



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL  
DE SAÚDE  
2018 - 2021**

**BARRACÃO/PR**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**GESTORES MUNICIPAIS**

*Prefeito Municipal: MARCO AURÉLIO ZANDONÁ*

*Secretário Mun. de Saúde: BRUNO ALBERTO WAGNER*



**Discussão e Elaboração do Plano:**

- + BRUNO ALBERTO WAGNER – Secretário Mun. de Saúde**
- + CLEDIR ROSANI BUSATTO – Enfermeira Epidemiologia**
- + ANA KÁRITA MAGRON – Enfermeira Atenção Básica**
- + MAICON BERTAMONI – Cirurgião Dentista – Coordenador Estratégia Saúde Bucal**
- + FRANCIELI CARLA SILVA – NASF**
- + MICHELE CORADINE DE SA HAEFLIEGER – Coordenador Atenção Farmacêutica**
- + ZÉLIO VOLPATTO – Coordenador Vigilância Sanitária**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**MESA DIRETORA DO CMS-PR – GESTÃO 2015-2018**

**Presidente:**

Iara de Souza Gnoatto

**Vice-presidente:**

Liliane de Góes

**Secretária Executiva:**

Cledir Rosani Busatto

**Secretária geral:**

Fracieli Carla da Silva



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE BARRACÃO/PR  
CONSELHEIROS MEMBROS – GESTÃO 2015 -2018**

**REPRESENTANTES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (12,5%) E PRESTADORES DE SERVIÇOS SAÚDE (12,5%):**

<b>TITULAR</b>	<b>Suplente</b>
1 – Iara de Souza Gnoatto (Administração Pública)	Liliane de Goes
2 – Bruno Alberto Wagner (Administração Pública)	Francieli Carla Da Silva
3 – Enite Woichikowski (Prestador de Serviço - HMDC)	Karina Simoni
4 – Alice Werner (Prestador de Serviço – APAE)	Janete de Lurdes Weisheimer

**REPRESENTANTES DOS USUARIOS DE SAÚDE (50%):**

**1 - IGREJA EVANGELICA ASSEMBLEIA DE DEUS**

<b>TITULAR</b>	<b>SUPLENTE</b>
Adejair Da Costa	Anaurídes da Silva

**2 – ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA AO CONDENADO (APAC)**

<b>TITULAR</b>	<b>SUPLENTE</b>
Marcia Tafarel Carboni	Marines Andrade dos Reis

**3 – PASTORAL DA CRIANÇA (TITULAR) PASTORAL DA SAÚDE (SUPLENTE)**

<b>TITULAR</b>	<b>SUPLENTE</b>
Ida Zanoni	Mari Beatriz Oliveira Carbonera



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**4 – PASTORAL DA PESSOA IDOSA**

**TITULAR**

Lurdes Zanoni

**SUPLENTE**

Aristides Surdi

**5 – ASSINTRAF**

**TITULAR**

Antonio Julio dos Santos

**SUPLENTE**

Anete Conte Celso

**6 – ASSOCIAÇÃO DE PRODUTORES RURAIS**

**TITULAR**

Vanir Bugança

**SUPLENTE**

Helio Celso

**7 – ASSOCIAÇÃO DOS PAIS, MESTRES E FUNCIONÁRIOS (APMF)**

**TITULAR**

Juana da Rocha

**SUPLENTE**

Rosane Maria Missio

**8 – ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E INFÂNCIA (APMI)**

**TITULAR**

Ester Teresinha Teixeira

**SUPLENTE**

Áurea Spies



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE (25%):**

**1 -COREN – Conselho Regional de Enfermagem**

**TITULAR**

Cledir Rosani Busatto

**SUPLENTE**

Ana Karita Magron

**2- CRO – Conselho Regional de Odontologia**

**TITULAR**

Maicon Bertamoni

**SUPLENTE**

Janete Vieiras Missio

**3 - SindSaúde/PR - Representa os Servidores e Trabal. da Saúde Pública**

**TITULAR**

Zelio Jose Volpatto

**SUPLENTE**

Ivo Tafarel

**4 – ASSEMBA – Associação dos Servidores Municipais de Barracão**

**TITULAR**

Arlei Antonio Trautenmuller

**SUPLENTE**

Nanci Leonardi



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>14</b>
1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	14
1.1 ORGANOGRAMA DA SMS	15
1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS	16
1.2.1 Perfil Demográfico, Socioeconômico e ambiental	18
1.2.2 Perfil Epidemiológico	26
1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	43
1.4 GESTÃO EM SAÚDE	45
1.4.1 Vigilância em Saúde	46
1.4.2 Atenção Primária	49
1.4.3 Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar	54
1.4.4 Complexo Regulador – Central de Regulação, Auditoria e Monitoramento dos serviços	55
1.4.5 Assistência Farmacêutica	58
1.5 FINANCIAMENTO	59
1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	60
1.6.1 Rede Mãe Paranaense	60
1.6.2 Rede Paraná Urgência	63
1.6.3 Rede de Saúde Bucal	65
1.6.4 Rede de Atenção à Saúde Mental	68
1.6.5 Redes em Estruturação	71
1.7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	74
1.7.1 Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS	74
1.7.2 Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná – VigiaSUS	78
1.8 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA	
O Modelo de Atenção as Condições Crônicas MACC	79
Estratificação de risco	80
1.9 OUVIDORIA	81
1.10 CONTROLE SOCIAL	82





ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**

Diretriz 01 – Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense .....	85
Diretriz 02 –Fortalecimento da Rede de Urgências .....	86
Diretriz 03 –Fortalecimento da Rede de Atenção à saúde Mental.....	87
Diretriz 04 – Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal .....	88
Diretriz 05 – Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Idoso .....	89
Diretriz 06 –Qualificação da Atenção Primária em Saúde .....	90
Diretriz 07 – Fortalecimento das Ações de promoção a Saúde .....	91
Diretriz 8 – Fortalecimento do desenvolvimento Regional da Atenção Básica .....	92
Diretriz 9 – Fortaleci Da Política De Assistência Farmacêutica.....	93
Diretriz 10 – Vigilância em Saúde.....	95
Diretriz 11 – Forta Da Gestão Do Trabalho e da Educação Permanente Em Saúde .....	97
Diretriz 12 – Ouvidoria Como Instrumento De Gestão E Cidadania .....	99
Diretriz 13 – Fortalecimento Do Controle Social Nos Sus.....	100
<b>PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>101</b>
<b>ASSINATURA RESPONSÁVEIS PMS 2018 A 2021 .....</b>	<b>103</b>



## **INTRODUÇÃO**

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

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

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

Esperamos que o Plano Estadual de Saúde 2018-2021 seja amplamente consultado e aplicado e, se possível, seja superado em seu princípio básico – o de prover saúde pública de qualidade a todo cidadão.

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação das prioridades no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Reflete as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera, explicita os compromissos do governo para o setor Saúde e configura-se como base para execução, acompanhamento e avaliação da gestão do Sistema de Saúde.

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) de Barracão 2018-2021 teve início em fevereiro de 2017. A metodologia adotada foi trabalhar a elaboração em conjunto em um Momento Explicativo – Onde a Equipe de Planejamento repassou as ações para as Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, para as Vigilâncias sanitárias e Epidemiológica, gestor, setor administrativo, NASF e Agentes Comunitários de saúde isto também foi realizado em conjunto com a elaboração da PPA.

Após em parceria com a 8ª Regional de Saúde com treinamentos nos dias 12/06/2017 na Unipar para Equipe Técnica sobre elaboração do PMS e PAS e oficina Micro Regional realizada no



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

dia 18/07/2017 em Pranchita e seguindo o modelo do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do Paraná foi elaborado o Plano Municipal de Saúde de Barracão 2018-2021.

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

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

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



## **IDENTIFICAÇÃO**

### ***Governo do Município de Barracão/PR***

Criação: Lei Nº 790 de 14/11/1951

Instalação: Em 14/12/1952

Localização: Extremo Sudoeste do Estado do Paraná

Extensão Territorial: 162, 80 km<sup>2</sup>

Altitude: 835 m

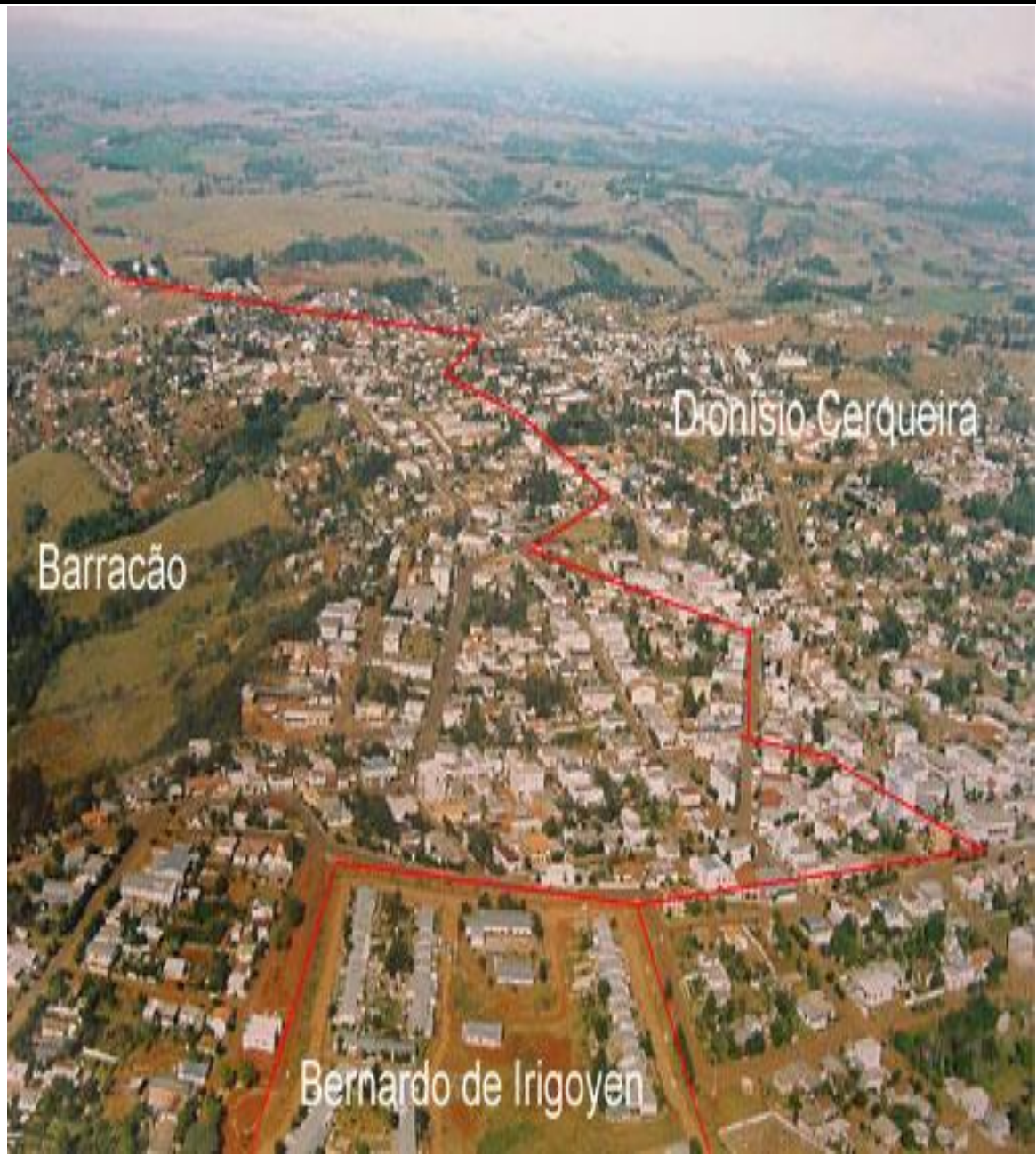
População: 9.796 hab. (IBGE 2012)

Limites: Dionísio Cerqueira/SC  
Flor da Serra do Sul/PR  
Salgado Filho/PR  
Bom Jesus do Sul/PR

**Internacionais: Bernardo de Irigoyen/ Misiones/ARGENTINA**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**



**Vista aérea da Tríplice Fronteira.**



## **ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE**

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

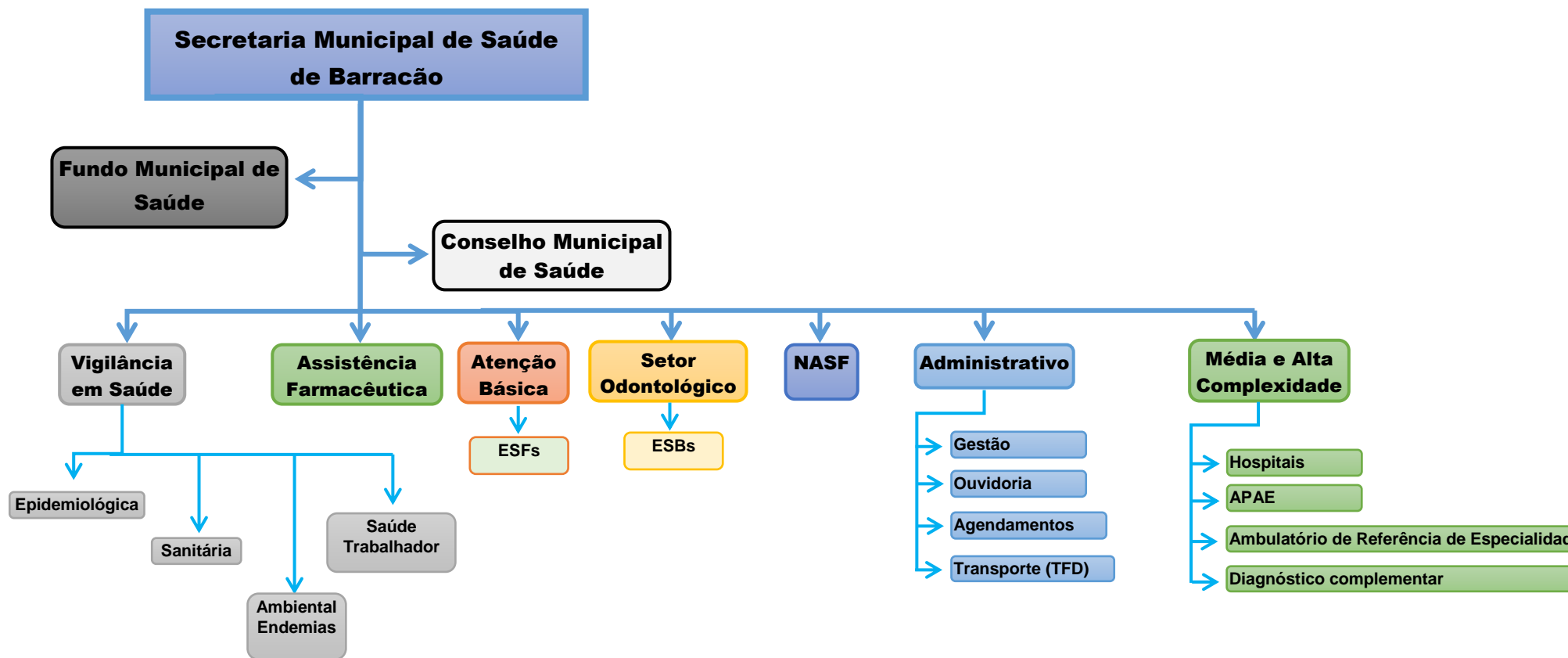
Asis é um processo pelo qual se busca explicar o estado de saúde dos habitantes, de um determinado espaço geográfico, em um dado momento. Isso é alcançado por meio da análise do entorno segundo o ponto de vista dos diferentes atores sociais. Em resumo, a Asis objetiva produzir informação e conhecimento útil para orientar a ação em saúde coletiva. Essa prática é relevante para os diversos níveis de decisão, de modo a permitir a utilização das informações e do conhecimento produzido nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos, avaliação dos programas implementados, entre outros.

A Asis assume, ainda, valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social à medida que amplia o acesso às informações e aos conhecimentos criados por essa prática e informa a comunidade e os profissionais de saúde em todos os níveis. Além disso, assim como toda análise que valoriza as fontes de dados secundários, a Asis cria como ganho adicional a retroalimentação das fontes notificadoras e o aprimoramento das informações em saúde, à medida que usa de maneira crítica seus dados e dá visibilidade para seus limites e qualidades.

Assim, Asis são processos contínuos e estratégicos, de análise e síntese, que permitem descrever, explicar e avaliar a tríade saúde-doença-atenção em uma população e contexto definidos, tendo em conta os seus determinantes sociais, com a finalidade principal de criar evidências válidas e oportunas para informar a decisão em saúde pública. O fim último da Asis – que talvez seja o elemento que mais a diferencie da pesquisa em saúde em geral – é influenciar o processo decisório, auxiliando na priorização, na formulação e na avaliação das políticas de saúde. Ela pode, então, ser entendida como um dos instrumentos da saúde coletiva baseada em evidências contemplando em um movimento espiralar: ação, produção de dados, informações, conhecimento e sua interferência para a modificação da ação.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**





## **1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS**

Localizado no extremo sudoeste do Estado do Paraná, criado pela Lei Nº 790/51, o município de Barracão faz divisa com Bernardo de Irigoyen – Argentina; Dionísio Cerqueira- Santa Catarina; e no Paraná, com Bom Jesus do Sul (Distrito emancipado em 1996), Flor da Serra do Sul (Distrito emancipado em 1991) e Salgado Filho. Encontra-se 835 metros acima do nível do mar, com 164,804 km<sup>2</sup> de extensão territorial.

Possui relevo ondulado, terra roxa, estruturada, eutrófica, com “A”chernozêmico, textura argilosa, solo rico em fertilidade natural e vegetação em fase florestal subtropical paranifolia. O clima é subtropical, com chuvas irregulares. Na sua hidrografia estão os rios Capanema, Pinhalito e Peperi.

Na sua divisão territorial possui dois Distritos – Siqueira Belo e São José, vinte e duas comunidades rurais, um assentamento, uma Vila Rural e oito bairros urbanos.

As vias de acesso às localidades vizinhas e à capital são pavimentadas. Encontra-se a 30 km de Pranchita; 80 km de Francisco Beltrão; 115 km de Pato Branco; 200 km de Cascavel; 320 km de Guarapuava e 555 km de Curitiba.

A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas. No âmbito do planejamento em saúde, entende-se como problema uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado. Por exemplo: uma taxa de mortalidade infantil que supere os valores esperados em função dos conhecimentos e das técnicas disponíveis.

Para obter informações que permitam identificar os principais problemas no que se refere às condições de saúde, é necessário desenhar o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população. As principais fontes para obtenção desses dados são: o Censo Populacional do IBGE; o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que pode ser acessado por





## ESTADO DO PARANÁ **MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

via eletrônica (<http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas>); o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – SIA/SIH (<http://www.datasus.gov.br>); Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa (<http://www.ripsa.org.br>); e Sala de Situação do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/saladesituacao>).



IMAGEM DO MUNICÍPIO



FONTE: IPARDES



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

### 1.2.1 Perfil Demográfico, socioeconômico e ambiental

**Quadro 1** – Dados populacionais.

INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
População Censitária – Total	IBGE	2012	9.796	habitantes
Número de Domicílios – Total	IBGE	2012	3.190	domicílios

Fonte: IBGE/2012

Análise: Somos um município de fronteira e assim temos uma grande população Flutuante aquelas que utilizam o Sistema único de saúde mas que não aparecem nos dados do IBGE.

São brasileiros residentes ilegalmente no lado Argentino e na hora que adoecem ou ficam grávidas não recebem o atendimento no lado Argentino retorno apenas para este atendimento. E também os Argentinos que residem por um tempo determinado no Brasil apenas pela questão de aposentadoria. Isto dificulta a realização de ações de prevenção e promoção à saúde.

