gestor/SISAB: Acesso e consolidação dos dados da Atenção Primária e indicadores de desempenho das equipes.
- e-SUS APS / PEC: Nas UBS com uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão, integrando atendimentos médicos, enfermagem, visitas domiciliares e produção de saúde.
- e-SUS Notifica / Notifica COVID: Notificação de agravos, incluindo casos de síndromes gripais, SRAG e infecções por COVID-19.
- SINAN / SINAN-DENGUE / e-SUS SINAN: Sistema de notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.
- SIM / SINASC: Registro e monitoramento de óbitos e nascimentos no município.
- SIPNI / SISAVAIMUNO / SISLOG: Controle de vacinação, estoque e distribuição de imunobiológicos.
- SIVEP-GRIPE / SIVEP-DDA: Monitoramento de síndromes respiratórias e diarreicas.
- TOOLBOX / RESP: Apoio à vigilância e resposta rápida a surtos e emergências.
- SISVAN / SISPNC / SIPI / VIGIÁGUA / SINAVISA / GAL / SISCAN: Apoiam as vigilâncias nutricional, de doenças crônicas, saúde bucal, qualidade da água, sanitária, laboratorial e rastreamento de câncer.
- SIASUS / SIGIF2 / SISAIH / SIHD2 / CIHA01 e CIHA02: Processamento e envio das produções ambulatorial (BPA, FPO) e hospitalar (AIH).
- SCNES / Cartão SUS: Cadastro e atualização dos estabelecimentos e usuários do SUS.
- GAL: Gestão e consulta de exames laboratoriais em rede.

-
- Bolsa Família em Saúde: Monitoramento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.
 - Materno Infantil (ERMI): Sistema estadual para acompanhamento de gestantes e crianças de risco.
 - Estratificação de Risco em Saúde Bucal: Ferramenta para organização dos atendimentos odontológicos conforme prioridade clínica.

7.2. INTEGRAÇÃO ESTADUAL E NACIONAL – SAÚDE DIGITAL

União da Vitória está inserida nos programas de modernização e transformação digital do SUS, com destaque para:

- Paraná Saúde Digital: Iniciativa da SESA-PR para padronização do prontuário eletrônico, implantação da identidade digital do cidadão e integração com aplicativos móveis. O município participa ativamente dessa transformação digital.
- Conecte SUS – Ministério da Saúde: Plataforma nacional de integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), com o objetivo de digitalizar o SUS e dar acesso direto do cidadão às suas informações em saúde.

7.3. SISTEMAS LOCAIS EM OPERAÇÃO

Além das plataformas estaduais e federais, o município utiliza sistemas locais complementares:

- Sistema Betha Saúde: Implantado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) como prontuário eletrônico hospitalar, também utilizado para controle de estoque de insumos e medicamentos. O mesmo sistema é utilizado na Farmácia Municipal, permitindo controle logístico, dispensação e rastreabilidade dos medicamentos.
- Consulfarma: Sistema contratado e operado pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o CISVALI, para a regulação de exames e consultas especializadas, com organização de filas de espera, agendamentos, geração de guias e acompanhamento de solicitações dos nove municípios do consórcio.

7.3.1. Desafios Identificados

Mesmo com a estrutura consolidada, alguns desafios persistem:

- Interoperabilidade limitada entre alguns sistemas nacionais e os softwares locais;
- Necessidade de ampliação da cobertura de internet em unidades mais afastadas;
- Capacitação contínua das equipes para evitar erros de registro e inconsistências;
- Defasagem na atualização de sistemas como SCNES e envio de AIH em tempo oportuno.

7.3.2. Perspectivas e Fortalecimento da Informação

Para o quadriênio 2026–2029, o Plano Municipal de Saúde prioriza:

- Ampliação da infraestrutura tecnológica (computadores, rede, conectividade);
- Integração de dados entre os sistemas locais e federais;
- Implantação progressiva de prontuário único e 100% digital;
- Capacitação permanente das equipes;
- Expansão do uso de ferramentas digitais como a Plataforma Paraná Saúde Digital e aplicativos de acesso cidadão.

7.4. ESTABELECIMENTOS E TIPO DE PRESTADOR

7.4.1. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS

A Rede Física Prestadora de Serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município de União da Vitória configura-se como um componente essencial da estrutura assistencial, sendo composta por 66 estabelecimentos devidamente registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), distribuídos entre unidades públicas, privadas com e sem fins lucrativos e prestadores individuais. A análise da rede, tanto sob a perspectiva da tipologia dos estabelecimentos quanto da natureza jurídica, permite compreender o modelo de gestão local e a abrangência dos serviços oferecidos à população.

Tabela 71 - Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento

Rede física de estabelecimento de saúde por tipo de estabelecimento				
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
HOSPITAL GERAL	0	2	0	2
CONSULTORIO ISOLADO	0	0	7	7
LABORATORIO DE SAÚDE PUBLICA	0	1	0	1
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	0	0	2	2
POLO ACADÊMIA DA SAÚDE	0	0	1	1
POSTO DE SAÚDE	0	0	6	6
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	0	1
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	0	0	2	2
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO	0	0	1	1
PROTNO ATENDIMENTO	0	0	1	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	0	1	0	1
CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	0	1	1	2
POLICLINICA	0	1	2	3
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	3	11	4	18
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	0	0	12	12
FARMÁCIA	0	0	2	2
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	0	2	3	5
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	1	1
Total	3	20	45	68

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Em relação à tipologia, observa-se que a rede municipal conta com 12 Centros de Saúde/Unidades Básicas, 5 clínicas ou centros de especialidades, 3 policlínicas e 2 farmácias. Estes números refletem a prioridade dada à atenção primária à saúde, considerada a porta de entrada do SUS e principal eixo organizador da rede de atenção.