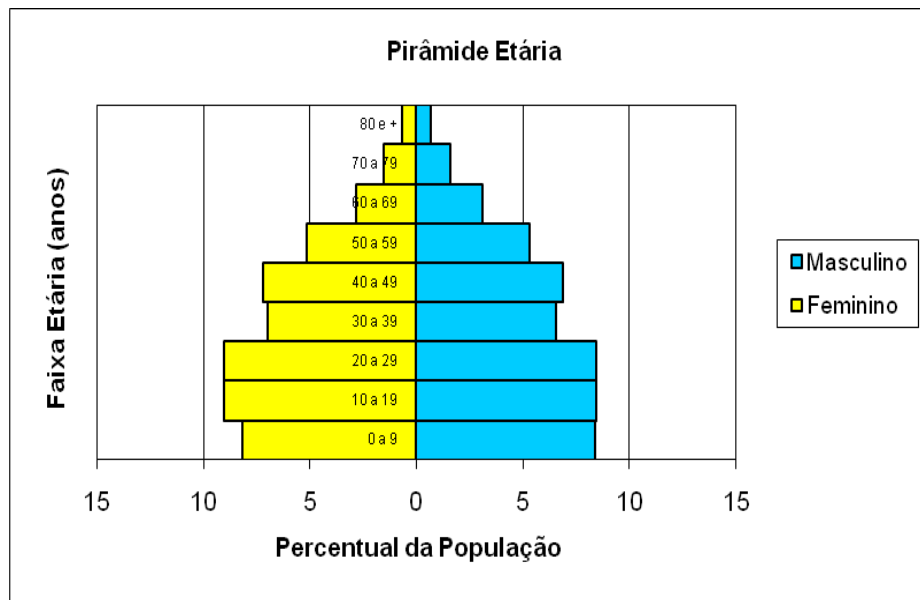
**Quadro 2** – Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, ano 2009.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	70	67	137
1 a 4	301	285	586
5 a 9	407	406	813
10 a 14	378	420	798
15 a 19	404	417	821
20 a 29	783	838	1.621
30 a 39	605	646	1.251
40 a 49	635	666	1.301
50 a 59	494	479	973
60 a 69	285	261	546
70 a 79	149	144	293
80 e +	63	62	125
Ignorada	-	-	-
Total	4.574	4.691	9.265

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**



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

População Residente por ano		
Ano	População	Método
2012	9.796	Estimativa
2011	9.265	Estimativa
2010	9.265	Estimativa
2009	9.265	Estimativa
2008	9.275	Estimativa
2007	8.931	Estimativa
2006	8.976	Estimativa
2005	9.022	Estimativa
2004	9.111	Estimativa
2003	9.147	Estimativa
2002	9.182	Estimativa
2001	9.224	Estimativa
2000	9.271	Censo

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**Quadro 4** – População censitária segundo o tipo de domicílio e sexo no ano de 2010:

<b>Tipo de Domicílio</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>TOTAL</b>
Urbano	3.430	3.639	7.069
Rural	1.425	1.302	2.727
<b>Total</b>	<b>4.794</b>	<b>4.941</b>	<b>9.796</b>

Número de domicílio segundo uso e tipo - 2010

<b>Domicílios</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>
Total de domicílios	2.315	875	3.190
Coletivos	2	1	3
Particulares	2.313	874	3.187
Ocupados	2.160	776	2.936
Não ocupados	153	98	251
De uso ocasional	19	15	34
Vagos	134	83	217

Fonte IBGE – Censo Demográfico - nota – dados da sinopse.

Análise: O índice de maior população e domicílios do município de Barracão encontra-se na área urbana em conformidade com as tabelas acima.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**Aspectos Socioeconômicos e de Infra-estrutura:**

A população do Município de Barracão, segundo dados do censo 2012, é de 9.796 Destes, 4.825 são do sexo masculino e, 4.971 são femininos. Estima-se que 8,16% da população constituí-se de idosos (60 anos ou mais). O grau de urbanização é 71,99% . A extensão territorial de Barracão é de 162,80 Km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica estimada para o município foi de 60,17 hab/km<sup>2</sup>.

Aproximadamente 70% da população têm renda familiar média em torno de 1 a 2 salários mínimos. O emprego existente consiste em arrendatários, meeiros, bóias-fria, diaristas, comércio e agricultura. O município de Barracão, em virtude do seu aspecto de topografia ondulada, possui somente cerca de 10% da sua área rural mecanizada. As principais atividades produtivas agropecuárias são as culturas de feijão, arroz, milho, soja, fumo e mandioca; a criação de aves, bovinos, suínos e ovinos. Outras atividades econômicas estão relacionadas à extração de madeira, erva-mate e sericicultura. As principais indústrias estão relacionadas à confecção de vestuário, e na transformação: beneficiamento de madeira, grãos, confecção de móveis, montagem de componentes eletrônicos, importadoras e exportadoras de produtos alimentícios.

A taxa de desemprego gira em torno de 32% da população. O município é constituído, quase totalmente, por pequenas propriedades. As famílias são em média, compostas por 4 a 5 membros. Descendentes de alemães, italianos e caboclos vindo dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Conforme pesquisa realizada pelos municípios do Sudoeste do Paraná (PNUD) o Índice de Desenvolvimento Humano (**IDH**) do nosso município é de 0.76. **PIB:** ( R\$) ano 38.189 - PIB per capita: Anual 4.233. O índice de analfabetismo é de, aproximadamente 22,19 da população geral.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**População Ocupada segundo as atividades econômicas – 2010.**

**Atividades econômicas ( CNAE Domiciliar 2.0)**

Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	1.487
Indústrias de transformação	329
Eletricidade e gás	06
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	23
Construção	404
Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas	864
Transporte, armazenagem e correio	305
Alojamento e alimentação	169
Informação e comunicação	43
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	34
Atividades imobiliárias	18
Atividades profissionais, científicas e técnicas	116
Atividades administrativas e serviços complementares	87
Administração pública, defesa e seguridade social	225
Educação	219
Saúde humana e serviços sociais	87
Artes, cultura, esporte e recreação	42
Outras atividades de serviços	69
Serviços domésticos	407
Atividades mal especificadas	148
<b>TOTAL</b>	<b>5.079</b>

Fonte: IBGE – Censo Demográfico

**NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS E EMPREGOS SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS - 2011**

ATIVIDADES ECONÔMICAS	ESTABELECIMENTOS	EMPREGOS
Indústria de produtos minerais não metálicos	1	29
Indústria metalúrgica	7	56

ATIVIDADES ECONÔMICAS	ESTABELECIMENTOS	EMPREGOS
Indústria de materiais elétricos e de comunicação	1	2
Indústria da madeira e do mobiliário	4	10
Indústria do papel, papelão, editorial e gráfica	3	11
Indústria da borracha, fumo, couros, peles, prod.sim.e ind.diversa	2	6
Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	5	81
Indústria de calçados	1	4
Indústria de produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	7	128
Construção civil	8	8
Comércio varejista	140	460



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

Comércio atacadista	26	125
Instituições de crédito, seguro e de capitalização	2	14
Administradoras de imóveis, valores mobil., serv. técn.	16	35
Transporte e comunicações	37	247
Serviços de alojamento, alim., reparo, manut., radiodifusão e televisão	37	329
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	10	23
Ensino	5	71
Administração pública direta e indireta	4	315
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>1.958</b>

**FONTE: MTE – RAIS**

**Quadro 5 – Dados econômicos.**

POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) SEGUNDO ZONA E SEXO - 2010				
URBANA	RURAL	MASCULINO	FEMININO	PEA TOTAL
*	*	*	*	5.314

**FONTE: IBGE - Censo Demográfico**

**PEA de 10 anos e mais**

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

INFORMAÇÃO	FONTE	ESTATÍSTICA	
Densidade Demográfica	IPARDES	60,17	hab/km <sub>2</sub>
Grau de Urbanização	IBGE	71,99	%
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH-M	PNUD/IPEA/FJP	0,764	%

**ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL (IPDM) – 2010**

INFORMAÇÃO	ÍNDICE
IPDM - Emprego, Renda e Produção Agropecuária	0,4828
IPDM – Educação	0,8315



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

IPDM – Saúde	0,8136
Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) - Geral	0,7093

TAXA DE ANALFABETISMO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - 2010

FAIXA ETÁRIA (anos)	TAXA (%)
De 15 ou mais	8,34
De 15 a 19	0,96
De 20 a 24	1,25
De 25 a 29	2,41
De 30 a 39	3,68
De 40 a 49	8,01
De 50 e mais	19,48

*FONTE: IBGE - Censo Demográfico*

**Aspectos gerais com abrangência rural e urbana:**

O município não dispõe de rede de tratamento de esgoto. O lixo é terceirizado coletado diariamente, utilizando-se um caminhão coletor-compactador de lixo, e posteriormente destinado ao aterro sanitário controlado. Contamos com a parceria do CIF (Consortio Intermunicipal da Fronteira) que realiza a coleta e compostagem do lixo reciclado da fronteira. Na área de Saneamento Básico são desenvolvidas atividades educativas nas escolas e comunidades em geral, confecção de folders educativos, com orientação sobre a importância da separação e reciclagem do lixo urbano para a coleta seletiva.

O abastecimento de água abrange a grande maioria da população, sendo que, a água utilizada é oriunda de uma Barragem de Captação tratada pela CASAN – Santa Catarina.

Com relação ao controle da qualidade da água temos implantado o programa SISAGUA, onde estão cadastradas todas as fontes de água e poços artesianos de nosso município, sendo que é feita a alimentação mensal no sistema com o registro de todos os controles e vigilância da qualidade da água. É realizado também através da Secretaria da Agricultura departamento de meio Ambiente um trabalho de Educação ambiental, com palestras nas escolas e com grupos de





ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

agricultores sobre a importância de se preservar o meio ambiente com trabalhos práticos de recuperação e proteção da mata ciliar, distribuição de mudas nativas gratuitas.

Quanto ao esgoto não possuímos ainda rede de esgoto em nossa cidade por isso temos um controle nesse sentido para que o esgoto das residências, comércios e indústrias em geral não seja lançado na rede pluvial. Para isso qualquer construção deve ter seu projeto aprovado pela VISA, onde é feito um acompanhamento das obras até sua conclusão para a liberação do habite-se-sanitário. Temos também um controle quanto ao destino do lixo contaminado de estabelecimentos de saúde, oficinas mecânicas, postos de combustíveis.

**Quadro 7 - Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária:**

<b>Instalação Sanitária</b>	<b>Ano: 2011</b>	<b>Ano: 2012</b>
Fossa séptica	2.899	2.931
Não tem instalação sanitária	20	17

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Atenção Básica - SIAB

**Quadro 8- Proporção de moradores por tipo de destino do lixo:**

<b>Destino do Lixo</b>	<b>Ano: 2011</b>	<b>Ano: 2012</b>
Coletado	2.184	2.199
Queimado/Enterrado na propriedade	767	780
Outro destino	19	18

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Atenção Básica - SIAB

**Quadro 9 - Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água:**

<b>Abastecimento de água</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Rede Geral	2.137	2.156
Poço ou Nascente na propriedade	826	835
Outra forma	7	6

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Atenção Básica - SIAB



### **1.2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:**

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

Os indicadores de morbidade medem a frequência de problemas de saúde específicos, como agravos ou doenças: infecções, cânceres, acidentes de trabalho, etc. As fontes de dados costumam ser os registros de hospitais e serviços de saúde, notificação de doenças sob vigilância e enquetes de soroprevalência e de autorrelato de doenças, entre outros. É necessário mencionar que as doenças crônicas, por sua longa duração, requerem o monitoramento das etapas clínicas, por isso é preferível contar com os registros de doença (por exemplo: câncer, defeito congênito, etc.) (NEWCOMER, 1997).

Os indicadores de mortalidade geral ou por causas específicas permitem comparar o nível geral de saúde e identificar causas de mortalidade relevantes, como acidentes, tabagismo, etc. A mortalidade se apresenta geralmente como números absolutos, proporções, ou taxas por idade, sexo e causas específicas.

O trabalho da saúde pública parte da constatação de uma realidade de saúde não desejável em uma população e aponta para conseguir mudanças sociais, deliberadas e sustentáveis nessa população. O foco epidemiológico consiste basicamente em: I) a observação dos fenômenos de saúde e doença na população; II) a quantificação deles em frequências e distribuições; III) a análise das frequências e distribuições de saúde e de seus determinantes; e IV) a definição de cursos de ação apropriados.

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

### **MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

A Mortalidade Materna é um indicador de saúde que revela as grandes disparidades entre áreas ricas e pobres, urbanas e rurais, tanto dentro dos países, quanto entre eles (OBSERVATÓRIO GLOBAL HEALTH, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma redução mundial da mortalidade. Contudo, o desafio ainda se configura uma realidade representada por 293 mil mortes maternas em 2013 por complicações relacionadas à gravidez; já nos países caribenhos e latino-americanos, essa cifra representa 9,3 mil. Desde a década de 90 até 2013, o Brasil está entre os dez países latino-americanos que tiveram as maiores reduções, apresentando uma redução da mortalidade materna de 43%.

Há grandes desigualdades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento quanto ao risco de uma mulher morrer por causas maternas relacionadas a complicações da gravidez, parto e puerpério. A mulher que vive em um país em desenvolvimento tem 33 vezes mais chances de morrer por causas maternas em comparação a uma mulher que vive em um país desenvolvido (OBSERVATÓRIO GLOBAL HEALTH, 2016).

No Brasil, a mortalidade materna se configura um desafio cujas proporções se diferenciam entre as regiões, sendo evidentes as disparidades entre as variáveis que caracterizam o óbito (FERRAZ; BORDIGNON, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), embora os resultados sejam preliminares, o Brasil teve cerca de 1.178 óbitos maternos declarados em 2015. Destes, 821 são de causas obstétricas diretas, 323, indiretas e, 34, não especificadas (BRASIL, 2016).

No ano de 2009, houve o surto de influenza por H1N1, e os grupos de mulheres grávidas e de crianças foram mais vulneráveis ao potencial de letalidade nas infecções causadas por esse vírus. O maior declínio da RMM na série histórica de 2009 a 2015 aconteceu em 2012, ano em que foi implantada a Rede Mãe Paranaense. Nos anos subsequentes, houve um incremento desse coeficiente, contudo, o índice permanece menor que os anteriores a 2012.

O indicador de investigação do óbito materno na linha de 100% e o de óbito em MIF com proporções acima de 80%, em todas as regiões de saúde do Estado, possibilitam um melhor diagnóstico para o planejamento de ações visando à melhoria da atenção à saúde da mulher.

Em Barracão não tivemos ocorrência de óbitos materno conforme Quadro.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

Nº de óbitos Maternos	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de óbitos Maternos	0	0	0	0	0

Fonte: Datasus

### **Mortalidade infantil**

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estima o risco de um indivíduo morrer em seu primeiro ano de vida e tem o potencial de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações da atenção ao pré-natal e parto, e é um indicador utilizado para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população (RIPSA, 2008).

Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes (ONU-BR, 2015). De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), os países do continente africano apresentam as maiores taxas do planeta. Já os Estados Unidos tiveram em 2013 TMI de 3,5 óbitos de menores de 01 ano/1.000 nascidos vivos (NV), uma das menores taxas globais. Nesse mesmo ano, o Brasil apresentou TMI de aproximadamente 13 óbitos de menores de 01 ano/1.000 NV, e, no Paraná, a TMI foi de 10,94 óbitos/1.000 NV. No Brasil, a Região Sul é a que tem a menor TMI, e o Paraná apresentou o maior índice histórico entre esses estados.

No Paraná, a mortalidade infantil teve um declínio na análise da série histórica de 2009 a 2015. À medida que essa taxa diminuiu, percebe-se que as causas se tornam mais difíceis de redutibilidade, em vista da complexidade do cenário epidemiológico, seja pelos determinantes ou pela necessidade de tecnologia mais avançada.

Quanto às principais causas de óbitos infantis no Paraná, destacam-se as relacionadas às afecções e complicações maternas, o que explica a prevalência do componente neonatal precoce na mortalidade infantil do Estado

No Paraná foi adotada a Linha Guia Mãe Paranaense a qual contribuiu muito para a diminuição dos óbitos materno e infantis.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**Número de mortalidade infantil por período:**

óbitos infantil	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de óbitos infantis	1	2	1	1	1
Percentual de óbitos investigados oportunamente	100%	100%	100%	100%	100%

**Fonte: Datasus**

**Descrição da mortalidade de mulheres em idade fértil:** Todo óbito relacionado a idade fértil são investigados conforme o orientação e digitado oportunamente no SIM.

**MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

O monitoramento dos sistemas de informação por meio da vigilância em saúde constitui-se uma estratégia imprescindível para dar visibilidade à magnitude e ao impacto das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) na população, em certo tempo e local. Nesse grupo são monitoradas: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), causas externas (acidentes e violências), agravos da saúde do trabalhador e eventos adversos de interesse da saúde pública.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) incluem: neoplasias malignas, diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC). Em 2013, no Brasil, as DCNTs corresponderam a 72% de todas as mortes: 31,3% devido a DAC; 16,3%, a neoplasias; 5,2%, a diabetes e 5,8% a DRC (BRASIL, 2015). No Paraná, em 2014, as proporções de morte eram: Doenças do Aparelho Circulatório, 28,3%; neoplasias, 18,1%; diabetes, 4,7%; e doenças respiratórias crônicas, 6,3%. A maior prevalência de DCNT foi na Região Sul, com 52,1%, e no Paraná, 52,3% (PNS, 2013).

O aumento da ocorrência das doenças crônicas observado nas últimas décadas está relacionado às mudanças no comportamento e estilo de vida; ao aumento da industrialização e da urbanização; à melhoria da qualidade da assistência em relação às doenças infecto-parasitárias, da imunização, do saneamento básico e da escolaridade. Tudo isso contribuiu para o aumento da população idosa na pirâmide etária (BRASIL; OPAS, 2005).



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

No Paraná, observou-se nos últimos anos uma redução nas taxas de mortalidade pelas DCNTs, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde da população; porém, as DCNTs constituem-se ainda um problema de saúde de grande magnitude.

As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), como se pode observar, são a primeira causa de morte da população total do Paraná; as neoplasias (câncer), a segunda causa; Causas Externas (CE), ou seja, diferentes formas de violência e acidentes, a terceira; e Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), a quarta. Na infância e adolescência, além das CE, as neoplasias e as Doenças do Sistema Nervoso têm destaque. As Causas Mal Definidas (MD) representaram 3,3% nas classificações de óbitos no Paraná.

**TABELA – PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE POR FAIXA ETÁRIA, Barracão – 2015**

Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência ( Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2015 ) - Última atualização: 21/03/2017 10:19:52

Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária											
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	1	2
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	9	3
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	1	2	3	1	0	1	1	1
Total	1	0	0	0	1	2	3	3	5	11	19	11

Fonte: SARGSUS 2015



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

Internações por Capítulo CID-10 2016	Faixa Etária									
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3	1	3	1	3	5	8	10	4
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	0	0	1	2	9	17	33	63
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	1	2	0	1	1	2	2
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	1	1	0	1	8	6	3	3
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	1	4	5	0	3	2
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	1	0	0	0	0	5	1	1
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	1	0	2	4	8	18	17
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	4	8	4	0	4	3	2	9	9	20
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	1	4	3	6	10	15	10	16	12
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	1	0	1	2	4	1	0	1
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	3	3	4	4	5	3	5	3	5
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	29	74	25	4	0	0
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	10	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	2	0	0	1	0	0	1	3
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0	1	2	3	16	10	13	5	13	4
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	2	0	0	2	1	2	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>68</b>	<b>121</b>	<b>96</b>	<b>82</b>	<b>112</b>	<b>138</b>

Fonte: SARGSUS 2016



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

A morte de pessoas entre 30 e 69 anos por DCNT é considerada prematura. Observa-se no Paraná uma tendência decrescente entre os anos de 2006 a 2014, especialmente por causa da diminuição das taxas de morte por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC), consequência de ações na atenção primária, nos serviços de urgência e emergência e na promoção da saúde.

<b>Óbitos por DCNT</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	13	14	13

Fonte: Datasus

### **MORBIMORTALIDADE POR AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVES**

Os avanços do conhecimento e controle dos agravos e doenças transmissíveis tiveram como resultado uma redução da morbimortalidade em todo o mundo. Porém, ainda se vive um cenário heterogêneo, pois ao lado de doenças que estão total ou parcialmente controladas, tais como sarampo, rubéola, coqueluche, tuberculose, hanseníase, tem-se outras doenças infecciosas, por exemplo: Aids, Hepatites Virais e Sífilis que apresentam desafios nas questões de morbidade.