A rede inclui ainda duas unidades hospitalares estaduais (Hospital São Camilo e Hospital da APMI), ambos de referência para urgência/emergência, internações clínicas, obstetrícia e atendimento especializado. Complementam a rede: 1 Pronto Atendimento (UPA 24h), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS tipo I), 2 unidades móveis de nível pré-hospitalar (SAMU), 1 laboratório de saúde pública, 1 Central de Abastecimento, 1 Central de Regulação, 1 Central de Gestão em Saúde e 1 Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, compondo uma estrutura distribuída e diversificada, compatível com os princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Tabela 72 - Por natureza Jurídica

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica				
Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA				
ORGÃO PÚBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL	0	2	0	2
MUNICÍPIO	30	0	0	30
AUTARQUIA ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL	0	1	0	1
CONSÓRCIO PÚBLICO DE DIREITO PÚBLICO (ASSOCIAÇÃO PÚBLICA)	0	1	0	1
ENTIDADES EMPRESARIAIS				
EMPRESARIO (INDIVIDUAL)	4	0	0	4
SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA	7	9	3	19
SOCIEDADE SIMPLES LIMITADA	1	2	0	3
SOCIEDADE SIMPLES PURA	1	1	0	2
ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS				
ASSOCIAÇÃO PRIVADA	0	4	0	4
PESSOAS FÍSICAS				
Total	43	20	3	66

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Ao se analisar os dados por natureza jurídica, constata-se que dos 66 estabelecimentos cadastrados, 32 pertencem à Administração Pública (30 municipais e 2 estaduais), 29 são de entidades empresariais privadas, 4 são entidades sem fins lucrativos e 1 é vinculado a pessoa física.

Os estabelecimentos públicos municipais configuram-se como a espinha dorsal do sistema local de saúde, sendo responsáveis pela operacionalização direta das ações de atenção primária, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, saúde mental, programas de saúde da mulher, da criança, do trabalhador e estratégias de promoção da saúde.

Os estabelecimentos privados, predominantemente constituídos sob a forma de sociedades empresárias limitadas e sociedades simples, respondem pela execução de parte significativa dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), consultas especializadas e exames de média complexidade. A presença dessas unidades indica um modelo complementar de prestação de serviços, regido por contratos, convênios ou credenciamentos regulados pela Secretaria Municipal de Saúde e auditados conforme a legislação vigente.

As entidades sem fins lucrativos, representadas principalmente por instituições associativas como hospitais filantrópicos, desempenham papel relevante em áreas como saúde hospitalar, materno-infantil e ações ambulatoriais especializadas.

A heterogeneidade da rede física em União da Vitória reforça a necessidade de mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação constante da qualidade dos serviços, do cumprimento das metas pactuadas e da articulação entre os diversos níveis de atenção. A coexistência entre unidades públicas próprias e prestadores conveniados exige maior integração

e interoperabilidade de sistemas (como CNES, e-SUS, SISREG e DIGISUS), bem como fortalecimento das ações de planejamento, contratualização e auditoria.

A atualização permanente do CNES deve ser mantida como rotina administrativa, permitindo análise precisa da cobertura, da capacidade instalada e da conformidade técnica dos estabelecimentos perante os critérios do SUS.

A composição da rede de prestadores reflete um modelo misto e complementar de oferta de serviços em saúde, e a análise detalhada por tipologia e natureza jurídica deve subsidiar o dimensionamento de novas ofertas, priorização de investimentos e pontuações regionais, conforme diretrizes do Plano Estadual de Saúde e da Programação Pactuada Integrada (PPI).

7.5. AUDITORIAS

A auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS) é um instrumento fundamental de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços públicos de saúde. Prevista na Lei nº 8.080/1990 e regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, essa função é exercida por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), cuja finalidade é assegurar a legalidade, legitimidade, economicidade e eficiência na aplicação dos recursos públicos destinados à saúde.

A atuação da auditoria visa verificar a conformidade dos procedimentos assistenciais e administrativos, avaliar a qualidade dos serviços prestados e garantir que as ações estejam de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Ela pode abranger desde auditorias assistenciais em serviços de saúde até auditorias financeiras e operacionais sobre os recursos utilizados nas diversas esferas de gestão.

No ano de referência analisado para este Plano Municipal de Saúde, não houve auditorias realizadas por órgãos do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná ou por outras instâncias oficiais de controle no município de União da Vitória. Ainda assim, reconhece-se a importância desse instrumento na construção de uma gestão pública pautada na transparência, na responsabilidade fiscal e na melhoria contínua dos serviços oferecidos à população.

A ausência de auditorias externas no período não desobriga o município do cumprimento das normativas e protocolos estabelecidos pelo SUS, devendo manter a organização documental, os registros contábeis e os relatórios técnicos atualizados e

disponíveis para eventual avaliação por parte dos órgãos de controle competentes.

7.6. TRANSPORTE SANITÁRIO

O transporte sanitário no município de União da Vitória é uma importante ferramenta de apoio à garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, compondo a estrutura de suporte logístico para a atenção à saúde em todas as suas dimensões. Esse serviço é gerido diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde, com atuação estratégica no apoio às equipes da Atenção Primária, bem como aos serviços especializados ofertados por meio da rede própria, conveniada e regulada.

Atualmente, o município disponibiliza transporte para o suporte das 15 equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo deslocamento de profissionais e usuários, especialmente das áreas mais afastadas ou de difícil acesso. Além disso, realiza viagens diárias de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), atendendo à demanda de pacientes que necessitam de serviços não ofertados no território municipal, com deslocamentos intermunicipais regulares.

Outro destaque é o transporte de pacientes para sessões de fisioterapia, com a realização de rota específica para condução domiciliar-clínica-domiciliar, assegurando o acesso contínuo a esse tipo de reabilitação. Essa prática tem contribuído significativamente para a adesão ao tratamento e para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, especialmente dos que se encontram em situação de vulnerabilidade ou com restrição de mobilidade.

Entre os avanços observados nos últimos anos está a ampliação da frota, a reorganização das rotas e o aperfeiçoamento do sistema de agendamentos, o que possibilitou maior cobertura e eficiência no atendimento. A articulação com os setores de regulação e planejamento tem permitido melhor alocação dos veículos, conforme critérios de prioridade clínica e demandas populacionais.

Contudo, persistem desafios importantes, como a alta demanda diária por transporte, sobretudo para o TFD, a necessidade constante de manutenção preventiva e corretiva da frota, e a limitação de recursos humanos, o que impacta diretamente na disponibilidade de motoristas e na rotatividade das escalas. Além disso, a logística de transporte em dias com múltiplos deslocamentos simultâneos, sobretudo para localidades rurais e distritos, exige esforço contínuo de gestão e articulação entre setores.

Apesar das limitações, o município mantém o compromisso de qualificar e expandir os serviços de transporte sanitário, compreendendo sua centralidade no acesso universal à saúde e na garantia da equidade prevista no Sistema Único de Saúde (SUS)

8. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS

Tabela 73 - Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação						
Adm. Do Estabelecimento	Formas de Contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiros	CBOs (outros) nível superior	CBOs(outras) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1)	Autônomos (0209,0210)	2	1	0	0	0
	Bolsistas (07)	4	0	0	0	0
	Estatutário e empregados públicos (0101,0102)	8	28	22	65	52
	Intermediados por outra entidade (08)	57	19	6	24	0
Privada (NJ grupos 2,4 e 5)	Autônomos (0209,0210)	18	1	4	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	3	1	0
Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão						
Adm. Do Estabelecimento	Formas de Contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiros	CBOs (outros) nível superior	CBOs(outras) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301,010302,0104)	20	4	11	3	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A rede pública municipal de União da Vitória é composta por um total de:

- 103 profissionais autônomos
- 4 bolsistas
- 175 estatutários e empregados públicos
- 106 profissionais intermediados por outras entidades
- 38 contratados temporários e em cargos comissionados

Essa força de trabalho abrange diferentes CBOs (Classificação Brasileira de Ocupações), incluindo médicos, enfermeiros, profissionais de nível superior e médio (como técnicos e auxiliares), além de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tabela 74 - Análise por Tipo de Contrato e Categoria

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação					
Adm. Do Estabelecimento	Formas de Contratação	2021	2022	2023	2024
Pública (NJ grupo 2,4 e 5)	Autônomos (0209,0210)	3	7	9	18
	Celetistas (0105)	1	1	2	2
	Residentes e estagiários (05,06)	0	0	1	0
Privada (NJ grupos 1)	Autônomos (0209,0210)	12	31	19	21
	Bolsistas (07)	1	1	0	4
	Estatutários e empregados públicos (0101,0102)	251	240	231	231
	Intermediados por outra entidade (08)	18	120	85	125
Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão					
Adm. Do Estabelecimento	Formas de Contratação	2021	2022	2023	2024
Pública (NJ grupo 1)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301,010302,0104)	115	96	67	64

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

I. Profissionais Autônomos:

São 21 profissionais registrados sob regime de contrato autônomo em 2024. A categoria médica representa a maior parte desses vínculos, seguida de enfermeiros e outros profissionais de nível superior. Esta forma de contratação tem sido utilizada principalmente para suprir carências temporárias e coberturas de demanda pontuais.

II. Profissionais Estatutários/Empregados Públícos:

Constituem a maior parcela da equipe, com 231 profissionais em 2024, conforme evolução histórica desde 2021. Estes profissionais representam a base da estrutura do SUS municipal, garantindo estabilidade e continuidade das ações e serviços de saúde.

III. Intermediados por outras entidades:

Totalizam 125 profissionais em 2024, número que vem crescendo progressivamente desde 2021. Esse modelo, embora flexível, pode apresentar limitações no que diz respeito à vinculação institucional e rotatividade.

IV. Contratos Temporários e Cargos em Comissão:

Em 2024, União da Vitória registrou 64 contratos por tempo determinado ou cargos comissionados, que têm sido utilizados para funções estratégicas de gestão, coordenação ou necessidade temporária de serviço.

8.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA (2021–2024)

A evolução da força de trabalho mostra certa estabilidade entre os anos, com variações pontuais em contratações temporárias e profissionais intermediados. Destaca-se:

- Crescimento no número de profissionais autônomos (de 3 em 2021 para 21 em 2024);
- Estagnação do número de estatutários a partir de 2022, mantendo-se estável em torno de 231 servidores, o que pode refletir a ausência de concursos recentes;
- Aumento expressivo do número de intermediados por outras entidades, passando de 85 em 2023 para 125 em 2024.