Associado a isso, temos na atualidade uma urbanização acelerada, alterações ambientais, mobilidade e migração urbana, que facilitam o risco de exposição a agentes infecciosos e a introdução/reintrodução de novas e “antigas” doenças como Dengue, Zika e Chikungunya, trazendo possibilidades de rápidas disseminações entre as populações. Esses fatores contribuem para um perfil dinâmico, perpetuando esse grande grupo de doenças como um importante problema de saúde pública.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) constituem um grave problema de saúde pública mundial, aumentando a morbimortalidade entre os pacientes e elevando os custos hospitalares. Uma proporção significativa dessas infecções é evitável e pode ser interrompida com a adoção de medidas reconhecidamente eficazes como: a higiene de mãos, o processamento de artigos e superfícies, a utilização de equipamentos de proteção individual e a observação de medidas corretas de assepsia. Esses fatores, além de reduzirem a incidência de IRAS, traduzem-se em importantes indicadores de qualidade assistencial e segurança do paciente.





## ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE BARRACÃO

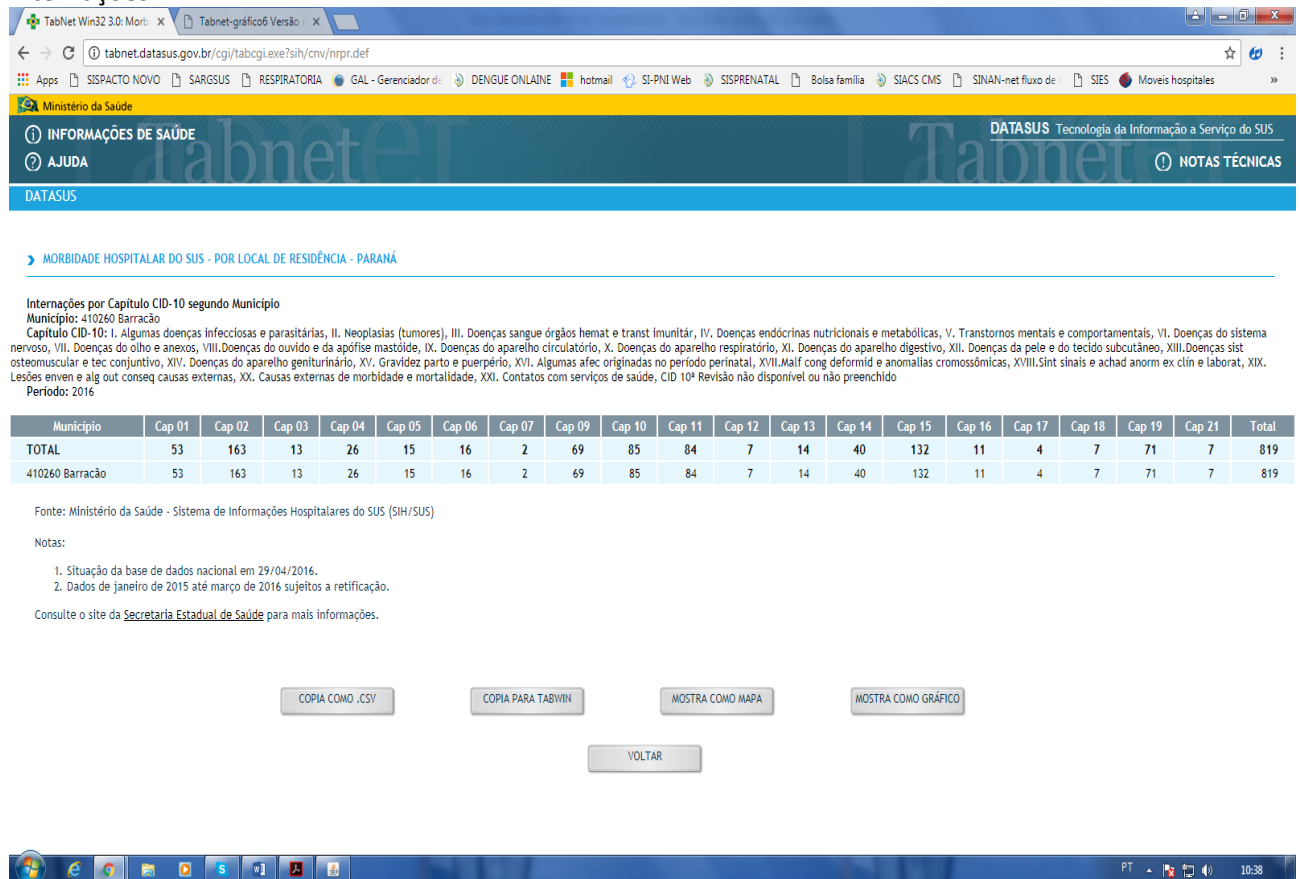
Os indicadores epidemiológicos para a vigilância e monitoramento das IRAS adotados e monitorados no Paraná são: infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter venoso central (IPCSL/CVC), infecção de trato urinário associada à sondagem vesical de demora (ITU/SVD) e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV/VM). Desses, o único indicador comparável nacionalmente é o IPCSL/CVC, cuja densidade de incidência de infecção é divulgada anualmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

**Quadro :** Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 por local de residência, Período de 2012.

Ano

2016

internações



Morbidade Hospitalar ano 2016 – Barracão/PR

Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência ( Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2016 ) - Ú



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

As **hepatites virais** constituem um sério problema de saúde pública no Brasil, devido ao grande número de pessoas acometidas e pelas complicações que causam, sobretudo as formas crônicas B e C (BRASIL, 2008). A Hepatite B (HB), no adulto, geralmente apresenta soro conversão e é prevenível por meio da imunização. Nos poucos casos de transmissão vertical, tem maior possibilidade de cronicar. Dos 13.188 casos notificados no Brasil em 2010, 29,6% residiam na região Sul, o que representa uma taxa de detecção de 14,3/100 mil habitantes, acima da taxa de detecção nacional, de 6,9/ casos confirmados por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012).

No Paraná, a taxa de detecção em 2010 foi de 15,66/100 mil habitantes; as maiores taxas encontram-se nas regiões oeste e sudoeste do estado, correspondentes às 7ª, 8ª, 9ª e 10ª Regionais de Saúde. As ações de descentralização do teste rápido das hepatites B e C, para as diversas regiões do Estado, possibilitaram um incremento na detecção, o que resultou no aumento das taxas, alcançando, em 2014, 17,44/100 mil habitantes.

<b>Nº de notificações</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Nº de notificações Hepatites viral	12	9	26

Fonte: SINAN NET municipal.

No Município estamos com todas as Enfermeiras capacitadas para teste rápido. Em 2016 foi liberado pela Regional de Saúde um quantitativo de testes para serem usados nos municípios, assim realizamos uma campanha de Teste rápido e assim tivemos este aumento no número de pacientes notificados com Hepatite Viral.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.271/2014, assim como a **AIDS**, a notificação de HIV passou a ser compulsória no Brasil; porém, o município de Curitiba já realizava essa notificação desde 2007. Desde o início da epidemia de Aids no Brasil, em 1981, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos. No Paraná, desde o primeiro caso diagnosticado, em 1984, até novembro de 2015, foram registrados 44.460 casos de Aids e HIV no SINAN.

<b>Nº de notificações</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Nº de notificações HIV	3	8	1

Fonte: SINAN NET municipal.



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

No Paraná, a distribuição por faixa etária mostra que a epidemia compromete indivíduos de todas as faixas etárias, mas a maior concentração de casos ocorre entre 20 a 39 anos, segmento populacional que, de maneira geral, está em plena atividade laboral, reprodutiva e social. As maiores taxas de detecção de Aids e HIV encontram-se nas Regionais de Saúde com municípios com maior densidade demográfica, regiões de fronteira e portuária.

A **notificação de gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao vírus** tornou-se obrigatória no Brasil a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 993/2000, permitindo avaliar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2000). No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, a maioria destas residentes na região Sudeste (40,5%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (15,8%), Norte (7,1%) e Centro-Oeste (5,7%). No Paraná, foram notificadas 1.655 gestantes com o HIV, no período de 2007 a 2015, sendo o maior número de casos na 2ª Regional de Saúde (70,7%), seguida pela 9ª e 3ª Regionais de Saúde (10,5% cada) e pela 10ª RS (8,7%).

A transmissão **vertical de HIV** ocorre em 25 a 50% das gestações de mulheres infectadas, quando não são realizadas medidas de profilaxia. A taxa de detecção de Aids em crianças menores de cinco anos é utilizada como indicador *proxy* para avaliar a transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014). No Paraná, essa taxa acompanha a tendência nacional de redução. No ano de 2007, a taxa de detecção foi de 2,32 casos/100 mil habitantes, chegando a 0,69 casos/100 mil habitantes no ano de 2015 (preliminar), representando uma redução de aproximadamente 70%.

No Brasil, no ano de 2013, a taxa de detecção de casos de **Sífilis em gestantes** foi de 7,4/1.000 NV e, na Região Sul, essa taxa foi de 13,1/1.000 NV. Nesse mesmo ano, o Paraná apresentou uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 5,8 casos/1.000 NV, inferior aos níveis apresentados no Brasil e na Região Sul. Em 2014, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de 9,7 casos/1.000 NV e, o Paraná, de 7,5 casos/1.000 NV. Os dados apontam uma melhoria do acesso ao diagnóstico, como resultado da qualificação dos serviços de saúde preconizados na Rede Mãe Paranaense.

Mesmo assim, existem casos detectados tardiamente, ou considerados tratados de forma inadequada por falhas na adesão ao tratamento e ausência/falta de informação sobre o tratamento do parceiro. Associado a esses fatores, ocorreu em 2014 e 2015 um desabastecimento de Penicilina, dificultando a continuidade do tratamento em todo o território nacional.

**Sífilis congênita** vem aumentando nos últimos anos, no Brasil e no Paraná. A incidência em 2013 foi de 4,7 casos/1.000 NV no Brasil; na região sul, atingiu 4,1/1.000 NV e, no Paraná, 2,4/1.000 NV.

O Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis preconiza as diretrizes para a constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Fundamentado nesse protocolo, o Paraná vem implantando os comitês nas 22 RS, possibilitando a investigação dos



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

casos e a adoção de medidas pertinentes para a redução e a eliminação da transmissão vertical de ambos os agravos.

O Brasil encontra-se entre os 22 países prioritários que concentram 80% dos casos de **Tuberculose**, ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos. Nos últimos cinco anos, apresentou, em média, 73 mil casos novos. O Paraná, em 2015, notificou 2.092 casos novos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 18,7 casos/100 mil habitantes. O Estado apresenta a menor taxa de incidência de tuberculose na região sul e é um dos poucos estados brasileiros que se encontra na fase de pré-eliminação da tuberculose, ou seja, apresenta um coeficiente de mortalidade (CM) menor que 1 caso/100 mil habitantes (BRASIL, Boletim Epidemiológico, 2015).

O Paraná é heterogêneo, apresentando municípios com incidência elevada, como Paranaguá (74,3 casos/100 mil habitantes), e outros onde nem há casos registrados, embora façam fronteira com os que possuem casos de tuberculose notificados, o que sugere deficiência na detecção dos casos e possível manutenção de transmissão da doença.

A prevenção e o controle das **doenças imunopreveníveis no Paraná, decorrem da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI)**, da estruturação do sistema de vigilância epidemiológica e da interlocução entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária. Tais fatores vêm contribuindo para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis se apresentem em processo de controle, eliminação e/ou erradicação.

Além da vacinação de rotina, o programa estadual desenvolve vacinação de bloqueio de casos suspeitos de doenças imunopreveníveis, campanhas anuais de vacinação contra a poliomielite, influenza, campanhas de seguimento contra o sarampo e realização de monitoramento rápido de cobertura vacinal em todos os municípios do estado, análise e monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação e a manutenção da rede de frio, para conservação dos imunobiológicos em todos os níveis, assegurando a qualidade dos produtos disponibilizados. Inclui ainda o Centro de Imunobiológicos Especiais (CRIE), implantado em 1993 no Paraná. Para desenvolver as ações de Imunização no Paraná, há 1.748 postos de vacinação funcionando rotineiramente, realizando a aplicação de uma média de 6 milhões de doses/ano.

O Paraná tem apresentado índices de coberturas vacinais dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde e mantido o controle das doenças imunopreveníveis, embora uma média de 30% dos municípios ainda apresente dificuldades para alcançar as coberturas ideais. É de competência dos municípios a execução das ações de vacinação. Para tanto, devem-se buscar estratégias adequadas, proporcionando todas as condições necessárias para o desenvolvimento das mesmas, com a finalidade de atingir os índices pactuados.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

% Vacinação Municipal	2014	2015	2016
Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais preconizadas	100	100	100
Percentual de cobertura da Vacina Influenza	93%	95,21%	96,66%

Fonte: SIPNI Web

Atualmente, há circulação do vírus selvagem autóctone do Sarampo/Rubéola, Principalmente nos continentes Europeu e Africano. O vírus selvagem importado circula em todos os continentes como surtos controlados. A região das Américas foi declarada a primeira do mundo a tornar-se livre da transmissão endêmica da Rubéola no ano de 2015. No Paraná, não há casos de Sarampo desde o ano 2000 e não há casos de Rubéola desde 2008.

Ainda há circulação do vírus selvagem da **Poliomielite** no continente Asiático (Afeganistão e Paquistão). O último caso de Poliomielite no Brasil ocorreu em 1989 e, no Estado do Paraná, em 1986. Atualmente, há um Plano Estratégico para a Erradicação da Poliomielite no mundo; e a mudança do calendário vacinal e da composição da Vacina Oral da Poliomielite (VOP) de trivalente (P1, P2 e P3) para bivalente (P1 e P3) a partir de 2016 é considerada uma estratégia de grande relevância, requerendo ações articuladas entre as várias vigilâncias e a atenção à saúde e sociedade em geral (BRASIL, 2015).

A **Doença Meningocócica** é motivo de preocupação devido a suas altas taxas de letalidade em todo o mundo. No Estado do Paraná, apesar da redução dos coeficientes de incidência e mortalidade, a letalidade se mantém elevada, em torno de 30%, demonstrando a necessidade do diagnóstico precoce e terapêutica adequada, visando a redução dos óbitos e das sequelas.

Em 2011, a **Coqueluche** provocou um alerta mundial, atingindo todas as faixas etárias, principalmente crianças menores de 1 ano. Entretanto, a forma grave e a mortalidade ocorrem principalmente em menores de 6 meses, naqueles com dose de vacina incompleta ou sem nenhuma dose da vacina Pentavalente ou DTP. No período entre 2007 e 2015, ocorreram 32 óbitos no Paraná, sendo 30 deles em menores de um ano. Diante desse cenário, houve necessidade de ampliação das Unidades Sentinela, passando de 3 para 11 Unidades e, em 2014, o LACEN-PR validou a técnica de Reação de Cadeia de Polimerase em tempo real (PCR-RT), para identificação da bactéria, visando atender às demandas dessas Unidades. A estratégia mais eficaz para prevenção é a vacinação de crianças, gestantes e profissionais que trabalham em maternidades e UTI neonatal, associada à quimioprofilaxia dos contatos (BRASIL, 2014).



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

A **Influenza** ocorre durante todo o ano com sazonalidade diferente. Em regiões de clima temperado, acontece predominantemente na estação do inverno, e no Paraná, ocorre principalmente no período de abril a setembro. Em 2009, a Gripe Influenza Pandêmica (H1N1) propagou-se rapidamente por vários países, incluindo o Brasil e o estado do Paraná. A vigilância desse agravo acontece por meio de Unidades Sentinelas. Atualmente, há 50 dessas Unidades, sendo 27 de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e 23 de síndrome gripal, distribuídas em 15 Regionais de Saúde. O Paraná é o único Estado do Brasil que faz detecção laboratorial de 13 diferentes vírus respiratórios, por meio do LACEN-PR. Frente à possibilidade de surtos e disseminação das doenças respiratórias, o Estado realiza, desde 2009, seminários anuais para engajar a sociedade nas campanhas de vacinação, diagnóstico e tratamento precoce com o antiviral e medidas gerais de prevenção coletiva.

O Brasil e o Paraná têm apresentado uma redução contínua do Tétano acidental, porém sua letalidade mantém-se alta até os dias de hoje (33%). De 2007 a 2015, foram notificados 189 casos confirmados da doença, com maior incidência no sexo masculino (82%), atingindo em maior proporção as pessoas com idade a partir dos 30 anos (89%), com escolaridade até a 4ª série do Ensino Fundamental (61%) e que nunca foram vacinadas (33%). A principal causa da infecção pelo tétano acidental são as perfurações cutâneas (44%), atingindo principalmente os membros inferiores (68%).

Nos últimos anos, a **Hanseníase** no Paraná vem apresentando uma melhoria de seus indicadores, especificamente no Indicador de Proporção de Cura nos Anos das Coortes caracterizando como efetivas as ações de cuidado na Hanseníase. O controle da endemia é realizado buscando-se implementar o diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos, prevenção de incapacidades físicas, cirurgias reabilitativas e vigilância de contatos intradomiciliares. Desde 2013, a Hanseníase está em processo de eliminação como problema de saúde pública no Estado, com menos de um caso por 10 mil habitantes. A Coordenação Estadual mapeou, por meio de estudo epidemiológico, o perfil específico de cada município, a fim de aprimorar a gestão do agravo, organizando uma vigilância de risco a partir da estratificação dos 399 municípios do Paraná.



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

### Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA)

A Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA) teve início em 1994, com a sétima pandemia da cólera e sua chegada ao Brasil em 1991 e no Paraná em 2002. Considerando o risco de ocorrência de emergências em saúde pública, decorrentes de agravos emergentes, reemergentes e inusitados e a facilidade de deslocamento global das pessoas em curto período de tempo, faz-se necessária uma vigilância sentinela de Doença Diarréica Aguda (DDA) para monitorar e analisar a magnitude e a circulação dos agentes etiológicos e a ocorrência de surtos, inclusive aqueles causados pelas Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), os quais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, causam 2,2 milhões de mortes anuais, devido ao consumo de alimentos e água contaminados. Conforme o Ministério da Saúde, entre 2000 e 2013, foram notificados 8.871 surtos alimentares, sendo a região sul e a sudeste responsáveis por 80% dessas notificações (BRASIL, 2013).

No Paraná, entre 2008 e 2015, foram notificados 361 surtos por DTA (SINANnet/MS). Atualmente, o Estado conta com aproximadamente 500 Unidades Sentinela para recebimento das notificações das DDA e conta com o apoio laboratorial por meio do LACEN-PR. Temos uma Unidade no município de Barracão que realiza o monitoramento das Diarreias (MDDA) que é o ESF Centro.

### ARBOVIROSES

A interação entre seres humanos e animais requer o desenvolvimento de atitudes conscientes para que sejam mantidos os equilíbrios biológico, social e ambiental entre as diversas espécies. Modificações ambientais decorrentes das atividades desenvolvidas por seres humanos demonstram o aumento do risco de exposição a doenças. Fatores como as alterações ambientais, incluindo as mudanças climáticas e a perda da biodiversidade, além de mudanças comportamentais e a rapidez da circulação de pessoas, animais e mercadorias são determinantes para o aumento das arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, Saint Louis, Oeste do Nilo e Oropouche) e zoonoses (Leptospirose, Raiva, Hantavirose, Teniose, Cisticercose e Brucelose, Malária, Leishmaniose e Doença de Chagas).

A deficiência dos serviços de esgotamento sanitário e da disposição dos resíduos sólidos pode impactar fortemente no aumento do risco para o surgimento das doenças de veiculação hídrica, infecciosas e parasitárias além de propiciar condições para o surgimento de focos de vetores, especialmente o *Aedes aegypti*, mosquito da Dengue.

A Dengue foi considerada erradicada no país até a reintrodução do mosquito *Aedes aegypti* em 1967; e a reintrodução da circulação viral, em 1981, em epidemia no município de Boa Vista – Roraima. No Paraná, a doença vem apresentando variações cíclicas, com períodos irregulares e



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

incidências importantes em anos epidêmicos. O vetor está adaptado a diversas situações ambientais que anteriormente eram consideradas desfavoráveis à sua sobrevivência, como: resistência a amplas variações climáticas, água suja e salgada, além de resistência a inseticidas.