Apesar do volume total de trabalhadores vinculados ao SUS em União da Vitória, algumas fragilidades são observadas, como:

- Dependência de profissionais temporários e intermediados, o que pode comprometer a continuidade e resolutividade dos serviços;
- Falta de concursos públicos recentes, resultando em baixo número de reposições efetivas;
- Rotatividade médica elevada, especialmente entre profissionais autônomos, o que compromete o vínculo longitudinal com os usuários e a organização da atenção primária;
- Déficit na composição de equipes de saúde bucal, com cobertura em apenas 34% da população – indicando escassez tanto de cirurgiões-dentistas quanto de auxiliares e técnicos de saúde bucal;
- Carência de profissionais administrativos e de apoio nas UBS, impactando na agilidade e na gestão do atendimento ao público;
- Insuficiência de equipe multiprofissional nas unidades, dificultando a implementação plena das linhas de cuidado e da integralidade do SUS.

O município de União da Vitória apresenta um quadro técnico de profissionais qualificados, porém enfrenta desafios na reposição e ampliação de sua força de trabalho. Ainda que o número de trabalhadores estatutários seja relevante, a pressão por não ultrapassar os limites de gastos com pessoal, conforme determina a Lei de Responsabilidade Fiscal, exige um planejamento rigoroso. Há indicativos de necessidade de novo concurso público e de redimensionamento da força de trabalho, com foco na qualificação e estabilidade da equipe do SUS. O acompanhamento desses indicadores deve orientar estratégias de gestão do trabalho e educação permanente para o próximo quadriênio.

8.3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde representa um dos pilares fundamentais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois promove a qualificação dos profissionais e a ampliação da cidadania sanitária por meio da informação, da formação e do empoderamento de trabalhadores, gestores e usuários. Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória adota a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma diretriz estratégica para a melhoria da qualidade do cuidado e da gestão em saúde.

A Educação Permanente em Saúde está prevista na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que define como eixo estruturante o aprendizado no próprio local de trabalho, a partir das necessidades reais dos profissionais e da população. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de União da Vitória, alinhada a esses princípios, mantém um Plano Municipal de Educação Permanente, que é elaborado em consonância com as diretrizes nacionais, estaduais e com o planejamento local.

Esse plano é implementado com o apoio técnico e institucional da 6ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, com quem o município mantém uma estreita parceria, participando ativamente de programas, cursos e oficinas regionais de formação voltadas para os profissionais da rede municipal. Entre os temas prioritários estão as capacitações voltadas para as Linhas de Cuidado, como: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, saúde mental, materno-infantil e saúde do idoso — com ênfase na estratificação de risco clínico e socioassistencial, conforme protocolos vigentes do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

A SMS de União da Vitória organiza e gerencia a realização de cursos, oficinas, treinamentos, webaulas, rodas de conversa, supervisões técnicas e ações educativas regulares, voltadas à equipe multiprofissional, agentes comunitários de saúde, equipe administrativa, e profissionais das áreas de vigilância e atenção primária. Essas atividades são realizadas de forma presencial e remota, conforme a viabilidade de cada tema e público-alvo, e são registradas e acompanhadas por meio de relatórios e listas de presença.

Além das ações voltadas aos profissionais da saúde, o município mantém projetos de integração ensino-serviço, por meio de convênios firmados com instituições de ensino superior e técnico, que permitem a realização de estágios curriculares obrigatórios, especialmente nas áreas de enfermagem. Os cenários de prática são organizados junto às Unidades Básicas de

Saúde, UPA 24h, CAPS, farmácia municipal, vigilância em saúde e demais setores administrativos, possibilitando a formação acadêmica integrada à realidade do SUS local.

A SMS também promove reuniões mensais com os Conselheiros Municipais de Saúde, fortalecendo o controle social e a participação da comunidade nos processos de planejamento e gestão do SUS. Essas ações buscam qualificar o exercício do controle social, garantindo o conhecimento técnico, ético e político sobre o funcionamento do sistema público de saúde, bem como dos instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão, Programação Anual de Saúde e orçamento).

Destaque especial deve ser dado aos cursos e capacitações sobre o uso de sistemas de informação em saúde, como o e-SUS AB, SISAB, SIPNI, SISREG, SISPRENATAL, SINAN, e outros sistemas federais e estaduais, bem como às formações sobre a plataforma Paraná Saúde Digital, ferramenta essencial para o acompanhamento de indicadores, vigilância epidemiológica e gestão do cuidado em tempo real.

No âmbito da formação continuada em saúde, destaca-se a adesão do município de União da Vitória ao programa PlanificaSUS, que tem se consolidado como uma importante ferramenta de qualificação contínua dos profissionais. Em 2025, o município aderiu integralmente ao programa, com a participação de todas as equipes de Atenção Primária à Saúde, da equipe multiprofissional, bem como dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Ambulatório de Saúde Mental. A Planificação da Atenção à Saúde, como estratégia proposta pelo Ministério da Saúde e CONASS, promove a reorganização dos processos de trabalho com base na clínica ampliada, coordenação do cuidado e fortalecimento dos atributos da atenção primária. Essa adesão representa um avanço na consolidação das redes de atenção, na qualificação dos fluxos e na melhoria contínua da resolutividade do SUS municipal.

Em suma, o município de União da Vitória comprehende que investir na formação continuada e crítica dos profissionais e gestores de saúde é condição indispensável para a melhoria do desempenho do SUS e para o fortalecimento de uma cultura de cuidado humanizado, resolutivo e centrado nas necessidades reais da população.