O lixo urbano, principalmente o domiciliado, transformou-se em um grande criadouro do *Aedes aegypti*, daí a importância do gerenciamento de resíduos sólidos e políticas públicas voltadas para o problema. Os principais criadouros do *Aedes aegypti* no Paraná pode-se perceber que os criadouros do mosquito estão principalmente no acúmulo de resíduos a partir da guarda temporária ou deficiência na coleta, incluindo a de recicláveis.

### Leishmaniose

Leishmaniose Visceral nunca foi notificada no Paraná, mas após o registro da ocorrência de *Lutzomyia longipalpis* no município de Foz do Iguaçu em 2012, a pesquisa sorológica amostral em cães confirmou a contaminação canina em aproximadamente 10% das amostras, comprovando a transmissão vetorial. Em 2015, foi diagnosticado o primeiro caso humano autóctone e, em janeiro de 2016, dois casos, dos quais um foi de óbito. A pesquisa entomológica encontrou o vetor em apenas mais um município contíguo, Santa Terezinha do Itaipu, e será realizada em vários municípios de fronteira com países e estados com transmissão, para definir os critérios de risco epidemiológico e orientar as medidas de controle.

Entre as zoonoses de interesse estadual e saúde pública, destaca-se a Raiva, cuja letalidade em humanos chega a quase 100%. Não são registrados casos de Raiva humana no Paraná desde 1987, quando foi confirmado um caso por critério clínico-epidemiológico, transmitido por morcego, sendo o último caso de raiva humana transmitida por cão ocorrido em 1977. O Paraná realiza campanha de vacinação apenas em área de risco (fronteira) e os casos em animais silvestres (sobretudo morcegos) têm aumentado sensivelmente.

Os contatos entre morcegos, animais de estimação e humanos têm sido mais frequentes, exigindo que o sistema de vigilância (diagnóstico laboratorial e investigação), esteja coeso e o atendimento antirrábico seja realizado em tempo oportuno. No período de 2009 a 2015, o Atendimento Antirrábico Humano apresenta a segunda maior proporção em registros no perfil de agravos de notificação compulsória no Paraná. As notificações estão relacionadas a atendimento por agressões ocasionadas por animais potencialmente transmissores da raiva como: cães, gatos, morcegos, animais silvestres e demais mamíferos.





## **Leptospirose**

Outra zoonose de interesse estadual é a Leptospirose, que acomete os animais e o homem. No Paraná, a leptospirose apresentou em média 13% de letalidade em análise epidemiológica nos anos de 2009-2015, com distribuição em todo o Estado, mas com maior número de casos em Curitiba e Região Metropolitana.

Os novos cenários epidemiológicos vêm sendo caracterizados pelo surgimento de novas doenças transmissíveis, modificações nos padrões habituais de transmissão de doenças já existentes, surgimento e propagação de novas doenças, agravos e desastres decorrentes das agressões ao meio ambiente, além de doenças com potencial de propagação internacional, dada a mobilidade da sociedade contemporânea. Nesse complexo contexto, o advento das doenças emergentes e reemergentes<sup>1</sup>, evidenciado a partir da descoberta do agente etiológico da AIDS na década de 80, desencadeou a necessidade de reacender o debate sobre os riscos para a saúde humana decorrentes de agentes infecciosos.

No Paraná, essa realidade se revela quando se verifica que, após 30 anos, foi identificado o vírus da febre amarela nas regiões oeste, central e nordeste do Estado; e outros agentes etiológicos, causadores de doenças como a febre maculosa, febre de Lyme, vírus Oropuche, vírus Saint Louis, que também já foram constatados no território.

O mundo, no biênio 2014/15 enfrentou a epidemia do vírus Ebola, iniciada na África Oriental no final de 2013, afetando principalmente a Guiné, Libéria e Serra Leoa. Em 8 de agosto de 2014, a OMS declarou essa epidemia uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Até 30 de dezembro de 2015, foram relatados 28.637 casos da doença, incluindo 11.315 mortes.

No Paraná, houve um caso suspeito da doença em 2014, identificado no município de Cascavel, que exigiu resposta imediata da saúde pública, desde a sua detecção até o seu descarte. Esse processo envolveu múltiplos atores e recursos – além de todas as áreas técnicas da SESA, a OMS, o Ministério da Saúde, ANVISA, Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde – e demandou a aplicação do Plano de Contingência para a Doença do Vírus Ebola do Estado do Paraná, plano esse já elaborado quando se detectou a relevância do agravo, por meio do monitoramento dos eventos de interesse em saúde pública, confirmada pela declaração do Ebola como ESPII, pela OMS.

O enfrentamento a essa situação de emergência rendeu à Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel o reconhecimento e homenagem do Ministério da Saúde pelo trabalho exemplar realizado de forma organizada e articulada com cumprimentos de protocolo pelas áreas da vigilância e atenção à saúde de ambas as esferas de governo.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

O Município de barracão também participou deste processo pois este paciente deu entrada pela Aduana de Dionísio Cerqueira /SC.

Neste mesmo período, foi identificada a circulação do **vírus Chikungunya** no mundo, a qual também exigiu o reforço na vigilância em saúde do país e do estado, culminando com a elaboração de Protocolo de Vigilância para esse agravo pelo Ministério da Saúde. No último ano no estado, foram notificados 49 casos da doença, dos quais 4 foram confirmados, um destes autóctone e os demais importados.

Também em 2015, o Brasil notificou um aumento da ocorrência de casos de microcefalia que podem estar associados à infecção pelo vírus Zika. Esse evento foi declarado Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e, para o seu enfrentamento, também foi elaborado um protocolo de vigilância específico, reforçando as ações de vigilância em todo o país, inclusive no Paraná.

A **Hantavirose** também é uma doença emergente com distribuição crescente no Estado; apresentou letalidade em 2015 de 47%, superior em comparação ao Brasil, de 30%, acometendo principalmente os trabalhadores rurais com idade economicamente ativa.

Tivemos um caso de hantavirose notificado e confirmado nesta município em 2015 sendo que em parceria com a SESA e 8ª Regional de Saúde foi realizado todo trabalho de prevenção e investigação.

A **brucelose** vem se destacando como uma zoonose relevante em saúde pública no Paraná, pelo aumento de casos humanos e exposições acidentais à *Brucella* sp. Diante dessa realidade, foi instituído um Grupo de Trabalho, para reestruturar e atualizar o Protocolo Estadual de Brucelose Humana, além de definir estratégias de enfrentamento do agravo no estado. O Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância em Saúde para Brucelose Humana foi reelaborado com o objetivo de integrar as ações de vigilância, uniformizar os procedimentos e estabelecer diretrizes para atender à demanda que se apresenta no Estado para a brucelose.



### 1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A gestão do trabalho em saúde parte da premissa de que o trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde, no qual o trabalhador da saúde é conhecido como agente transformador e não apenas como recurso humano. O trabalhador é considerado peça fundamental no processo de contínua melhoria dos serviços prestados à população, impactando diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e na melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos. A gestão do trabalho prevê um conjunto de ações que buscam valorizar o trabalhador e as suas relações de trabalho.

#### **Quadro de funcionários de Saúde:**

Quatro equipes de ESF e ESB: Centro, Copasa, Industrial e Rural.

Agentes Comunitárias de Saúde;

Setor de Vigilância em Saúde;

Gestão/administração;

Frota de carros motoristas.

Farmácia;

#### Recursos Humanos

<b>Categoria</b>	<b>Total</b>	
Clínico Geral Médico da Família	3	
Programa mais médicos Cubano	1	
Gineco Obstetra	01	
Pediatra	01	
Técnico em Radiologista	01	
Cirurgião dentista	04	
Enfermeiro	07	
Fisioterapeuta	01	
Nutricionista	01	
Farmacêutico	03	
Assistente social	01	
Psicólogo	01	
Auxiliar de Enfermagem	4	
Técnico de Enfermagem	2	
Agentes Comunitárias de Saúde	24	



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**Indicadores**

Fluxo de Clientela

ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA - Estado - PR

Cnes	Estabelecimento	Município
2583275	CENTRO DE SAUDE NIS I BARRACAO	BARRACAO
9120920	CLINICA DR CARLOS MARAN	BARRACAO
6554385	CLINICA MEDICA ESPACO VITAL	BARRACAO
9134751	FISIOCENTER CLINICA DE FISIOTERAPIA	BARRACAO
9157298	LABORATORIO SANTO ANTONIO	BARRACAO
6825451	UNIDADE DE PSF BAIRRO INDUSTRIAL	BARRACAO
5289262	UNIDADE DE PSF COPASA DE BARRACAO	BARRACAO

**01 - EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA - CONVENCIONAL - GRUPO 1**

IBGE	MUNICÍPIO	ESF	ESF_M1	ESF_M2	ESF QUILOMBOLA ASSENTADO	ESF GERARAL	ESF_M1 QUILOMBOLA ASSENTADO	ESF_M1 GERARAL	ESF_M2 QUILOMBOLA ASSENTADO	ESF_M2 GERARAL	ESF AGENTES	ESF PRO NAC I	ESF_M1 RIBEIRINH A	ESF_M2 RIBEIRINH A	ESF RIBEIRINH A	ESFP	ESF PRS B	ESFF	ESF FSB	ESF PR AGENTES	ESFF AGENTES
410260	BARRACAO	3	2	1	1	0	0	0	1	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**01 - EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA - MAIS MÉDICOS**

IBGE	MUNICÍPIO	ESF	ESFSB_M1	ESFSB_M2	ESFR	ESFRSB_M1	ESFRSB_M2	ESFF	ESFFSB	ESF1	ESF1SB_M1	ESF1SB_M2	ESF2	ESF2SB_M1	ESF2SB_M2
410260	BARRACAO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**04 - EQUIPE NÚCLEO APOIO A SAÚDE FAMÍLIA**

IBGE	MUNICÍPIO	ENASF1	ENASF2	NASF INTERMUNICIPAL	NASF3
410260	BARRACAO	0	1	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



## **1.4 GESTÃO EM SAÚDE:**

A Gestão em Saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. A Saúde Pública considera a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como a gestão de conflitos armados e se importa com seus inimigos, ou seja, erradicar, controlar e vigiar. Logo, como a arte da guerra, a administração sanitária tem um planejamento estratégico e tático, programas sanitários e gestão operacional, assim como os conceitos de erradicação e de controle, de risco, de vigilância e de análise de informação.

A Gestão em Saúde é um desdobramento contemporâneo dessa tradição, ou seja, no lugar da guerra, entram os conceitos de sociologia, da ciência política e da teoria da administração. Em meados do século XX, houve a ampliação do objeto, quando foram construídos os Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde.

Desenvolveu-se, com essa finalidade, uma cultura sanitária voltada para a organização de serviços e programas de saúde, em que o Estado foi responsabilizado pelo financiamento e gestão de uma rede de serviços constituída segundo o conceito de integração sanitária. Tal rede executaria ações de prevenção e relevância coletiva, assumindo tanto a atenção clínica, como a assistência individual em hospitais e outros serviços. Assim, originando o conceito de hierarquização e regionalização dos serviços com a modalidade de rede denominada atenção primária.

A atenção primária trabalha com lógica de território de referência e é responsável pela coordenação de cuidado dos usuários, sendo a principal porta de entrada do SUS. A atenção de média e alta complexidade é caracterizada por serviços ambulatoriais e hospitalares com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas; o complexo regulador, sendo uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde, consiste na organização do conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS.

A assistência farmacêutica constitui uma política pública inserida no SUS, voltada para a garantia de acesso e do uso racional de medicamentos necessários à assistência integral à saúde. Nesse contexto, A SESA entende que seria oportuno consolidar seus elementos base no eixo de Gestão em Saúde, sendo: Vigilância em Saúde, Atenção Primária, Atenção de Média e Alta complexidade, Complexo Regulador – Central de Regulação, Auditoria e Monitoramento dos serviços e Assistência Farmacêutica.



### 1.4.1 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

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

Os componentes são: **vigilância e controle das doenças transmissíveis**, gestão de imunobiológicos; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

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

A formulação, coordenação e implementação da Política Estadual de Vigilância em Saúde é de responsabilidade da Superintendência de Vigilância em Saúde da SESA, por meio dos seus Centros de: Epidemiologia, Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador e das Unidades LACEN e CPPI. No Estado do Paraná, a gestão e execução de Vigilância em Saúde está descentralizada, tendo os municípios assumido ações do Elenco 1, 2 e 3, conforme seu Porte, de acordo com o Programa VIGIASUS. A execução de atividades e ações complementares nos municípios de Porte I e II são realizadas pelas equipes SESA (Centros, Unidades e Regionais de Saúde).

O Município de Barracão está no Elenco 1 de acordo com o Programa VIGIASUS.

Os principais processos de trabalho estabelecidos na Gestão de Vigilância em Saúde são: sistemas de informação; análise de riscos e da situação de saúde; sistemas de inspeção de ambientes, processos e produtos; regulação de produtos e serviços; investigação e controle de agravos e eventos adversos; análises laboratoriais; educação e comunicação em saúde; pesquisa técnico-científica; inovação e incorporação tecnológica; produção e pesquisa de imunobiológicos; coordenação das atividades de imunização; programas estratégicos de controle de riscos e agravos; e promoção em saúde.

A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento do país/estado/região/município, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde. Necessita, também, identificar de forma precoce e oportuna situações com potencial de se



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

tornarem emergências em saúde pública e organizar respostas adequadas e articuladas com outros setores, áreas técnicas e instituições, dirigidas ao controle e/ou mitigação do risco à saúde da população, ações essas realizadas pelo Centro de Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde (CIEVS), desde 2009.

A **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 1990). Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A **VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL** centra-se nos fatores do meio ambiente que possam representar riscos à saúde humana: fatores biológicos (doenças transmitidas por vetores, zoonoses, intoxicações e acidentes por animais peçonhentos) e fatores não biológicos (água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos e fatores físicos). Prioriza-se no Paraná o controle dos vetores que transmitem doenças, como: dengue, zika, chicungunya, febre amarela urbana, leishmanioses, malária, esquistossomose e chagas. Para as ações de vigilância entomológica, há oito Núcleos localizados estrategicamente em: Paranaguá, Jacarezinho, Londrina, Apucarana, Maringá, Porto Rico, Guaíra e Foz do Iguaçu, que orientam as ações de controle e combate dos insetos.

Na SESA, é realizado o monitoramento das zoonoses de interesse estadual, dos acidentes por animais peçonhentos e venenosos e das intoxicações exógenas (medicamentos, agrotóxicos, pesticidas domésticos, produtos químicos, metais pesados e plantas tóxicas); e, também, a coordenação dos três Centros de Controle de Envenenamentos/Intoxicações do Paraná – CCE, localizados estrategicamente em Curitiba, Londrina e Maringá, que dão apoio aos profissionais de saúde do estado frente às intoxicações exógenas e acidentes com animais peçonhentos.

Atua também nas ações ambientais intersetoriais, como a parceria com as seis Universidades Estaduais para análise laboratorial de água para consumo humano, e no cumprimento da Instrução Normativa MS nº 1, de 07 de março de 2005, que regulamentou o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVSA que atribui ao SUS ações de Vigilância relacionadas às doenças e agravos à saúde no que se refere: à Água para Consumo Humano (Programa VIGIAGUA); às Contaminações do Ar (VIGIAR); às Contaminações do Solo (VIGISOLO); aos Desastres Naturais (VIGIDESASTRES) e à Vigilância de Populações Expostas a Contaminantes (VIGIPEQ).



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

A **VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR** compreende a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, as quais estão articuladas com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme versa a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria 1.823/2012 do Ministério da Saúde.

A Saúde do Trabalhador no Paraná está estruturada conforme a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, instituída em 2011, pela Portaria nº 1.823/2012, do Ministério da Saúde, e conta com uma rede de atenção formada por um CEREST Estadual (Denominado CEST), oito CERESTs Macro Regionais e um CEREST Municipal (Curitiba). Os CERESTs possuem como atribuição contribuir na organização da atenção à assistência dos trabalhadores nos municípios e têm como objetivo a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de ações integradas que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

Contamos com um CIST Municipal que realiza prestações de conta quadrimestralmente.

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

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e objetiva promover a qualidade de vida, estimulando a população a reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015).

O Estado do Paraná, por meio do Decreto nº 11.042, de 14 de maio de 2014, instituiu o Núcleo Estadual Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz, tendo como objetivo articular as políticas públicas intersetoriais, apoiar e monitorar o funcionamento dos Núcleos Municipais e fortalecer a vigilância e a prevenção das violências e a promoção da saúde. A SESA, além de apoio técnico, repassou um total de R\$ 3.450.000,00 até o ano de 2015, para 128 municípios, na forma de incentivo financeiro para





implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, e da Cultura da Paz (NPVPS). Atualmente, são mais de 50 núcleos municipais em funcionamento em 21 Regionais de Saúde.

Contamos com o Núcleo de prevenção de violências e promoção da saúde (**NPVPS**) Criado através do DECRETO Municipal n.º 230/2016;

## 1.4.2 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

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

A Atenção Primária à Saúde se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos, ou seja, médicos de família e comunidade são procurados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça, mal-estar, etc.), e frequentemente esses sintomas não evoluem para uma patologia. Diferentemente dos especialistas em enfermidades (cardiologistas, neurologistas, gastroenterologistas, etc.) que mais comumente recebem pacientes quando os problemas se encontram em estágios avançados e, portanto, em fases em que a patologia se encontra mais definida.

A SESA reconhece a Atenção Primária à Saúde como principal articuladora e coordenadora da Atenção à Saúde em todos os municípios do Paraná, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde. Atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos, com políticas de atenção integral e suas Linhas de Cuidado. Do ciclo vital: criança, adolescente, mulher, homem e idoso; e políticas transversais: gestante, saúde bucal, mental, alimentação e nutrição, risco cardiovascular, hipertensão e diabetes, urgências/emergências, saúde do escolar, prevenção do câncer, deficiências, enfrentamento das violências, populações vulneráveis (indígena, negra, privada de liberdade, em situação de rua, e outras), etc.



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

Destaca-se, quanto às populações vulneráveis, a vulnerabilidade aqui entendida como: condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais que aumentam a suscetibilidade de uma comunidade ou indivíduos ao impacto de ameaças. No contexto da saúde, a vulnerabilidade causa a fragilidade de indivíduos e coletivos, expondo-os a situações desfavoráveis à saúde, às quais se denomina risco<sup>1</sup>.

A vulnerabilidade, em todas as suas formas, pode acarretar danos à saúde do indivíduo no decorrer dos diversos ciclos de vida. Para que os indivíduos possam ter a capacidade de lutar contra esses danos, devem ser demandados esforços conjuntos de todos os setores da sociedade (esferas pública e privada), que permitam o acesso dos indivíduos aos serviços essenciais básicos e que, dessa forma, possam contribuir para o empoderamento dos mesmos.

No que tange às comunidades vulneráveis, a SESA tem trabalhado desenvolvendo ações que contribuem para a melhoria do acesso dessas aos serviços do SUS. Com destaque para as populações negras e indígenas, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população migrante e refugiados e as famílias que estão em acampamentos e assentamentos rurais no Paraná.

Programa **Saúde do Viajante**, implantado no Estado em 19/11/2015, tem como objetivo implantar ações que contribuam para a prevenção, promoção, assistência e vigilância à saúde em momentos de deslocamento, no Brasil e no exterior, visando proteger a população do Estado do Paraná da introdução e/ou reintrodução de doenças, eventos ou agravos com potencial de disseminação.

O Programa está fundamentado em três eixos considerados estratégicos e fundamentais: Informação, Vigilância e Atenção à Saúde. Sua fundamentação vem do conceito do viajante, que significa: uma condição transitória de qualquer pessoa que se desloca pelo território paranaense, sem distinção de raça, sexo, língua e/ou religião e independentemente da finalidade, vindo de outro país ou estado ou indo a outro país ou estado, e que, por esta razão, apresenta risco potencial de adoecer ou introduzir/reintroduzir ou ainda disseminar agravos à saúde.

A principal ferramenta do Programa é o site Saúde do Viajante, no endereço eletrônico [www.saudedoviajante.pr.gov.br](http://www.saudedoviajante.pr.gov.br), que também serve de canal de comunicação com os viajantes e está disponível em três idiomas (português, inglês e espanhol), com atualização semanal. Os outros dois eixos estão em fase de implementação nos municípios do litoral e municípios com fronteira internacional.

Como Barracão pertence a área de Fronteira foi incluído neste Programa Saúde do Viajante sendo que foi desenvolvidas ações e aplicação do recurso conforme descritivo.

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB tem por objetivo estimular a valorização dos profissionais de saúde que atuem em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família-ESF e o Programa Mais Médicos tem



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

por finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde, contando com diversos objetivos, dentre eles, o provimento emergencial de profissionais médicos e o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país. A SESA apoia essa estratégia, com a instituição da Comissão Estadual PROVAB e Mais Médicos; e tem-se um quantitativo de 1.112 profissionais do Programa no Estado (Sistema de Gerenciamento de Provas – SGP/Ministério da Saúde/2015). **Contamos com um médico Cubano vinculado ao ESF Rural.**

Nos últimos anos, a assistência domiciliar tem surgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, ou seja: a população está envelhecendo e, com isso, tem aumentado a prevalência de doenças crônicas e com necessidades contínuas de educação e qualificação dos profissionais que atuam na APS. Visando apoiar as equipes que atuam nas Unidades de Atenção Primária dos 399 municípios do Estado, em 2013, a SESA instituiu o **Telessaúde Paraná Redes**, pela Resolução SESA nº 40/2013, aprovada pela Deliberação CIB/PR nº 142/2013. Recebemos os equipamentos mas falta receber o treinamento para Equipe.

Outra estratégia é o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ**, que visa induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população. Atenção Básica com Saúde Bucal, porém, as contratualizações e recontratualizações ainda não foram efetivadas por meio de portaria do Ministério da Saúde. Esse processo será acompanhado, monitorado e avaliado pelos três níveis de Governo. **Temos as quatro Equipes de ESF E ESB na estratégia PMAQ.**

As ações de Promoção da Saúde são realizadas de forma intersetorial e articuladas com outras políticas públicas, considerando a participação social, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. A participação social é estratégia fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades humanas, pois resgata a capacidade do cidadão de refletir e atuar sobre sua saúde e de sua comunidade, e ainda permite à gestão do sistema de saúde executar ações com base nas reais necessidades da população.

O componente da **Promoção da Saúde** perpassa todos os níveis de atenção à saúde do SUS – atenção primária, secundária e terciária, e está presente nos projetos estratégicos que dão suporte às Redes de Atenção à Saúde (RAS) implantadas no Paraná: Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Saúde Bucal e Rede de Saúde Mental.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

O **Programa Saúde na Escola – PSE** é uma política intersetorial entre Saúde e Educação, instituída em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05/12/2007. Tem como finalidade contribuir com o processo de educação em saúde aos educandos da rede pública. É uma parceria entre as unidades de saúde e escolas que estão no mesmo território e trabalham de forma articulada. No ciclo 2014/2015, 360 municípios aderiram ao Programa, representando 90% dos municípios paranaenses, enquanto a adesão no Brasil foi de 86%.

A SESA tem estimulado a implantação de **Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF** nos municípios. Em 2015, o Paraná contava com 251 equipes implantadas em 200 municípios. O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e visa apoiar a Atenção Básica à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, por meio do planejamento conjunto entre os profissionais do NASF e os profissionais das equipes apoiadas, compartilhando práticas, saberes e auxiliando no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários. A partir das demandas identificadas, a atuação dos profissionais do NASF se dá nas UAPS, nas comunidades e nos domicílios, e também de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde e de proteção social.

Temos uma Equipe de NASF que auxilia as quatro Equipes de ESF: Centro, Copasa, Rural e Industrial com os seguintes Profissionais 20 horas atuando no NASF: Fisioterapeuta, Assistente Social, Nutricionista e Psicóloga.

Desde 2011, o SUS promove a implantação de **Polos da Academia da Saúde (PAS)** nos municípios brasileiros. Os polos são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. O Estado apoia a implantação dos PAS nos municípios, por serem um importante espaço público para o desenvolvimento das ações e cuidados em saúde, reconhecendo o território e a comunidade como fundamentais à articulação dos determinantes sociais da saúde a partir da realidade local.

O **Programa Estadual de Controle do Tabagismo** desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção à iniciação ao uso do tabaco e o cuidado da pessoa tabagista na Rede SUS. O atendimento à pessoa tabagista é realizado prioritariamente nas UAPS por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. São organizados grupos de fumantes que participam de sessões estruturadas que incluem avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva. Em 2015, havia 654 estabelecimentos de saúde com esse serviço estruturado para o cuidado da população paranaense.

Temos quatro profissionais treinados para o Programa do tabagismo sendo: duas enfermeiras, um médico e uma psicóloga.

Nas ações de **prevenção da violência e promoção da paz**, destaca-se a elaboração da Linha



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

de Cuidado para Atenção às Pessoas em Situação de Violência, a qual tem como objetivo organizar e articular os recursos nos diferentes serviços das redes de atenção à saúde e estabelecer o percurso do cuidado a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos.

A atenção à **violência sexual**, em especial, exige disponibilização de recursos especializados em período integral. Em 2014, a SESA firmou cooperação técnica com a SESP para o atendimento integral e humanizado às pessoas em situação de violência sexual. A partir de então, o atendimento passa a ser realizado em hospitais de referência, por equipes multidisciplinares. Os profissionais médicos dessas equipes são nomeados peritos *ad hoc* para que durante o atendimento clínico realizem também a coleta de vestígios, evitando que as pessoas precisem dirigir-se ao IML para a realização desse procedimento. Em 2015, foi elaborado o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, que orienta o trabalho das equipes de saúde. Trabalhamos intersetorialmente nas questões das violências: Saúde, Conselho tutelar, CREAS.

As ações de **alimentação e nutrição** perpassam os três níveis de atenção à saúde, ou seja, estão organizadas nos diversos pontos de atenção à saúde das redes e estimulam a adoção de hábitos saudáveis, a educação alimentar e nutricional e o aleitamento materno. Os riscos nutricionais permeiam todo o ciclo de vida, assumindo diferentes configurações epidemiológicas em função do processo saúde-adoecimento da população. A segurança alimentar e nutricional é requisito fundamental à afirmação plena de desenvolvimento físico, mental e social dos indivíduos.

Para a avaliação das condicionalidades do **Programa Leite das Crianças (PLC)**, a SESA realiza o monitoramento das crianças beneficiárias por meio do sistema informatizado SISVAN WEB – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Na perspectiva de integração entre os sistemas de informação, deve-se reconhecer o papel da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em proporcionar o diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais, bem como a identificação de fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, que possibilitarão a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

O Programa Leite das Crianças foi criado em 2003 e consiste na distribuição gratuita e diária de 1 litro de leite enriquecido com vitaminas e minerais às crianças com idade entre 06 e 36 meses e mães gestantes e nutrizes, integrantes de famílias com renda mensal *per capita* de até meio salário mínimo regional. O Programa também visa ao atendimento da demanda por meio da Produção oriunda da agricultura familiar, promovendo a consolidação das bacias leiteiras locais e regionais e incentivando a geração de emprego e renda no campo.

Trabalhamos com o acompanhamento das crianças beneficiadas pelo Leite das Crianças com trabalho conjunto com ESFs, Agentes Comunitários de Saúde e nutricionista.



### **1.4.3 Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar**

#### **REFERÊNCIAS ASSISTENCIAIS**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, entende-se a atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, sendo sua porta de entrada preferencial e que deve ter visão integral da assistência à saúde da população adscrita; porém, os procedimentos realizados diariamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS.

Para complementar os serviços, existem as ações de média complexidade que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento.

Da mesma forma, são disponibilizados pelo SUS os procedimentos de alta complexidade, que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. O Paraná desenvolveu um enfoque sistêmico e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos por meio dos Serviços de Saúde de Referência para Alta Complexidade, apresentado no Plano Diretor de Regionalização – PDR, que está disponível no site da SESA/CIB-PR, onde todos os municípios estão contemplados com cobertura integral nos serviços de Obesidade Grave, Cardiovascular, Nefrologia, Neurologia, Traumatologia, Ortopedia, Oncologia, Transplantes e Hemoterapia e Hematologia.



#### **1.4.4 Complexo Regulador – Central De Regulação, Auditoria E Monitoramento Dos Serviços**

A regulação médica do acesso dos pacientes aos diferentes pontos do Sistema de Saúde é um instrumento de gestão essencial para a garantia de assistência qualificada e resolutiva a ser disponibilizada para toda a população. Essa atividade médica cumpre papel preponderante na organização da Rede de Assistência, visando à eficiência e eficácia do cuidado, desde a determinação do diagnóstico correto, até o tratamento do quadro clínico, em tempo oportuno, contribuindo para a racionalização do fluxo assistencial e garantindo a qualificação do processo assistencial com economia de escala e otimização da capacidade instalada.

A constituição do Complexo Regulador permite absorver todo o fluxo da assistência na atenção básica, na média e alta complexidade, e sua composição se dá por meio de: Centrais de Regulação Médica de Urgência – SAMU/ SIATE, Centrais de Regulação de Leitos e Consultas Especializadas e Controle Administrativo/ Financeiro e Auditoria.

A operação do Sistema de Regulação pode ser dividida em quatro áreas principais, que, no seu conjunto, compõem o COMPLEXO REGULADOR. Essas quatro áreas de atuação devem operar mediante protocolos operacionais integrados, visando à máxima eficiência de gestão do acesso do paciente ao serviço médico mais qualificado e resolutivo possível, promovendo acesso equânime e integral. São elas:

- Atendimento de Urgência
- Gestão de Leitos Especializados
- Gestão do Fluxo de Acesso dos Diferentes Serviços Assistenciais
- Gestão Administrativa / Financeira e Auditoria

A existência de Centrais de Regulação se justifica para fazer face às duas primeiras ações, pois têm em comum a necessidade de operação ininterrupta. A regulação do acesso do paciente aos serviços de urgência deve buscar, em primeiro lugar, a possibilidade de tratamento emergencial para viabilizar a estabilidade clínica; em segundo lugar, a confirmação diagnóstica imprescindível à continuidade do tratamento; e, em terceiro lugar, a realização de procedimento terapêutico emergencial para tratamento das condições de urgência, mesmo que para isso seja necessário buscar outro serviço médico.

As competências da Regulação Médica de Urgência no atendimento primário são as solicitações de urgência da população; já no secundário, são as solicitações de urgência dos Serviços de Saúde para transferências inter-hospitalares, obtendo a confirmação de situação de urgência por meio de protocolos de regulação (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; PARANÁ, 2013).

Também o acesso inicial do paciente ao tratamento emergencial – acolhimento, confirmação diagnóstica, procedimentos necessários para viabilizar estabilidade clínica,



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

concluindo com a estabilização do quadro urgente atual e gerando a redução do risco de novo quadro urgente.

O direcionamento de pacientes para continuidade terapêutica mediante internação hospitalar em leitos especializados é adotado após o atendimento inicial e a estabilização clínica, quando as situações de urgência tenham sido devidamente controladas, seja por meio de medidas terapêuticas em caráter ambulatorial ou hospitalar, o que pode incluir frequentemente a realização de procedimentos cirúrgicos de emergência. A ocupação de leito hospitalar é decorrência direta da modalidade terapêutica necessária para o paciente. Essa, por sua vez, só é viável após a determinação do diagnóstico definitivo (preferencialmente) ou sindrômico, e após os procedimentos emergenciais. A busca de leito especializado, portanto, deve ser amparada em um sistema gerencial efetivo, utilizado por equipe de regulação experiente, e concretizada assim que o paciente for retirado da condição de urgência.

A regulação do acesso eletivo ao leito especializado, por sua vez, deve ser realizada por meio do mesmo sistema operacional, para garantir a gestão integral do processo, porém sem a necessidade do provimento da assistência emergencial prévia para o paciente.

A SESA fez a contratação de uma Solução Tecnológica Integrada de Gestão Estadual de Regulação Assistencial que proporciona a regulação médica da Urgência e Emergência e Unidades de Suporte Avançado de Vida; a regulação médica e controle de internações hospitalares; a regulação dos agendamentos de consultas e procedimentos especializados; a regulação e liberação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) da rede prestadora de serviços públicos e privados contratados pelo SUS no Estado do Paraná.

O Complexo Regulador tem o objetivo de criar um ambiente tecnológico que permita a interligação de todas as unidades em tempo real, com gerenciamento efetivo dos recursos públicos formando uma rede integrada de informações relativas à oferta disponível de serviços.

Assim, visa oferecer maior agilidade no atendimento do cidadão, resultando na melhoria do acesso aos serviços de saúde, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados. Desde sua implantação, iniciada em 2012, tem implantados e em funcionamento os módulos:

- Regulação de Internação Hospitalar. Configurada em:
  - 04 Centrais Macrorregionais de Regulação, conforme Mapa 40:
- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Leste, sede em Curitiba;
- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Norte, sede em Londrina;
- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Oeste, sede em Cascavel;
- Unidade de Regulação de Leitos da Macrorregião Noroeste, sede em Maringá;
- Central de Regulação Psiquiátrica, sede em Curitiba;
- Central Estadual de Regulação, sede em Curitiba.





ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

- Regulação de Consultas e Exames.
- Regulação da Urgência e Emergência.
- Liberação de Laudo de APAC.
- Liberação de Laudo de AIH.

A Gestão do Fluxo de Acesso aos diferentes serviços – modalidades de acesso, pode ser dividida em urgência e eletiva, sendo:

- *Urgência* composta por três grupos, o atendimento pré-hospitalar com o SAMU; a notificação de atendimento em Unidade de Urgência realizada nos prontos-socorros/ prontos atendimentos ou UPA e; a solicitação de internamento em Unidade Hospitalar.
- *Eletiva* composta pelas consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, internações eletivas seguindo o protocolo com controle e parametrização de oferta de serviços, acompanhamentos da demanda, geração do Código de Acesso Eletivo, e geração de APAC e AIH *on line*.

A Gestão Administrativa tem a finalidade de acompanhar o desempenho assistencial e financeiro dos serviços assistenciais e abrange: análise de compatibilidade – auditoria; gestão financeira; cadastro de prestadores; e acompanhamento de contratos.

“O alinhamento técnico conceitual das práticas de auditoria surge do entendimento da auditoria como parte integrante da gestão estratégica e participativa, como instrumento de qualificação da gestão e da necessidade do Sistema Nacional de Auditoria ampliar o diálogo com as políticas públicas” (BRASIL, 2011).

Compete à auditoria a verificação/ constatação por meio do exame analítico e operativo da legalidade da administração orçamentária e financeira assim como da legalidade dos atos praticados no âmbito do SUS. Também compete à auditoria o controle, avaliação e regulação das distorções e, portanto, o seu produto funciona como ferramenta para possibilitar ao controle social o conhecimento dos fatos, produzindo informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e a satisfação do usuário.

Atualmente, o Sistema Estadual de Auditoria no Paraná (SEAA) é composto por médicos, odontólogos e enfermeiros, estruturando o Sistema Estadual de Auditoria que está descentralizado nas 22 Regionais de Saúde e no Nível Central. Logo, a auditoria aborda diferentes focos, como: aplicação de recursos, prestação de serviço, impacto das ações de saúde, gestão da execução dos programas de saúde que envolvem recursos públicos, contratos firmados com o Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Secretaria Estadual de Saúde, entre outros.



### **1.4.5 Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa de atividades relacionadas aos medicamentos e seus usuários, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Nesse contexto, a garantia do acesso aos medicamentos não deve ser a única finalidade da Assistência Farmacêutica. Outras condições deverão ser atendidas para que o sucesso do tratamento farmacológico seja alcançado. Entre elas, que o usuário receba nas consultas farmacêuticas as informações e orientações que possibilitem o uso correto do medicamento e que consigam cumprir de forma adequada o seu tratamento.

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica tem sido pautada pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é o instrumento oficial que contempla todos os medicamentos, soros, vacinas e insumos disponíveis no âmbito do SUS.

O financiamento e o gerenciamento logístico da Assistência Farmacêutica são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, com as atribuições de cada ente pactuadas nas Comissões Intergestores, conforme o Quadro 6. Os recursos federais são repassados aos Estados em blocos de financiamento; o bloco da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF).

A fim de otimizar os recursos para aquisição de medicamentos da atenção primária, em junho de 1999, os municípios paranaenses, com apoio da SESA, constituíram o Consórcio Intergestores Paraná Saúde. Os municípios são os responsáveis pela programação dos medicamentos junto ao Consórcio, que executa a aquisição de forma centralizada, utilizando-se dos recursos financeiros da contrapartida federal e estadual – o que tem gerado ganho de escala e economia, possibilitando a ampliação da oferta de medicamentos e insumos à população. Esses municípios podem ainda aportar recursos próprios junto ao Consórcio para a execução de sua contrapartida.

Além dos medicamentos do Componente Básico, a população paranaense conta com medicamentos e insumos do Componente Especializado e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Esse amplo elenco pretende contemplar a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, bem como a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis.

Os medicamentos oncológicos, por sua vez, são disponibilizados aos usuários por meio dos Estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS – CACON e UNACON – responsáveis pela padronização, aquisição e prescrição, de acordo com diretrizes terapêuticas. O financiamento



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

esses medicamentos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, mas por meio de repasse do recurso federal aos serviços.

Por fim, além dos medicamentos padronizados nos Componentes anteriormente descritos e na oncologia, ainda há aqueles ofertados por meio do Elenco Complementar de Medicamentos da SESA, financiado com recursos do tesouro estadual, com o propósito de oferecer cobertura a doenças e agravos não contemplados em outras políticas.

O crescimento dos investimentos necessários para a promoção do acesso a medicamentos, bem como do número de usuários, tem trazido grandes desafios gerenciais às Secretarias de Saúde. Essa evolução tem exigido, além da mobilização de recursos estaduais para aquisição de medicamentos, uma relevante mobilização de recursos para a reestruturação das unidades responsáveis pelo gerenciamento logístico, bem como de atendimento aos usuários, de forma a manter a qualidade dos medicamentos e dos serviços prestados.

Mesmo com toda a organização da Assistência Farmacêutica no Paraná e do amplo elenco de medicamentos padronizados pelas políticas públicas, permanece a demanda por fornecimento de medicamentos não contemplados na Renome ou não previstos para determinadas situações clínicas ou agravos. Esse fato tem desencadeado a obrigação da SESA para o fornecimento de medicamentos por meio de determinações judiciais.

A SESA tem participado ativamente do Comitê Executivo da Saúde no Paraná, criado em abril de 2011, seguindo a Recomendação nº 31/2010 e a Resolução nº 107/2010, do Conselho Nacional de Justiça. Ele discute a liberação de medicamentos por meio de ordens judiciais e elabora ações conjuntas para auxiliar o poder judiciário nas demandas que envolvem o direito à saúde e a assistência farmacêutica. O Município também segue as orientações do estado neste quesito.

## 1.5 FINANCIAMENTO

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



## **1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ**

A atenção à saúde determina a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS. A organização de Redes de Atenção à Saúde é uma estratégia no enfrentamento do maior desafio à consolidação do SUS. Assim, proporciona a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com as suas necessidades.

Uma faceta apresentada pelas Redes de Atenção é o seu centro de comunicação, que se situa na Atenção Primária à Saúde – APS. Para enfrentar uma condição de saúde específica, as redes se estruturam por meio de um fluxo de atendimento, o que resulta na continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) e na plenitude da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição).

Como sistemas de apoio, o acesso aos exames e à assistência farmacêutica ocorre nas Unidades Básicas de Saúde, como porta de entrada, bem como nos consórcios, assistência especializada e unidades hospitalares, conforme suas especificidades. Desde 2011, o Estado vem investindo e implantando em Redes de Atenção à Saúde, e, com tal visão, o Paraná implantou quatro Redes: Mãe Paranaense, Paraná Urgência, Saúde Bucal, Saúde Mental; e vem trabalhando na estruturação de mais duas Redes de Atenção: a da Pessoa com Deficiência e a de Saúde do Idoso.