9. CONTROLE SOCIAL

O Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos princípios fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei nº 8.142/1990 e pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), especialmente a Resolução CNS nº 453/2012, que estabelece diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de União da Vitória (CMS) foi instituído pela Lei Municipal nº 3.726, de 12 de agosto de 2009, como órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo, com a função de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde no âmbito do município, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A composição atual do CMS foi definida por meio da XIII Conferência Municipal de Saúde, realizada em 07 de março de 2023, seguindo os princípios da paridade estabelecidos em lei. O conselho é composto por 16 membros titulares e 16 suplentes, distribuídos de forma equitativa conforme a legislação:

- 50% representantes de usuários,
- 25% representantes dos trabalhadores da saúde,
- 12,5% representantes de gestores e
- 12,5% representantes de prestadores de serviços de saúde.

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde ocorrem de forma mensal, podendo ocorrer de forma extraordinária sempre que necessário. Durante esses encontros, são apresentados e discutidos documentos de planejamento e monitoramento da gestão do SUS, como os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Programações Anuais de Saúde (PAS) e o próprio Plano Municipal de Saúde (PMS). O CMS participa ativamente da deliberação, aprovação e controle social sobre esses instrumentos.

A Conferência Municipal de Saúde, que ocorre a cada quatro anos, constitui-se em outro importante espaço de participação social, com ampla representação da sociedade civil e de todos os segmentos envolvidos na política de saúde. Nessas conferências são debatidas diretrizes, metas e propostas que orientam a formulação das políticas públicas de saúde e o conteúdo do Plano Municipal de Saúde.

Dessa forma, o controle social em União da Vitória está institucionalizado e ativo, representando um importante mecanismo de democracia participativa, permitindo que a população contribua diretamente para a construção de um sistema de saúde mais justo, transparente e resolutivo.

9.1.OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A operacionalização do Plano Municipal de Saúde (PMS) de União da Vitória para o quadriênio 2026–2029 é conduzida por meio da articulação entre o planejamento estratégico e a gestão descentralizada das ações de saúde. Nesse contexto, o PMS constitui-se como o principal instrumento de planejamento em saúde, orientando a formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas setoriais.

A execução das metas estabelecidas no PMS está detalhada na Programação Anual de Saúde (PAS), instrumento que expressa, em cada exercício, os compromissos e as metas a serem alcançadas no ano vigente. A PAS é elaborada de forma compatível com a Programação Plurianual de Saúde (PPA) e com o Plano Plurianual do Município, garantindo coerência entre os instrumentos de planejamento da gestão pública.

A organização da PAS considera a divisão de responsabilidades entre os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, promovendo a descentralização e a corresponsabilização pelas metas pactuadas. Cada ação ou meta é acompanhada por prazos de execução, unidades responsáveis, indicadores de desempenho e parâmetros de avaliação, possibilitando o monitoramento contínuo e a tomada de decisões com base em evidências.

Esse processo é apoiado pelas diretrizes estabelecidas nas conferências de saúde e pelas deliberações do Conselho Municipal de Saúde, assegurando o controle social e a transparência na gestão. O acompanhamento sistemático dos resultados se dá por meio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), alinhados ao modelo do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento.

Dessa forma, a operacionalização do Plano Municipal de Saúde representa a materialização das prioridades e estratégias da gestão, traduzidas em ações efetivas, metas mensuráveis e resultados que visam garantir o direito à saúde da população de União da Vitória com equidade, integralidade e resolutividade

10. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E AÇÕES - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Diretriz 01 – Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde

Diretriz 02 – Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Paraná

Diretriz 03 - Atenção Especializada Ambulatorial, Hospitalar, Urgência E Emergência

Diretriz 04 – Qualificação da Vigilância Em Saúde

Diretriz 05– Fortalecimento Da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente

Diretriz 06 – Fortalecimento Do Controle Social no Sus

Diretriz 07 - Inovações em Saúde - Novas Tecnologias Para o Cuidado

Diretriz 01 – Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde

Tabela 56 - Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde

Objetivo 1.1: Qualificar a gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurando que os recursos, a implementação de práticas de gestão que garantam a alocação adequada dos recursos, a otimização dos gastos e a prestação de contas à sociedade, promovendo a sustentabilidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde. Previsão Orçamentária: subfunção 301, 302, 303, 304,305			META PREVISTA			
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
1	Realizar concurso público para provimento de vagas para o quadro de pessoal da saúde.	Número absoluto de Concurso Público realizado	1	-	-	-
2	Assegurar as despesas com a folha de pagamento dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde	Folha de pagamento atendida	100%	100%	100%	100%
3	Adequar à estrutura física dos Postos de Saúde através de ampliação e/ou reforma	Número de Unidades reformadas ou ampliadas por ano	2	2	1	-
4	Construir Unidades Básicas de Saúde, nova sede da Vigilância em Saúde, Farmácia Municipal de São Cristóvão e Farmácia Central	Número de UBS construída em substituição às unidades que estão fora do padrão do MS	1	1	2	-
5	Adquirir veículos para os serviços de saúde do municípios.	Percentual de carros de transporte adquiridos conforme necessidade	1	2	2	1
6	Aquisição e reposição de equipamentos e material permanente	Equipamentos e materiais adquiridos	30	30	30	30