### **1.6.1 Rede Mãe Paranaense**

A Rede Mãe Paranaense (RMP) foi definida como uma rede prioritária, baseada na análise dos indicadores de mortalidade materna e infantil, que estavam estagnados ao longo dos últimos anos, com uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e a ausência de pontos de atenção organizados para atender às gestantes e crianças. Com um percentual de 81% de mortalidade materna e 61% de mortalidade infantil, por causas evitáveis, no período de 2006 a 2010.

A implantação da Rede Mãe Paranaense, em 2012, foi fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde, que adota um modelo de atenção em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 75% de carga de doenças no Paraná. Toda essa estrutura baseia-se no fortalecimento e organização da atenção primária, secundária e terciária, estabelecendo protocolos que garantam uma atenção de qualidade; iniciando desde o pré-natal



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

precoce com a realização de 07 ou mais consultas, a Rede Mãe Paranaense conseguiu um excelente resultado, fechando 2015 com 93% das gestantes atendidas com 07 ou mais consultas de pré-natal. Outro fator fundamental para garantir um bom atendimento às gestantes é a realização da estratificação de risco das gestantes e dos bebês com atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco. A vinculação das gestantes ao hospital mais adequado ao seu risco gestacional pode afirmar que a organização da RMP vem contribuindo para a redução da mortalidade e para a qualidade da atenção, com um resultado de 69,2% das gestantes de risco habitual/intermediário e de 87% das gestantes de alto risco vinculadas ao hospital de referência.

A Rede Mãe Paranaense realizou o levantamento e a análise epidemiológica identificando os riscos de morte, estabelecendo a estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e baseada em análise epidemiológica que permite a organização dos serviços. Com base nesse estudo é que se definiram três graus de risco da gestante e da criança: risco habitual, risco intermediário e alto risco.

A Atenção Primária é a porta de entrada da Rede Mãe Paranaense e a ordenadora de todo o processo, que se inicia com a busca ativa das gestantes e crianças menores de 01 ano com a oferta de um pré-natal de qualidade, vinculação ao hospital de referência e a estratificação de risco. A APS deve ser organizada para que toda gestante tenha como referência uma unidade mais próxima da sua residência e as Equipes de Saúde da Família, que têm como principal tarefa acompanhar as gestantes e crianças por meio da visita domiciliar de sua área de abrangência.

Os Centros Mãe Paranaense estão estruturados nos Consórcios Intermunicipais de Saúde e/ou Ambulatórios de Gestação de Alto Risco situados nos Hospitais de referência para o atendimento às gestantes e crianças de Risco Intermediário e Alto Risco, hoje organizados nas 22 Regionais de Saúde com papel de complementar a necessidade da atenção primária. O atendimento nos Centros Mãe Paranaense tem como modelo um atendimento integral, em que a gestante e a criança recebem atendimento multiprofissional de diagnóstico e terapêutico.

A Rede Mãe Paranaense organizou os pontos de atenção hospitalar nas 22 regionais de saúde. Esses hospitais contam com leitos para atender as gestantes de acordo com o seu risco gestacional, leitos de UTI adulto, neonatal, pediátricos, unidade de cuidados complementares garantindo um atendimento de qualidade.

A Rede Mãe Paranaense constituiu os alicerces para a sua organização por meio dos programas estruturantes: o Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais e Filantrópicos (HOSPSUS). Foram estabelecidas parcerias com as Universidades e Sociedades de Especialidades e de Enfermagem para a realização de cursos de atualização profissionais das equipes em todos os municípios e nos serviços hospitalares.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

Com todas essas ações desenvolvidas pela Rede Mãe Paranaense, obteve-se melhoria dos indicadores paranaenses com uma redução de 40% da mortalidade materna em relação a 2010. A RMM diminuiu de 65,1 óbitos/2010 para 41,3 óbitos/100.000 NV em 2014, com uma redução de 36,5%.

Rede Mãe Paranaense preza por um atendimento de qualidade para todas as gestantes e crianças, em especial quando apresentam algum risco. Com a confirmação feita pelo Ministério da Saúde da relação entre o Zika Vírus, transmitida pelo Mosquito *Aedes Aegypti*, e o surto de má-formação em cérebros de bebês, a SESA fez o levantamento dos casos de Microcefalia no período de 2000 a 2015. Observou-se que o número de casos tem se mantido, com uma média de 08 casos de microcefalia ao ano, sem relação com a infecção pelo Zika Vírus. Diante desse novo cenário, a Rede Mãe Paranaense organizou um fluxo de atendimento às gestantes que vierem a ter uma criança com microcefalia, estabelecendo os serviços de referência para atendimento dos casos. Toda gestante diagnosticada com Má-formação é estratificada como gestante de alto risco, acompanhada pela equipe da atenção primária e vinculada à gestação de alto risco para realizar o pré-natal e parto.

As referências macrorregionais para atender às crianças com microcefalia são: Macro Norte Hospital Universitário de Londrina – HU/UEL, Macro Noroeste Hospital Universitário de Maringá – UEM, Macro Oeste Hospital Universitário de Cascavel – HUOP e Macro Leste Hospital Infantil Waldemar Monastier e Hospital Pequeno Príncipe. Além das referências hospitalares, foi estabelecido o fluxo de estimulação precoce dessas crianças, a serem atendidas na Atenção Primária à Saúde e nos Centros Mãe Paranaense. Todas as crianças com microcefalia são acompanhadas pelo período de 02 anos por meio da Gestão de Caso, que é um processo colaborativo, no qual se executa diagnóstico, planejamento, implementação, coordenação, avaliação e a qualidade.

Informações sobre nascimentos no período de 2014, 2015 e 2016.

<b>Condições</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Número de nascidos vivos	110	153	146
Proporção de partos normais	34,55	23,50	26
Gestantes com sete ou mais Consultas de pré-natal	85,45	83,60	84,5

Fonte: SINASC; Ministério da Saúde, DATASUS



### **1.6.2 Rede Paraná Urgência**

A atenção à urgência e emergência constitui-se em importante componente da assistência à saúde da população e deve ser estruturada para oferecer uma resposta rápida e qualificada. Portanto, todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS devem acolher o cidadão acometido de um agravo súbito à saúde, oferecendo atenção qualificada e resolutiva dentro de um sistema regulado e hierarquizado. A organização da Rede Paraná Urgência é compromisso prioritário entre as metas pactuadas pela SESA junto ao Governo do Paraná, estratégia de ação convergente também com a atual Política Nacional de Urgência. Essa intervenção visa não somente superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, mas desenvolver medidas relacionadas à prevenção, promoção e vigilância em saúde.

A Rede Paraná Urgência é o conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento de todas as Regionais de Saúde, visando a sua integração macrorregional, voltada às necessidades de saúde da população em situação de urgência e emergência. Até 2010, os serviços de urgência e emergência operavam de forma isolada, desarticulados e sem coordenação central efetiva que proporcionasse integração em rede de serviços. A partir de 2011, houve a concepção e estruturação da Rede Paraná Urgência, com desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuos no sentido de organizar a rede com seus diversos componentes, de forma a garantir a qualificação dos serviços por meio de protocolos técnicos e padronização das ações.

Seu objetivo é garantir que, em todas as regiões do Estado, a população tenha acesso a um dos pontos de atenção da Rede, fixo ou móvel, na menor distância e tempo possíveis, estabelecendo atenção integrada, com encaminhamento correto dos pacientes para a unidade adequada e que promova a assistência mais eficaz possível. As diretrizes gerais da Rede foram pactuadas em 2013, mediante a Deliberação nº 17 da CIB-PR.

As ações desencadeadas no âmbito dos Programas HOSPSUS e APSUS dão sustentabilidade à operação da Rede Paraná Urgência. A estruturação da Atenção Primária, bem como o investimento e custeio dos hospitais integrados à Rede, conferem melhores condições de execução das ações assistenciais integradas, potencializando os resultados esperados e garantindo melhores condições assistenciais, seja pela estruturação da Atenção Primária ou pela ampliação da oferta de serviços hospitalares voltados à urgência – ampliação de leitos de UTI e implantação de serviços especializados.

Seguindo o planejamento estabelecido, a Rede Paraná Urgência foi oficialmente implantada em 02 de Abril de 2013, com principais ações desenvolvidas mesmo antes do seu lançamento. Está organizada em 10 componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância; Atenção Primária em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência – SIATE; Atendimento Aeromédico; Salas de Estabilização;



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

Unidades 24 Horas/UPA; Porta de Urgência Hospitalares; Atenção Domiciliar; Telemedicina e Complexo Regulador. Destacam-se entre esses componentes: SAMU e SIATE

- Em 2011, havia 15 municípios com SAMU em operação. Atualmente, há 289 municípios integrados a 12 Centrais de Regulação Médica de Urgência, correspondendo à cobertura
- de 80% da população do Estado. Nove SAMUs são Regionais e três de abrangência municipal, sem regionalização até o momento.
- Unidades Móveis Habilitadas até 2015: 45 Unidades de Suporte Avançado – USA / 141 Unidades de Suporte Básico – USB.
- Renovação de frota do SIATE com 60 novas ambulâncias, substituindo sua frota regular de 75 veículos.

#### Atendimento Aeromédico

- Em 2011, havia um helicóptero em operação em Curitiba. Atualmente, operam três helicópteros, com bases em Curitiba, Londrina e Cascavel, integrados aos SAMUs Regionais, e um avião UTI para transporte de pacientes críticos de todo o Estado.
- Está em construção um heliponto, no Hospital Universitário Cajuru, em Curitiba.





### **1.6.3 Rede de Saúde Bucal**

A Secretaria de Estado da Saúde propôs em 2011 a construção de uma Política Estadual de Saúde Bucal, estabelecendo um modelo de gestão que prioriza o trabalho em equipe e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal. Esse novo modelo estabelece a Atenção em Rede, sendo organizada na atenção primária, secundária e terciária. Na Atenção Primária, a organização da Rede se dá especialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família e Unidades de Atenção Primária convencionais; na Atenção Secundária, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas; e, na Atenção Terciária, nos hospitais de referência, para atendimento a Pessoas com Deficiência e/ou necessidades especiais.

A construção do Mapa Estratégico da Rede ressalta a importância da missão, da visão, dos valores, do processo, da gestão e da questão financeira de uma rede estruturada, cujo objetivo maior é o de oferecer os melhores resultados de saúde bucal para a população do Estado.

Considerando a importância da intersetorialidade, foram estabelecidas parcerias com: Secretaria de Tecnologia e Informação (SETI), Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos humanos (SEJU), Universidades Estaduais, Conselho Regional de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Sanepar, Universidade Federal do Paraná, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, dentre outras.

O marco consolidador da Política Estadual de Saúde Bucal se deu no lançamento da Rede de Atenção em Saúde Bucal e da Linha Guia em abril de 2014. A parceria com as Universidades Estaduais tem possibilitado a capacitação de profissionais de saúde bucal, nas mais diversas áreas de atuação: Diagnóstico e Prevenção do Câncer Bucal, Atenção ao Idoso, Prótese Clínica, Controle da Doença Cárie, Saúde Bucal do Bebê, Atenção à Gestante e Periodontia.

O Programa de Detecção Precoce do Câncer Bucal proposto como uma ação continuada e executada na Atenção Primária à Saúde, utilizando corantes para marcação e câmeras intraorais para segunda opinião formativa, estabelece também um fluxo de encaminhamento dos exames histopatológicos aos laboratórios de referência e posteriormente, se necessário, para os CACONS/ UNACONS.

A manutenção do Programa Estadual de Bochecho com Flúor, implantado em 1980, tem proporcionado uma importante ação de prevenção em saúde bucal. Em 2013, houve a expansão do Programa Estadual de Bochecho com Flúor para escolares de até 15 anos, tendo por base os resultados dos estudos epidemiológicos (SB Brasil 2010, 2012), os quais apontaram um aumento de prevalência da doença cárie entre 12 e 19 anos; com índice de CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,07 aos 12 anos, saltando para 4,25 dos 15 aos 19 anos. Atualmente, aproximadamente um milhão de crianças são beneficiadas.

Uma importante ação de promoção da saúde tem sido desenvolvida em parceria com a SANEPAR, por meio da fluoretação das águas de abastecimento público, considerado o meio mais



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

barato e eficaz na redução da doença cárie. No Paraná, 378 municípios oferecem esse benefício à sua população. Com o objetivo de intensificar a realização da parte clínica das próteses dentárias pelos profissionais da Atenção Primária, entendendo que esse procedimento é do rol de atividades desse nível de atenção, a SESA estabeleceu a estratégia de equipar as Unidades de Saúde com um kit de prótese clínica, organizado a partir da análise das intervenções necessárias e distribuído para os municípios.

No processo de qualificação profissional e dos processos de trabalho, destaque para o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. A segunda fase do APSUS traz em seu escopo intervenções práticas sob a supervisão de instrutores, tendo como objetivo apoiar as equipes para que se cumpram os atributos e funções da APS, definindo critérios importantes como a parametrização, estratificação de risco e a classificação de risco da urgência e emergência.

Foi elaborado e distribuído material de orientação ao profissional Cirurgião Dentista, visando auxílio na estratificação de risco em Saúde Bucal e na classificação das urgências odontológicas. O atendimento aos grupos prioritários: gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos, continua sendo o foco desse trabalho.

Na implantação da Rede de Saúde Bucal, os incentivos financeiros estaduais foram imprescindíveis para o desenvolvimento e a consolidação das ações prioritárias. No âmbito da Atenção Primária, tem-se o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Bucal; na Atenção Secundária, o Incentivo Financeiro Estadual para custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais Tipo II e III. Além disso, a definição de recursos destinados às Universidades Estaduais para melhoria da estrutura física, visando à ampliação da atenção à saúde em suas clínicas odontológicas especializadas e para a promoção de cursos para qualificação dos profissionais de saúde bucal de todo o Estado, contribuíram de maneira significativa no contexto da Rede.

Observam-se vários resultados positivos a partir da adoção de um novo modelo e de novos conceitos balizando a Política Estadual de Saúde Bucal. Entre os principais, destacam-se a expansão da cobertura de saúde bucal na Atenção Primária, com um aumento de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, saindo de 1.198 em 2011 e chegando em 1.284 em 2016, correspondendo a 64,26% de cobertura. Outros resultados são: a ampliação do atendimento às Pessoas com Deficiência – de 2011 a 2015 foram implantados 17 Centros de Especialidades Odontológicas que aderiram à Rede Viver sem Limites; a expansão do número de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária que eram 39 em 2010 e, 103 em 2015; a parceria com as Universidades Estaduais fortalecendo a integração do ensino-serviço; o fortalecimento de ações de prevenção, tais como: detecção precoce do câncer bucal, manutenção da fluoretação das águas de abastecimento e expansão do Programa de Bochecho com Flúor.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

**RESUMO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM BARRACÃO – PR, NO ANO DE 2017.**

A rede de saúde bucal do Município de Barracão, encontra-se com 4 (quatro) equipes, sendo 2 modalidade II e 2 Modalidade I, com 100 % de cobertura.

Priorizando o trabalho em equipe, está sendo reorganizada conforme linha guia da Rede de Atenção da Saúde Bucal do estado do Paraná, priorizando o atendimento dos grupos de risco, atendimento em quadrantes, e utilizando a ART, e ainda, estamos realizando o Levantamento epidemiológico da carie dentária em alunos no Programa de Saúde na Escola, e a estratificação de Risco em todo o território, conforme a Linha guia.

Há educação permanente dos profissionais (oficinas do PMAQ).

Na promoção de Saúde Bucal temos a programa de Bochechos de Flúor, proporcionando a prevenção da carie dentária de alunos em idade de 05 a 15 anos, em todas as escolas da rede estadual e municipal, realizamos palestras e escovação supervisionada, e nas creches o trabalho é realizado através de escovação dental e aplicação tópica de flúor (0,2%) mensalmente. Ainda, realizamos trabalho em parceria com a enfermagem, durante a campanha de vacinação anualmente, com orientação, entrega de Kits de saúde Bucal, Folders Informativos, e oferta de agendamento para consulta odontológica. Temos parceria com o NASF, nos auxiliando no PSE e no programa de tabagismo, a qual, encaminhamento os pacientes, quando necessário.

Palestras a grupos de risco são realizadas, como por exemplo: Gestantes, quanto aos cuidados durante a gestação e ao recém-nascido, em todos os ESF's.

O programa de detecção precoce de Câncer Bucal é executado em todas as unidades de atenção, pelas equipes odontológicas, utilizando Kit de corante Azul de Toluidina, e com opção de referência para encaminhamentos a Mãe Paranaense e a Universidade Paranaense (Unipar), além das campanhas, com palestras e exames bucais, com parcerias de Universidade e Odontosc, anualmente.

Oferecemos a população o Projeto de Prótese Dentária em todas as UBS.

Na atenção secundária temos como referência a Mão Paranaense, como porta de entrada na atenção terciária o Hospital Regional na terciária em Francisco Beltrão –PR.

Não possuímos lista de Espera para atendimento Odontológico, todos os pacientes são agendados no momento que procura a unidade de saúde, conforme prioridade e disponibilidade da linha guia da Rede de Atenção, as urgências e emergências são atendidas no mesmo período que procuram atendimento.

No momento estamos trabalhando com número reduzidos de profissionais nas equipes, faltando 3 auxiliares odontológicas, aguardamos a contratação por Concurso público que esta em andamento, o número reduzido de agentes comunitárias nos afeta também, dificultando a estratificação de risco da população e, principalmente, a aplicação do Flúor nos colégios, não atingimos a porcentagem ideal de bochechos realizados no primeiro semestre de 2017.



#### **1.6.4 - Rede de Atenção à Saúde Mental**

A OMS em 2002 divulgou a prevalência dos transtornos mentais em 12% da população geral e 6% para dependência de álcool e outras drogas. Estima-se que, no Estado, há 1.329.803 habitantes com transtornos mentais e 664.902 habitantes com dependência de álcool e outras drogas.

A atenção à saúde dessas pessoas, bem como ações de prevenção de agravos e promoção da saúde mental, exigiu a implantação e implementação dessa Rede. Por meio do Planejamento Estratégico, foram redefinidas as diretrizes e estratégias da Política Estadual de Saúde Mental. Na elaboração do Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Mental, definiu-se a missão, visão, valores e as perspectivas para alcançar o resultado para a sociedade, que é o de reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas. Tendo como pressuposto o cuidado no território e a atenção primária como ordenadora das Redes, sempre em busca da articulação intra e intersetorial.

Alguns pontos foram norteadores para o desenvolvimento e expansão da Rede de Atenção à Saúde Mental, como: os Planos de Ação Regionais; a qualificação de profissionais e dos processos de trabalho; a Linha Guia de Atenção à Saúde Mental; e a implantação da Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná.

Os Planos de Ação Regionais são instrumentos fundamentais para a implantação e qualificação da rede nas diferentes regiões do Estado. A construção desses Planos teve início em 2012, discutindo a realidade de cada município, da Regional de Saúde, definindo os objetivos e as estratégias para alcançá-los. Ao longo do ano de 2013, as discussões nos Colegiados de Gestão Regionais continuaram e o aprimoramento e a implantação dos Planos continua na pauta da SESA – entre nível central e regional e entre o nível regional e os municípios – de maneira a possibilitar a aprovação dos Planos das 22 Regionais de Saúde.

No processo de qualificação profissional e dos processos de trabalho, destaque para o APSUS. No seu componente Educação Permanente, a Saúde Mental foi tema da 8ª Oficina Estadual do APSUS – 2014, com a capacitação de 200 instrutores, que replicaram a Oficina em sua região, totalizando 35.000 profissionais da APS capacitados. Foram utilizados os instrumentos de Estratificação de Risco em Saúde Mental, Planilha de Programação e o Plano de Cuidados. A área técnica da SESA, entendendo que apenas os sinais e sintomas, até mesmo o diagnóstico, não são suficientes para garantir o cuidado adequado à situação, desenvolveu a estratificação de risco que considera fatores agravantes ou atenuantes e a condição de vida atual do usuário.