Diretriz 02 – Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde

Tabela 57 - Fortalecimento da Rede de Atenção

Objetivo 2.1: Fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde Previsão Orçamentária subfunção 301		META PREVISTA				
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
7	Manter a cobertura de Acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	80%	80%	80%	80%
8	Realização e divulgação de campanhas informativas e educativas de utilidade pública	Número mínimo de Campanhas realizadas	4	4	4	4
9	Aumentar a cobertura populacional de avaliação do estado nutricional (crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos) nos registros do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional.	Percentual de cobertura de Acompanhamento do estado nutricional.	60%	62%	65%	67%
10	Percentual de escolas pactuadas no PSE, que realizaram as ações prioritárias de prevenção da violência e promoção da cultura da paz, verificação da situação vacinal, saúde sexual e reprodutiva, alimentação saudável e saúde mental no município (todas as 5 ações na mesma escola).	Proporção de escolas pactuadas no PSE com ações desenvolvidas	50%	50%	50%	50%

Objetivo 2.2 : Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde Previsão Orçamentária subfunção 301		META PREVISTA				
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
11	Ampliar a Cobertura de Estratégia de Saúde da Família	Número de equipes implantadas e homologadas pelo MS	-	1	1	-
12	Garantir a permanência e qualificação das equipes da Atenção Primária e da Rede de Atenção Psicosocial e eMulti no programa PlanificaSUS	Proporção de equipes de saúde com adesão ativa ao PlanificaSUS	100%	100%	100%	100%
13	Monitorar a implantação do Protocolo Municipal de Enfrentamento às Violências	Participação reuniões da Comissão Municipal de Enfrentamento às Violências	100%	100%	100%	100%
14	Manter ou Ampliar os profissionais e/ou equipe multidisciplinar para apoio a Atenção Primária	Número de equipes implantada	1	1	1	1
15	Manter e ampliar o percentual mínimo de hipertensos estratificados e inseridos na agenda de atendimento da APS	Percentual mínimo de hipertensos inseridos na agenda de atendimento em relação ao número de hipertensos estratificados	55%	59%	64%	68%
16	Ampliar o percentual mínimo de portadores de diabetes estratificados e inseridos na agenda de atendimento	Percentual mínimo de portadores de diabetes inseridos na agenda de atendimento em relação ao número de diabéticos estratificados	72%	75%	78%	80%

Objetivo 2.3: Fortalecer a linha de cuidado em Saúde Bucal			META PREVISTA			
Previsão Orçamentária subfunção 301						
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
17	Ampliar o número de equipes de Saúde Bucal	Número equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica	-	2	2	-
12	Manter e ampliar a avaliação odontológica à gestante durante o pré natal	Avaliação realizada	60%	61%	62%	63%

Objetivo 2.4: Qualificar a Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e Atenção Materno-Infantil			META PREVISTA			
Previsão Orçamentária subfunção 301,302						
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
19	Atingir 40% ou mais de proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos, com coleta de citopatológico do colo do útero, que realizaram ao menos 01 exame no intervalo de 03 anos.	Percentual de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde	40%	40%	40%	40%
20	Atingir 40% ou mais de proporção de exames de mamografias de rastreamento em mulheres de 50-69 anos.	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%
21	Manter o percentual de gestantes com sete ou mais consultas no pré-natal	Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal.	90%	90%	90%	90%
22	Reducir a proporção de gravidez na adolescência	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	11%	11%	11%	11%
23	Manter zerado a taxa de Mortalidade Materna (RMM)	Número de óbitos	0	0	0	0

Objetivo 2.5: Implementar a linha de cuidado em Saúde Mental na Rede de Atenção à Saúde			META PREVISTA			
Previsão Orçamentária subfunção 301 - 302						
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
24	Manter equipe para atendimento especializado em saúde mental	Equipe implantada e em funcionamento	1	1	1	1
25	Ampliar o número de pacientes de saúde mental cadastrados e estratificados.	Percentual de pacientes de saúde mental cadastrados e estratificados em relação ao período anterior	30%	35%	40%	45%

Objetivo 2.6: Implementar a Linha de Cuidado da Pessoa Idosa			META PREVISTA			
Previsão Orçamentária subfunção 301, 302						
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
26	Ampliar o percentual de idosos estratificados e inseridos na agenda de atendimento.	Percentual de idosos estratificados e inseridos na agenda de atendimento em relação ao número de idosos tratados.	60%	62%	65%	67%

Diretriz 03 – Atenção especializada ambulatorial, especializada, hospitalar, urgência e emergência

Tabela 58 - Atenção Especializada Ambulatorial, Hospitalar, Urgência E Emergência

Objetivo 3.1: Manter e otimizar os contratos para manutenção de consultas e exames especializados. Previsão Orçamentária subfunção 302 -303			META PREVISTA			
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
28	Manter contrato de rateio junto ao CISVALI para manutenção de consultas e exames especializados	Contrato de rateio com CISVALI mantido	1	1	1	1
29	Manter e ampliar em a oferta de consultas e/ou exames especializados realizadas pelo CISVALI	Número de consultas especializadas realizadas através do CISVALI	1%	2%	3%	4%
Objetivo 3.2: Fortalecer a organização da rede de urgência e emergência por meio da participação municipal no SAMU 192 e qualificar a gestão da UPA Porte I.						META PREVISTA
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
30	Manter em funcionamento o Serviço Móvel de Urgência –SAMU 192	Manutenção do contrato de rateio do SAMU junto ao CISVALI	1	1	1	1
31	Garantir oferta contínua, qualificada e eficiente dos serviços de urgências na UPA	Contrato de prestação de serviços com empresa terceirizada mantido	1	1	1	1
Objetivo 3.3: Aprimorar a gestão da contratualização dos serviços hospitalares e demais serviços de saúde						META PREVISTA
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
32	Garantir a prestação de serviços hospitalares (internamentos e serviços ambulatoriais) de média complexidade	Contratos e avaliações mensais mantidos (Hospital São Camilo e APMI)	2	2	2	2

Diretriz 04 – Qualificação da Vigilância em Saúde

Tabela 59 - Qualificação da Vigilância Em Saúde

Objetivo 4.1: Proteger e promover a saúde da população por meio da identificação, monitoramento e controle de fatores que podem impactar a saúde, além de desenvolver ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, como campanhas de vacinação, rastreamento de doenças e promoção de hábitos saudáveis, visando reduzir a incidência e a prevalência de agravos à saúde Previsão Orçamentária subfunção 304,305			META PREVISTA			
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
33	Atualizar 100% dos dados de cadastro da Unidade e dos Agentes de Vigilância Sanitária	Percentual de completude do cadastro de Unidades e Agentes de Vigilância Sanitária Fonte: SIEVISA	100%	100%	100%	100%
34	Manter atuante o Núcleo Municipal de Segurança do Paciente no município	Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP) formalizado com pelo menos duas reuniões registradas. Redcap SESA/	1	1	1	1
35	Realizar o monitoramento entomológico por meio do uso de ovitrampas instaladas em 100% do território do município em no mínimo 50% das semanas epidemiológicas do ano	Percentual de semanas epidemiológicas com monitoramento por ovitrampas em 100% do território municipal, respeitando a Nota Técnica nº 12/2023, atualizada em 21/03/2025 (ou outra que venha a substituí-la)	50%	50%	50%	50%
36	Atingir 85% do número mínimo mensal de análises para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, conforme a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e inseridas no Sisagua	Percentual de amostras de água para consumo humano coletadas e seus respectivos resultados laboratoriais para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, analisados e inseridos no Sisagua. Fonte: Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)	85%	85%	85%	85%
37	Alcançar 75% de homogeneidade vacinal para no mínimo 6 vacinas	Percentual de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano (BCG, Rotavírus, Pentavalente, Poliomielite, Pneumocócica 10 valente, Meningocócica C e Febre Amarela) e de 1 ano de idade (Tríplice Viral) com coberturas vacinais preconizadas	75%	75%	75%	75%
38	Atingir mais de 90% de contatos de casos novos de hanseníase examinados no ano de diagnóstico	Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados. Fonte: SINAN	90%	90%	90%	90%
39	Monitorar e executar as ações previstas no Plano de Ação da VISA, Plano de Contingência das Arboviroses Urbanas e Plano Municipal de Atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador.	Percentual de ações previstas nos planos de ação executadas.	80%	80%	80%	80%

Objetivo 4.2: Qualificar as ações de Saúde do Trabalhador (EPST) através de educação permanente com os profissionais da Atenção e/ou da Vigilância em Saúde e investigações de acidente de trabalho típico que resultam em óbito e amputação, típicos e de trajeto com crianças e adolescentes.
Previsão Orçamentária subfunção 304,305

META PREVISTA

META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
40	Realizar atividades de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador (EPST) para os profissionais da Atenção e/ou da Vigilância em Saúde.	Número de ações de EPST realizadas. Município de 20 mil até 100 mil habitantes: 4 (quatro) ao ano; Fonte: Formulário próprio no Redcap - SESA/PR	4	4	4	4
41	Investigar 100% dos acidentes de trabalho típicos que resultaram em óbito e amputação, e típicos e de trajeto com crianças e adolescentes, com o status completo Fonte: Sistema de Investigação de Acidente de Trabalho do Estado do Paraná (SIATEP) e SINAN	Percentual das investigações dos acidentes de trabalho típicos que resultaram em óbito e amputação, e típicos e de trajeto com crianças e adolescentes, com o status completo	100%	100%	100%	100%

Diretriz 05 – Fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde

Tabela 60 - Fortalecimento da gestão do trabalho

Objetivo 5.1: Fomentar, articular e promover ações com objetivo de manter adequados os quadros de Recursos humanos, com equipes gestoras e técnicas capacitadas, qualificadas e promotoras de ambientes de trabalho saudáveis. Previsão Orçamentária subfunção 301,302,303,304		META PREVISTA				
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
42	Implantar programa anual de capacitação em saúde para profissionais de todos os serviços de saúde do município	Implantar programa anual de capacitação em saúde para profissionais de todos os serviços	1	1	1	1

Diretriz 06 – Fortalecimento do Controle Social no SUS

Tabela 61 - Fortalecimento do Controle Social no Sus

Objetivo 6.1: Ampliar e qualificar a participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores, na construção da política de saúde Previsão Orçamentária subfunção 302			META PREVISTA			
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
43	Manter ativos os canais de comunicação da Ouvidoria municipal do SUS	Responder no mínimo 95% das demandas registradas	95%	95%	95%	95%
44	Realizar oficina de capacitação para conselheiros municipais de saúde	Número de oficinas / capacitações realizadas	1	1	1	1
45	Viabilizar a realização da Conferência Municipal de Saúde, de acordo com calendário estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde.	Conferência Municipal de Saúde viabilizada	-	1	-	-

Diretriz 07 - Inovação em Saúde e Cuidado

Tabela 62 - Inovação em Saúde e Cuidado

Objetivo 7.1: Incorporar novas tecnologias para o cuidado, promovendo humanização, acessibilidade, agilidade, segurança e qualidade, adaptando o sistema para as atuais necessidades de saúde da população, garantindo interoperabilidade entre os sistemas de informação. Previsão Orçamentária subfunção 126 Tecnologia da Informação			META PREVISTA			
META 2026 – 2029		INDICADOR	2026	2027	2028	2029
46	Número de serviços de saúde com ações de telessaúde implantados	Número de serviço implantado	1	1	1	1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Com base nas diretrizes da Lei Complementar nº 141/2012 e da Portaria GM/MS nº 2.135/2013, o monitoramento e a avaliação do Plano Municipal de Saúde de União da Vitória (2026–2029) serão estruturados de forma sistemática e contínua, com o objetivo de assegurar a efetividade das ações e metas pactuadas no planejamento em saúde.