Por meio da estratificação de risco, é possível definir o nível em que ocorrerá a atenção à saúde. Esse instrumento vem sendo cada vez mais utilizado pelos municípios, bem como a planilha



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

de programação, que auxilia no planejamento das ações de maneira a qualificar e aperfeiçoar a atenção em saúde mental na APS. O Plano de Cuidados realizado em conjunto com o usuário e familiares possibilita uma maior vinculação aos profissionais e ao serviço, promovendo uma corresponsabilização de todos os envolvidos.

A manutenção das ações de sensibilização e qualificação da APS em saúde mental é de suma importância, uma vez que ainda há muito desconhecimento e receio por parte dos profissionais da APS em relação ao cuidado a ser oferecido às pessoas em sofrimento mental e seus familiares. E, ainda, faz-se necessária a desconstrução da lógica de que o cuidado em saúde mental é exclusivo da Atenção Especializada, pois esse cuidado é de responsabilidade compartilhada entre todos os níveis de atenção.

Na implantação da Rede de Saúde Mental, os incentivos financeiros estaduais como dispositivos extra-hospitalares, instituídos pela primeira vez em nosso Estado, foram imprescindíveis para caminhar em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica. No âmbito da Atenção Primária, tem-se o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/ Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; enquanto na Atenção Secundária, o Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR.

Buscando garantir o acesso à atenção psicossocial no componente de Atenção Hospitalar, o Estado investe recursos financeiros próprios para a complementação de diárias de internação em Hospital Especializado. Tal iniciativa garante a manutenção desses serviços no atendimento aos transtornos mentais e aos distúrbios decorrentes de álcool e outras drogas nas populações de várias faixas etárias e de ambos os sexos, quando é necessário esse recurso terapêutico. Por meio de uma Avaliação de Desempenho, são verificados indicadores a fim de garantir a qualidade no serviço prestado, bem como a articulação e a integração dos pontos de atenção. A SESA investe aproximadamente R\$ 30 milhões ao ano na complementação de diárias de leitos para adultos e integralidade de diárias para adolescentes em hospitais psiquiátricos.

Visando ao desenvolvimento de ações em saúde mental na atenção primária, a SESA instituiu o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que estabelece a inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental na composição das equipes do NASF. A importância dessa proposta decorre do fato de abranger municípios que não possuem serviços especializados em saúde mental, possibilitando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção ofertada aos usuários. As habilitações iniciaram em fevereiro de 2015 e, hoje, 87% dos municípios já têm suas equipes recebendo o incentivo financeiro.

Ainda na lógica da expansão e qualificação dos serviços extra-hospitalares, também foi instituído o Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR, composto por CAPS AD III e Unidade de Acolhimento (UA) implantadas conjuntamente, tendo por objetivo promover arranjos regionais de modo a propiciar o acesso da



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

população ao serviço especializado, independentemente do porte do município. O SIMPR une dois pontos de atenção e visa ampliar o acesso da população à saúde mental em todas as regiões do Estado, com atendimento voltado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, caracterizando-se como espaços que oferecem atendimentos com equipe multiprofissional, convivência, acompanhamento clínico e ações de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A Unidade de Acolhimento possibilita ao usuário uma permanência de até 6 (seis) meses, potencializando o seu projeto de vida e ampliando o acesso às políticas públicas. O SIMPR está implantado em Guarapuava (CAPS AD III e UA Adulto Infanto-juvenil), Marmeleiro (CAPS AD III e UA), Cascavel (CAPS AD III e UA Adulto e UA Infanto-juvenil), Congonhinhas (CAPS AD III e UA) e Toledo (CAPS AD III) e no total atendeu mais de 7.000 usuários.

Contamos com a parceria do CAPS de Dionísio Cerqueira/SC, Francisco Beltrão e CAPS AD de Marmeleiro.

A implantação da Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná é uma importante ferramenta de gestão do Sistema de Saúde, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso. A Central é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos vinculados ao SUS. Ela organiza a relação entre os vários pontos de atenção, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema de Regulação, estabelecendo-se como um elemento ordenador e orientador da demanda de assistência hospitalar especializada em saúde mental no Estado.

No que tange à desinstitucionalização, outra importante ação da SESA é a contratualização da prestação de serviço de reabilitação psicossocial assistida para o atendimento de egressos de hospital psiquiátrico/ hospital de custódia, com histórico de internação de longa permanência e para pessoas com alto grau de dependência relacionado à deficiência e/ou transtorno mental, vulnerabilidade e risco pessoal, com rompimento dos vínculos familiares e comunitários. São 150 usuários atendidos, providos com moradia, alimentação, restabelecimento de vínculos familiares, com participação dos usuários nas atividades da vida diária promovendo a autonomia e viabilizando ações intersetoriais e buscando promover a reinserção social, cumprindo, dessa forma, um papel fundamental nesse componente da Rede de Saúde Mental.

Destaca-se ainda a Linha Guia de Saúde Mental, com sua 1ª Edição publicada em 2014, que tem por finalidade determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos, mantendo ou melhorando a qualidade das ações e serviços. Atualmente, a Linha Guia está em revisão para uma nova edição.



## **1.6.5 Redes em Estruturação**

### **Rede do Idoso**

O acelerado envelhecimento populacional observado em praticamente todo o mundo também atinge o estado do Paraná. Segundo as mais recentes estimativas (PNAD 2014), a população idosa (60 anos e mais) do Paraná já ultrapassa a cifra de 1.500.000 indivíduos, representando mais de 13% da população geral do Estado. As mudanças demográficas são acompanhadas das mudanças do perfil epidemiológico da população, com aumento de doenças crônicas, incapacidades e dependência; e demandam ações diferenciadas, que atendam às necessidades da população que envelhece, visando à manutenção da sua autonomia, independência e qualidade de vida pelo tempo máximo possível.

Os idosos caracterizam-se pela presença de múltiplas doenças, em geral, crônicas; pela heterogeneidade; uso de múltiplos medicamentos; apresentação atípica de doenças; possibilidade da presença das grandes síndromes geriátricas com risco de perda da autonomia e independência; demandas sociais e psicológicas específicas e necessidade de cuidados em diferentes níveis de atenção (ambulatório, domicílio, hospital, instituição de longa permanência, centros dia e de convivência, serviços de reabilitação).

A fragilidade, estado de aumentada vulnerabilidade a desfechos adversos como internações, incapacidades, dependência, institucionalização e morte, é reconhecida atualmente como situação de extrema importância na saúde do idoso, devendo ser identificada e manejada precocemente. O estado do Paraná vem inovando nesse sentido. Em 2014, por meio da Oficina 9 do APSUS, além de levar às equipes de saúde os fundamentos da saúde do idoso, propôs uma estratégia de identificação do idoso frágil na APS por meio da aplicação do instrumento Vulnerable Elders Survey – VES –131 (SALIBA et al, 2012; LUZ et al, 2013; MAIA, 2012).

### **Rede da Pessoa com Deficiência**

A Rede tem como objetivo ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências, sendo elas temporárias ou permanentes; progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. Visa também à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, considerando a importância das ações intersetoriais para o seu pleno desenvolvimento.

A Rede traz em seu escopo a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado; dessa maneira, a SESA vem estimulando e incentivando os municípios no desenvolvimento de ações voltadas às pessoas com deficiência nesse nível de atenção. Na atenção secundária, os pontos de atenção nas áreas de reabilitação física, auditiva e visual estão distribuídos por todo o Estado, nas



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

22 Regionais de Saúde. Atualmente, o Paraná conta com 18 em Reabilitação Física, 20 em Reabilitação auditiva e 1 Serviço Especializado em Reabilitação Visual. Além disso, as 258 APAES, distribuídas pelo Estado, realizam o atendimento em reabilitação intelectual. Existem, ainda, um Centro Especializado de Reabilitação – CER III em Curitiba e outro em construção, CER IV – Foz do Iguaçu.

Segundo o Censo do IBGE 2010, 21,86% da população (2.280.548 pessoas) no Paraná têm pelo menos uma das deficiências investigadas. Os critérios para definição de deficiência adotada pelo IBGE incluíram no universo de pessoas com deficiência aqueles que se auto indicaram “alguma”, “grande” ou “total” dificuldade funcional. Das 2.280.548 pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, 55,71% são do sexo feminino e 44,29%, do sexo masculino. Desse total de pessoas com deficiência, 666.219 possuem alguma deficiência severa. Quanto à distribuição entre os tipos de deficiência com maior representação, 1.728.671 declararam deficiência visual e, depois, seguem a deficiência motora, auditiva e, por último, a mental/intelectual (IBGE, 2010).

Ao mesmo tempo, a SESA, preocupada com a demanda reprimida da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção – OPM, vem atendendo, monitorando e articulando a dispensação desses equipamentos, visando à redução da demanda reprimida.

Com avanço para identificação e levantamento de dados de pessoas com Doenças Raras, contou-se com a implantação do cadastro Síndromes e Doenças Raras – SIDORA no Paraná, com capacitação para sua utilização nas regionais de saúde, hospitais, maternidades e UBS, pelos profissionais de saúde. Outro avanço foi a definição de fluxo de atendimentos dos pacientes com deficiência que necessitam de tratamento odontológico sob anestesia geral.

Desde 2011, o Governo do Paraná incentiva projetos sociais para a garantia de direitos das pessoas com deficiência. As ações incluem programas, benefícios e serviços como acolhimento institucional, inclusão no mercado de trabalho e promoção social das pessoas com deficiência que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social. Outra conquista importante foi o Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná (Lei 18.419/15), que estabelece diretrizes em áreas como: saúde, educação, profissionalização, trabalho, assistência social e acessibilidade, propiciando o bem-estar social e econômico das pessoas com deficiência.

#### **SÉRIE HISTÓRICA INDICADORES SISPACTO:**





ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

<b>município</b>	<b>INDICADORES SISPACTO BARRACÃO</b>	<b>SÉRIE HISTÓRICA 2014 - 2016</b>			
------------------	--------------------------------------	--	--	--	--

<b>Nº</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>Resulta do 2014</b>	<b>Resulta do 2015</b>	<b>Resulta do 2016</b>	<b>Meta 2017</b>
<b>1 U</b>	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	13	14	13	13
<b>2 U</b>	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	100	100	100	100
<b>3 U</b>	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	97,9	100	100	100
<b>4 U</b>	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais preconizadas	100	100	100	100
<b>5 U</b>	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerradas em até 60 dias após notificação	100	100	100	100
<b>6U</b>	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes	100	100	100	100
<b>8 E</b>	Número de casos de Sífilis Congênita em menores de 01 ano	0	0	0	0
<b>9 U</b>	Número de casos novos de aids em menores de cinco anos	0	0	0	0
<b>10 U</b>	Proporção de amostras da qualidade da água examinados para parâmetros coliforme total, cloro residual e turbidez	177,3	112,9	103,40	100
<b>11 U</b>	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	1,21	0,60	1,05	0,80
<b>12 U</b>	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária	0,41	0,57	0,45	0,45
<b>13 U</b>	Proporção de partos normais no SUS e na Saúde complementar	34,55	23,50	26	26,50
<b>14 U</b>	Proporção de gravidez na adolescência entre 10 e 19 anos	20		26- 17,81	17%
<b>15 U</b>	Taxa de mortalidade infantil	1	1	0	0
<b>16 U</b>	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0	0
<b>17 U</b>	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	100	100	100	100
<b>18 U</b>	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF)	94,33	90,51	91,54	90
<b>19 U</b>	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100	100	134,8	100



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

<b>20 U</b>	% de municípios que executam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	100	100	116	100
<b>21 E</b>	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de atenção básica				N/A
<b>22 U</b>	Número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura dos imóveis visitados para controle da dengue	0	4	4	4
<b>23 U</b>	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho			100	100

## 1.7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DA SESA

A SESA definiu em 2011 no seu planejamento estratégico seis programas estruturantes das Redes de Atenção à Saúde, a saber: APSUS – Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde; COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde; HOSPSUS – Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná; VIGIASUS – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná; FARMÁCIA DO PARANÁ – Programa Estadual de Qualificação da Assistência Farmacêutica; e HOSPITAIS DO PARANÁ – Programa de Incentivo à Qualificação dos Hospitais do Governo do Paraná.

Esses programas são estratégicos à organização das quatro Redes de Atenção à Saúde implantadas no Paraná. Contam com três componentes básicos: capacitação, custeio e investimentos, que têm apoiado os municípios, consórcios e prestadores de serviços a ampliar o atendimento de qualidade aos cidadãos paranaenses. Além do mais, nos últimos anos, o Governo do Paraná aportou vigorosamente recursos estaduais em saúde, com investimentos em obras e repasses de custeio para os municípios paranaenses por meio dos Programas citados.

### 1.7.1 - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS

Na busca de tornar a Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenadora do cuidado ao cidadão, a SESA definiu como ação estratégica a implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. Instituído em 2011, traz uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios; fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com os seguintes objetivos:



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

- Ordenar os processos de trabalho das Equipes de Atenção Primária à Saúde que atuem ou não com a estratégia Saúde da Família;
- Organizar as ações de saúde e os fluxos nas Unidades Básicas de Saúde, com base na consolidação de territórios sanitários adscritos às equipes de APS por meio do acesso a práticas orientadas a todos os usuários-famílias da comunidade, em todo o ciclo de vida, inclusive na fase laboral e produtiva, visando à garantia da integralidade da atenção, mediante oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde;
- Instrumentalizar equipes locais e municipais com vistas às práticas da Vigilância em Saúde, com base na epidemiologia clínica e social;
- Implantar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em todas as regiões do estado, como enfoque prioritário às Redes: Mãe Paranaense (materno-infantil), de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, de Atenção à Pessoa Idosa e de Atenção à Pessoa com Deficiência (PcD);
- Mudar o modelo de atenção à saúde centrado nas condições agudas, para o modelo de atenção às condições agudas e crônicas, promovendo o trabalho em equipe, a gestão da clínica, a gestão de caso e as tecnologias de promoção de autocuidado apoiado;
- Promover e implementar ações de Promoção da Saúde nas equipes de APS, e as ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

O componente de Custeio das Ações da APS se desenvolve no Estado do Paraná desde o ano de 2012, tendo como referência os critérios estabelecidos pelo Fator de Redução das Desigualdades Regionais. Em 2013, foi aprovada a alteração do valor do Incentivo Financeiro de Custeio do Programa do APSUS e, no ano de 2014, o valor do Incentivo financeiro do APSUS foi alterado com a inclusão da Parcela do Incentivo da Saúde Bucal na Atenção Primária. O Incentivo Financeiro repassado fundo a fundo a 391 municípios, incluindo a área de saúde bucal, totaliza R\$ 166.311.705,00. Fator de Redução das Desigualdades Regionais tem como objetivo discriminar positivamente as regiões e populações portadoras de maiores necessidades, cuja adoção foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná CIB – PR e no Conselho Estadual de Saúde – CES. O critério adotado para a criação do Fator de Redução das Desigualdades Regionais é a classificação dos municípios, de acordo com uma pontuação que varia de 0 a 10, calculada a partir da média ponderada dos seguintes indicadores: PIB *per capita* (peso 2); Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1); Percentual da população em Extrema Pobreza (peso 1); Grau de Urbanização (peso 1); Índice IPARDES de Desempenho Municipal (peso 1).

Ressalta-se que a SESA segue o que dispõe a Lei Complementar Federal 141/2012, em seu Artigo 19, no que se refere aos recursos transferidos do Estado aos municípios para ações e serviços públicos de saúde, que é realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e leva em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais. A metodologia de alocação dos recursos estaduais de todas as áreas da saúde para os municípios utiliza o índice do Fator de Redução das Desigualdades Regionais, constando a previsão de recursos aos municípios que se habilitam aos incentivos fundo a fundo em Resolução do Secretário Estadual disponibilizadas em [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br).

O componente investimento se constitui na qualificação da atenção ao cidadão paranaense, por meio da melhoria da estrutura física das Unidades de Atenção Primária (Unidades de Saúde da Família), da aquisição de equipamentos e do transporte sanitário. Desde 2012, a SESA realiza repasses de recursos aos municípios para a melhoria da estrutura das Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que, em 2013, instituiu o Incentivo Financeiro de Investimento para construção e ampliação de Unidades de Saúde da Família e o Incentivo financeiro para reforma/recuperação das Unidades de Saúde da Família. De 2012 a 2015, o APSUS conta com 432 obras e a adesão de 269 municípios de todas as Regionais de Saúde do Estado, com recursos destinados na ordem de R\$ 110.543.851,00.

No ano de 2014, foi instituído o incentivo financeiro para a Implantação do Transporte Sanitário na Atenção Primária e, até o ano de 2015, foram contemplados os 399 municípios do Estado (R\$ 123.000.000,00). Em 2015, foi instituído o Incentivo Financeiro de Investimento para a aquisição de Equipamentos para as Unidades de Atenção Primária e foi aprovada a relação dos municípios que aderiram ao incentivo para aquisição de equipamentos (Elegíveis: R\$ 50.025.000,00), sendo os 399 municípios do estado contemplados, no total de 435 lotes de equipamentos.

O componente **Educação Permanente** foi desencadeado por meio de “ondas formativas” que envolveram as Regionais de Saúde e Municípios por meio de Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde. As oficinas foram constituídas por módulos que atingiram aproximadamente 35 mil trabalhadores e gestores em saúde. As oficinas realizadas foram:

- Redes de Atenção à Saúde no Paraná;
- Rede Mãe Paranaense;
- Rede de Atenção à Urgência e Emergência;
- Monitoramento e Avaliação;
- Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Estado do Paraná;
- Programação da Atenção Primária à Saúde;
- Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde;
- Saúde Mental;
- Saúde do Idoso.



## ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BARRACÃO

Após as 09 oficinas, a SESA buscou elaborar uma metodologia que promoveu a aplicação de conceitos de acordo com as realidades de cada equipe, estabelecendo padrões e protocolos, organizando os processos de trabalho, garantindo a segurança ao usuário e à equipe que o atende; por consequência, a melhoria da atenção, da satisfação dos usuários e indicadores. Esse processo denominou-se Tutoria.

A Tutoria inaugura uma nova fase do Programa APSUS, que está sendo viabilizada pela adesão dos municípios e suas equipes da APS. Esse processo foi introduzido no estado no ano de 2014, tendo o objetivo de apoiar as equipes no gerenciamento dos micro e macroprocessos prioritários, para que as mesmas assumam a coordenação das Redes de Atenção à Saúde. Visa tornar as equipes da APS coordenadoras do cuidado dos cidadãos em seu território e, para que o processo aconteça, é preciso o envolvimento de toda a equipe e dos gestores municipais.

A certificação da Tutoria está planejada em etapas. A primeira, tem foco no gerenciamento dos riscos com vistas à segurança dos cidadãos e das equipes; a segunda, no gerenciamento dos processos para a melhoria do cuidado; e a terceira, no gerenciamento dos resultados para melhorar os indicadores de saúde da população. Ao final de cada etapa de avaliação, há uma certificação com selos Bronze, Prata e Ouro, a qual além de dar visibilidade ao processo, tem como objetivo incentivar as equipes e criar um padrão de qualidade da APS no Paraná.

A demonstração das melhorias possibilitadas pelo APSUS pode ser avaliada ao analisarmos os dados de morbimortalidade por doenças transmissíveis e não transmissíveis conforme análise de situação na Análise de Situação de Saúde.

O APSUS, portanto, no período 2011-2015, possibilitou à população paranaense o atendimento à saúde em todas as regiões do estado, organizando o acesso de modo que os serviços estivessem o mais próximo possível das residências dos cidadãos paranaenses, aumentando as capacidades de respostas às demandas sociais, sanitárias e assistenciais por parte das equipes de APS. Um novo paradigma assistencial no setor Saúde foi estabelecido, produzindo uma mudança em todo o modelo de atenção à saúde.

As quatro ESFs e ESBs estão vinculadas ao APSUS e temos o ESF industrial cadastrado na tutoria.



### **1.7.2 Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná – VigiaSUS**

O Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde – VigiaSUS no Estado do Paraná foi instituído em 2013, com o objetivo de fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no Paraná, com repasse de incentivos financeiros aos 399 municípios. Tais recursos são destinados para custeio e capital e devem ser utilizados no financiamento das ações de vigilância em saúde compostas por: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental, Vigilância Estratégica de Resposta a Emergências de Saúde e Laboratórios de saúde pública. A adesão dos municípios ao programa é voluntária e a transferência dos incentivos é realizada na modalidade Fundo a Fundo.