A execução do plano será monitorada por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), instrumento que expressa as metas anuais estabelecidas com base nas diretrizes do plano plurianual. O acompanhamento será realizado quadrimestralmente por meio da apresentação dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas à sociedade, ao Conselho Municipal de Saúde e à Câmara Municipal, conforme exigido pela legislação vigente. Esses relatórios permitirão avaliar o grau de cumprimento das ações planejadas, identificar os avanços e os obstáculos enfrentados, além de orientar os ajustes necessários na gestão do SUS local.

O processo de monitoramento será coordenado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente pelo setor de planejamento, com o envolvimento direto dos responsáveis pela execução das ações nos diversos níveis de atenção. As metas, indicadores e objetivos serão acompanhados a partir dos dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SIH-SUS), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e de outras bases como e-Gestor, DigiSUS, SI-PNI, CNES, GAL, entre outros.

A avaliação anual será consolidada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), conforme previsto na Portaria nº 2.135/2013, o qual representa o principal instrumento de prestação de contas da gestão do SUS municipal. Esse relatório será submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, e posteriormente amplamente divulgado à população por meio de Audiências Públicas, garantindo a transparência e o controle social.

No início de cada exercício, o município elaborará a PAS correspondente, detalhando metas físicas, orçamentárias e ações estratégicas, com os devidos responsáveis e prazos. Esse instrumento será validado pelo Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo a governança e

assegurando o alinhamento da execução com o planejamento. Dessa forma, o monitoramento e avaliação não apenas cumprem seu papel legal, mas constituem-se em ferramentas essenciais de gestão para a tomada de decisão, ajuste de rumos e aprimoramento da qualidade dos serviços ofertados à população.

Sonia Regina Guzzoni Drozda
Secretaria Municipal de Saúde

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Acrescenta § 3º ao art. 198 da Constituição Federal, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 set. 2000.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a forma de repasse dos recursos federais para custeio das ações e serviços públicos de saúde na modalidade fundo a fundo. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Define as diretrizes para a elaboração do Relatório Anual de Gestão – RAG. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024–2027. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/planejamento/plano-nacional-de-saude>. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DigiSUS – Sistema de Apoio à Gestão do SUS. Brasília, DF.

Disponível em: <https://diginus.saude.gov.br/>. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica. Brasília, DF. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Brasília, DF. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Brasília, DF. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: mar. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2024–2027. Curitiba: SESA-PR, 2023. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em: mar. 2025.

UNIÃO DA VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022–2025. União da Vitória: SMS, 2021. Documento interno.

UNIÃO DA VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO 2016 a 2024. União da Vitória: Prefeitura Municipal, 2025. Documento interno.

UNIÃO DA VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Demonstrativo Comparativo de Despesa Autorizada e Realizada – 2024. União da Vitória: Prefeitura Municipal, 2025. Documento interno.

UNIÃO DA VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Informações extraídas do Sistema DigiSUS e CNES – 2024/2025. União da Vitória: Prefeitura Municipal, 2025. Documento interno

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 1 - Resolução nº 24/2025 - Conselho Municipal de Saúde



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA PR - COMUSUV

Secretaria Executiva Dos Conselhos
Rua: Paraná , 50 – Centro – União da Vitória
Telefone: (42) 3522-9442

RESOLUÇÃO N° 24/2025

Dispõe sobre a aprovação do Plano Municipal de Saúde 2026-2029

O Conselho Municipal de Saúde de União da Vitória, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei Federal nº 8.142/1990, pela Lei Complementar nº 141/2012, e demais legislações pertinentes,

Considerando que o Plano Municipal de Saúde constitui o principal instrumento de planejamento da gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, orientando as ações e serviços de saúde no período de 2026 a 2029;

Considerando que o Plano Municipal de Saúde de União da Vitória 2026–2029 foi elaborado em conformidade com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2024–2027 e do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2024–2027, bem como com as necessidades e prioridades identificadas a partir da análise situacional de saúde do município;

Considerando que o referido Plano contempla as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para a execução da Política Municipal de Saúde, em consonância com as deliberações da Conferência Municipal de Saúde e com a participação do controle social;

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar o Plano Municipal de Saúde do Município de União da Vitória para o quadriênio 2026–2029, como instrumento orientador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS municipal.

Art. 2º – O Plano aprovado será a base para a elaboração das Programações Anuais de Saúde (PAS), dos Relatórios de Gestão (RAG) e dos demais instrumentos de monitoramento e avaliação da gestão em saúde no município.

Art. 3º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

União da Vitória, 26 de setembro de 2025.

Marlene Sonnenstrahl
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

ANEXO 2 - Mapa com a Localização dos Serviços de Saúde