São componentes estratégicos do VigiaSUS: repasse de incentivo financeiro estadual aos municípios para aplicação em capital (tais como veículos e equipamentos) e custeio (tais como manutenção das ações de Vigilância em Saúde); a educação permanente voltada para os municípios e regionais de saúde com cursos de atualização e pós-graduação em Vigilância em Saúde; e a estruturação dos serviços próprios de Vigilância em SESA.

O Programa estabelece algumas diretrizes, entre elas:

1. descentralização das ações de Vigilância em Saúde aos municípios por meio de pactuação na Comissão Intergestora Bipartite – 101 ações a serem desenvolvidas;
2. investimento em construção, ampliação e reformas das estruturas próprias da SESA, em que podemos destacar a construção da 2ª Fase do Laboratório Central do Estado;
3. definição dos elencos das ações de Vigilância em Saúde em níveis de complexidade dos municípios e regionais de saúde, classificando as Ações de vigilância em Saúde em grau de complexidade em três elencos de ações, conforme pactuação em CIB (Deliberação nº 066/2015);
4. estabelecimento de Porte para os Municípios, levando em consideração o fator populacional e a pontuação do Fator de Redução de Desigualdades previstas na Resolução SESA nº 237/2012,
5. desenvolvimento de amplo processo de educação permanente para qualificação técnica e de gestão do setor;
6. criação do Grupo Gestor do VigiaSUS, para o desenvolvimento, acompanhamento e implementação, composto por representantes da SESA, COSEMS e Conselho Estadual de Saúde, podendo ser convidados representantes de outras instituições, a critério do grupo;
7. acompanhamento da execução das ações e da utilização dos Incentivos financeiros por meio de instrumento de gestão próprios, realizado pelas vigilâncias das regionais de saúde. Até dezembro de 2015, o Programa VIGIASUS repassou para os municípios o total de R\$ 143.957.326,84.

Entre os resultados do Programa, destacam-se até maio de 2015: a aquisição pelos municípios de 397 veículos, além de outros materiais e equipamentos essenciais; o Curso de Especialização em Gestão da Vigilância em Saúde, oferecido pela Escola de Saúde Pública do Estado, com 193 profissionais formados; e o fortalecimento das ações pactuadas por meio da



criação e aplicação de instrumentos de acompanhamento para a qualificação e implementação do Programa.

Recebemos o recurso do VIGIASUS e aplicamos conforme descritivos, fica a cargo da Vigilância em Saúde o controle deste programa em conjunto com a 8ª RS e Gestor municipal.

## **1.8 Inovações**

### **O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – MACC**

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas foi desenvolvido por Mendes (2012) para ser aplicado no sistema de saúde público brasileiro. Baseia-se no Modelo de Condições Crônicas (CCM) dos Estados Unidos e foi expandido com a incorporação de mais dois modelos: o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde (MENDES, 2012, pg.169).

O MACC deve ser lido em três colunas: a coluna da esquerda, que se refere ao modelo da pirâmide de risco (descrito mais à frente); a coluna do meio (sob influência do CCM), que se refere aos cinco níveis de intervenção de saúde: promoção, prevenção, gestão da condição de saúde (em dois níveis) e gestão de caso; e, na terceira coluna (da direita), o modelo da determinação social da saúde com os determinantes intermediários, proximais e individuais.

A implantação de um novo modelo de atenção às condições crônicas exigiu a implantação de um novo processo de trabalho. O MACC foi implantado inicialmente em algumas Unidades de Atenção Primária à Saúde de alguns municípios de duas regiões do estado: 15ª Regional de Saúde e 20ª Regional de Saúde, nas Linhas de Cuidados da Hipertensão Arterial e Diabetes e da Gestante e Crianças de Risco.

As principais mudanças que estão sendo realizadas nos processos de trabalho, com a implantação do MACC, são:

- A estratificação de risco nas linhas de cuidado acima descritas, que é imprescindível para a implantação do novo modelo, sendo que o médio e o baixo risco permanecem no atendimento da Atenção Primária à Saúde e somente é encaminhado à atenção especializada o alto risco.
- A atenção à saúde é proativa e resolutiva, com valorização dos procedimentos promocionais e preventivos, ou seja, o usuário recebe orientações de prevenção e promoção à sua saúde, além de ser clinicamente compensado e, posteriormente, retornar à APS para dar continuidade ao acompanhamento.



- O atendimento é realizado pela equipe interdisciplinar no ambulatório de especialidades, sempre no mesmo período do dia, e não somente pelo médico; o usuário é vinculado à equipe de atendimento.
- Na atenção primária, o usuário também recebe atendimento de equipe interdisciplinar, que em geral é a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, a qual está integrada no novo modelo.
- As equipes da atenção secundária e primária estimulam e apoiam as pessoas usuárias e suas famílias no autocuidado.
- As equipes da APS e da atenção ambulatorial se conhecem e se relacionam para discussão de encaminhamentos e acompanhamento de usuários.
- A equipe da atenção ambulatorial tem realizado encontros de capacitação das equipes da APS.
- É elaborado o Plano de Cuidados para o usuário ter seu acompanhamento pela equipe da APS.

Os resultados relatados pelas equipes são de satisfação do usuário pela resolução do seu problema de saúde, mudanças no estilo de vida das pessoas e das famílias, atendimento qualificado da equipe, rápida compensação nos níveis de pressão arterial e glicêmicos. Houve redução da ocorrência de partos prematuros no atendimento às gestantes de alto risco, em uma das experiências.

## **A Estratificação de Risco**

A estratificação de risco, que está presente na construção do modelo de atenção às condições crônicas, tem origem no Modelo da Pirâmide de Riscos, utilizado por uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e implantou em sua rotina assistencial, e é usado em vários países do mundo.

Segundo Mendes, o Modelo da Pirâmide de Risco está em consonância com os achados de Leutz. Para esse autor, as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo, por portadores de condição moderada, o terceiro grupo, por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.





ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

A estratificação de risco diferencia as pessoas por risco e assim define-se uma forma de atenção, com base nas linhas de cuidado. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na Estratégia de Saúde da Família, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada.

Estamos trabalhando com as Equipes de Saúde para os profissionais realizarem a estratificação de risco.

## **1.8 OUVIDORIA**

A SESA tem investido no processo de ampliação dos espaços de escuta dos usuários do SUS, fortalecendo as ouvidorias como mecanismos de comunicação e mediação entre a instituição e os cidadãos e instrumento de gestão. O trabalho é realizado no sentido de consolidar as ouvidorias regionais e das unidades próprias, como ferramentas estratégicas de promoção da cidadania, incentivando a participação popular e a inclusão dos paranaenses no controle social do sistema público de saúde.

Além da web, o acolhimento das manifestações pode se dar por telefone, carta e pessoalmente. Elas traduzem, em toda sua inteireza, o direito, a vontade explícita e determinada de uma parcela da sociedade, inclusive dos trabalhadores da SESA/PR, que quer, acima de tudo, e utilizando-se dos meios ao seu alcance, contribuir para a eficiência dos serviços prestados, o aprimoramento institucional e a consolidação da gestão participativa.

Contamos com um ouvidor cadastrado no município.



## **1.9 CONTROLE SOCIAL**

O controle social nas decisões das políticas públicas de saúde se dá por meio das instâncias legais, Conferências Municipais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Constituído em caráter permanente, pela Lei Municipal Nº 944, de 04 de setembro de 1991, o Conselho Municipal de Saúde de Barracão, teve sua primeira reunião em 21 de novembro de 1991, mantendo-se em atividade regular, até a presente data. E, segundo as determinações do seu Regimento Interno, realiza reuniões ordinárias mensais e extraordinárias sempre que necessárias.

Em 2012 a Lei do Conselho Municipal de Saúde foi revisada e assim criada Nova Lei CMS nº 1937/2012 de 19/12/2012 sendo publicada em 27/12/2012 página 2ª do Jornal da Fronteira.

### **ALGUMAS FUNÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Utilizar os meios de Comunicação disponíveis no Município e os recursos da Comunidade com o apoio da e Secretaria Municipal de Saúde.
- Solicitar, avaliar e aprovar as prestações de contas e os relatórios de auditoria iniciadas e realizadas no período trimestral, conforme exigência da lei.

O Conselho tem participado ativamente do processo de decisão das políticas de saúde, o que muito tem contribuído para o aperfeiçoamento, melhoria e novas propostas para saúde dos munícipes.

Assim, o Conselho Municipal de Saúde encontra-se apto a exercer seu papel de órgão colegiado, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde, tanto em relação às políticas de saúde, quanto a gestão do SUS.

Trata-se, portanto, da instância máxima na formulação e controle da gestão do SUS, devendo atuar contribuindo para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e sua articulação com outras políticas públicas.

### **10ª Conferência Municipal de Saúde De Barracão/PR.**

**Dia 17/07/2015.**

**Tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”.**

### **TRABALHO EM GRUPO**

#### **PROPOSTAS ELEITAS:**



Eixos 1: Consolidação das Redes de Atenção à Saúde no Paraná (promovendo a integralidade da atenção): Proposta Eleita:

1) Agilizar (desburocratizar) a Central de Leitos nos Hospitais de abrangência da 8ª Regional de Saúde, aumentar o número de consultas na Rede Mãe Paranaense no Pré-natal de alto risco, bem como melhorar a qualidade/resolutividade de especialidades médicas vinculadas aos Centros de Especialidades, através de fixação de especialistas com políticas públicas de valorização do profissional (concurso público, plano de carreira).

Eixo 2: Fortalecimento do Controle Social na Saúde:

2) Articular a cooperação entre setores interno e externo em prol de uma rede de atenção eficaz e assim disponibilizar mais cursos de educação continuada para colocar em prática a rede de atenção com ampla participação do Conselho de Saúde e este também sendo capacitado.

Eixo 3: Participação do cidadão na promoção da sua saúde; Financiamento, democratização e qualidade da gestão pública em saúde:

3) Reajuste da tabela SUS, implantação de políticas de aporte financeiros de apoio aos Hospitais de pequeno porte bem como que a União cumpra com o percentual de recursos aplicados em saúde conforme Lei complementar nº 141 de 2012 que define o percentual. As três propostas apresentadas foram aprovadas por unanimidade pelos delegados presentes.

Após foi realizada a votação das entidades para compor o CMS e assim foi redigido o DECRETO nº 142/2015. O novo Conselho Municipal de Saúde fica assim constituído com 16 membros titulares e 16 membros suplentes:

(12,5%) dois membros representantes da administração;

(12,5) dois Prestadores de Serviços;

(50%) oito representantes dos usuários;

(25%) 04 representantes dos trabalhadores de saúde.

O Conselho de Saúde reúne-se mensalmente e extraordinariamente se necessário.

Na Lei 1937/2012 do CMS fica instituída as Conferências Municipais de Saúde ser realizadas de 4/4 anos conforme cronograma Estadual.



## DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Este capítulo foi definido a partir da Análise de Situação de Saúde – ASIS que apontou para as prioridades e compromissos de maior relevância a serem assumidos pela gestão Municipal do SUS. Como subsídio a esse Momento Estratégico, foi trabalhado com a Equipe de Planejamento para o processo de discussão e definição, à qual foram acrescentadas as Ações previstas para o período do Plano.

Outros documentos também serviram de referência: o Relatório da 10ª Conferência Municipal de Saúde, o Plano de Governo 2015-2018, o Plano Plurianual de Governo 2016-2019 e a Lei Orçamentária Anual – 2016, suas respectivas ações e recursos.

Alguns conceitos guiaram o trabalho, como:

- As Diretrizes expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde. As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas, num enunciado-síntese.
- O(s) Objetivo(s) de cada Diretriz representa(m) os resultados desejados com a Diretriz, “o que se quer”, “o que se pretende” a fim de superar, reduzir, eliminar, prevenir ou controlar os problemas identificados. Isso em coerência com as políticas de governo e com a viabilidade política, econômica, técnica e institucional.
- A(s) Meta(s) especifica(m) a magnitude da mudança desejada ou o(s) resultado(s) visado(s) com o Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta, em função da relevância destas para o seu alcance. Ao estabelecer uma Meta, deve-se considerar o estágio de referência inicial ou a situação atual que se deseja modificar, o ponto de partida – de onde se está para onde se quer chegar. Isso constitui a Linha de Base.
- O Indicador é uma variável que representa uma meta, em geral numérica (número absoluto ou índice/relação: percentual, taxa, coeficiente, razão). Permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar o alcance das mesmas.
- As Ações são iniciativas de caráter estratégico a serem desenvolvidas, por meio das quais se pretende alcançar os objetivos e metas.

Assim, obteve-se num processo de discussão interna na SESA e junto à sociedade, representada pelo Conselho Estadual de Saúde, a definição de 19 Diretrizes cujo detalhamento é apresentado a seguir.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 1: FORTALECIMENTO DA REDE MÃE PARANAENSE**

OBJETIVO: Organizar e qualificar a atenção materno /infantil

Meta 2018-2021	Linha Base (res 2016)	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
Aumentar em 2% ao ano o parto normal (gestantes SUS), em relação ao ano anterior.	26%	Proporção de partos normais na região.
Aumentar o percentual de gestantes que realizaram pelo menos 7 consultas de pré-natal.	85%	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.
Realizar 3 testes de sífilis nas gestantes.	85%	Nº de testes de sífilis por gestante.
Reduzir o Número de óbitos maternos em relação ao ano anterior	0	Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
Reduzir o número de mortalidade infantil em relação ao ano anterior.	0	Número absoluto de mortalidade infantil. Menor de um ano.
Diminuir a proporção de gravidez na adolescência entre 10 e 19 anos	17,81%	Proporção de gravidez na adolescência entre 10 e 19 anos
Vincular 80% das gestantes SUS ao Hospital para a realização do parto, conforme estratificação de risco	90%	Proporção de gestantes SUS vinculadas ao hospital para Realização do parto
Ampliar Gestão de caso na atenção a gestante atingindo 100% das gestantes de risco	Número de gestantes de risco em gestão de caso ao ano	Realizar gestão de caso para 100% das gestantes com infecção (ITU, vulvo, vaginite, dentária); Incluir as gestantes de risco intermediário e alto risco na gestão de caso.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 2: FORTALECIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA**

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

<b>Meta 2018</b>		<b>Linha Base 2016</b>	<b>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</b>
1	Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências, em relação ao ano anterior.	2015 – 5 2016 -1 óbito	Número de óbitos por causas externas, exceto violências.
2	Reduzir a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, em relação ao ano anterior, na faixa etária de 0 a 69 anos.	2015 -3 2016 – 4 óbitos	Número absoluto de Mortalidade por Doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos.
3	Manter 100% da população com cobertura do SAMU	100%	- percentual da população com cobertura do SAMU - 192
4	Implantar nas Unidades de Saúde a Classificação de Risco.	1 Unidade ESF Industrial	- número de serviços de saúde com classificação de risco implantada.
5	Ofertar um serviço qualificado em 100% da população em situação de violência (sexual, doméstica, autoprovocada)	4 Unidades	Número de unidades notificadoras
6	Manter contrato com Hospitais de Porta de Entrada: Dionísio Cerqueira, Palma Sola, São Francisco e outros	100%	% contratualizações
7	Manter o (TFD) Tratamento fora de domicílio	manter	Transporte de pacientes para as referências: Pato Branco, Francisco Beltrão, Cascavel, Curitiba e outros.
8	Oferecer estadia nos caso de necessidade de ficar a noite na Referência	Manter	Pensão Cascavel (radioterapias) e Curitiba



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

**OBJETIVO:** Ampliar e qualificar o cuidado psicossocial no território

Meta 2018-2021		Linha de Base 2016	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1	Manutenção dos CAPS: *Parceria com Dionísio Cerqueira/SC e Francisco Beltrão/PR *CAPS AD de Marmeleiro/PR	Manter NÚMERO	Manter parceria Número de CAPS parceiros
2	Manter em 100% da população com cobertura do SIM/PR	100%	- percentual de população com cobertura do serviço SIM/PR
4	Manter em 80% os pacientes acompanhados estratificados de acordo com o risco	80%	- Percentual de pacientes com estratificação de risco em saúde mental ano
5	Realizar registros de ações de matriciamento realizadas pelos profissionais de saúde mental.	43	- número de registros das ações de matriciamento realizadas pelos profissionais de saúde mental
6.	Manter o Comitê de Saúde Mental	1	Número de Comitê implantado
7.	Realizar educação permanente	2	Número de ações de educação permanente em Saúde Mental.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 4: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL**

**OBJETIVO:** Organizar de maneira articulada e resolutiva a atenção a saúde bucal por meio de ações de promoção a saúde, prevenção e controle de doenças bucais

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base (res.2016)</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>
Manter o percentual de cobertura de saúde bucal na AB.	100%	100 % de cobertura de SB na AB
Reduzir em 10% o percentual de exodontia (2,5% ao ano) em relação aos procedimentos restauradores.		Percentual de exodontia em relação aos procedimentos restauradores
Realizar a implantação do atendimento clínico por quadrante (ART)	Indicador Novo	% de pacientes com tratamento concluído
Estratificar 100% da população residente no território até o ano 2021	2016	30 % de população do território com estratificação de risco
Manter a fluoretação de 100% das águas das estações de abastecimento do Município	100%	% de fluoretação das águas das estações de abastecimento municipal
Manter e ampliar serviço regional de atenção secundária e terciária em saúde bucal	Mãe Paranaense E Hospital Regional	- Nº de estabelecimentos que fornecem serviços de atenção secundária e terciária - Procedimentos que são realizados (nº de cada procedimento) - % de contra referência dos procedimentos realizados
Manter/ realizar a coordenação do cuidado em saúde bucal. Promoção em Saúde Bucal	5	- Nº de ações realizadas
Atingir a meta de carie zero nas crianças de zero a cinco anos em 2020	Indicador novo	- nº de procedimentos/ preventivos/ educativos para escolares, docentes e familiares.





ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 5: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO**

OBJETIVO: Estruturar a atenção integral e integrada a saúde da pessoa idosa

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base 2016</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>
Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) em relação ao ano anterior	13	- Redução do número de mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (do aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas) por 100 mil habitantes nessa faixa etária
Ampliar a implantação e implementação da estratificação de risco para a fragilidade do idoso.	100% do território	% de idosos estratificados



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 6: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**OBJETIVO:** Qualificar as ações e serviços da APS promovendo a integralidade e equidade nas RAS

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base (res 2016)</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>
Manter/Ampliar a cobertura populacional pelas equipes da atenção básica	100%	% de cobertura pelas equipes
Reduzir o número de internações por condições sensíveis a Atenção Primária	13	- número de internações por causas sensíveis a APS
Aumentar o número de UBS com processo de Tutoria do APSUS implantando	1	- Número de UBS com processo de adesão a Tutoria do APSUS concluído.
Ampliar a meta de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	0,80	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.
Ampliar a meta de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	0,45	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.
Manter prestadores de Serviços da rede Municipal Contratualizados. Hospitais, APAE, Exames laboratoriais, fisioterapia, USG, ECG, e outros.	100%	Manter 100% de contratualizações
Contratação de médico ginecologista, pediatra para atendimento a população	1	Número de ginecologista e pediatra



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 7: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE**

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

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base (res.2016)</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>
Manter o acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família	91%	% de famílias acompanhadas na saúde
Instituir o Projeto municipal de Ações de promoção da saúde para gestores usuários e profissionais de saúde	Anual	Iniciativas realizadas
Manter o Programa de controle do Tabagismo	Manter	Nº de profissionais capacitados e grupo realizados
Manter o PSE (Programa de Saúde na Escola)	Manter	Nº de ações realizadas no ano
Manter as Equipes contratualizadas com o PMAQ	4	Nº equipes
Iniciar o funcionamento da Academia da Saúde	Iniciar	Nº de atividades realizadas registradas no ESUS
NASF: Manter o nº de Equipes de Atenção Básica apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família	4	Número de equipes da Atenção Básica apoiadas por NASF.
Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias pelo Programa Leite das Crianças	50%	Percentual de crianças cadastradas e acompanhadas.
Ampliar para 90% as crianças de 0 a 2 anos atendidas na puericultura.	Nº de crianças atendidas na puericultura	- Nº de crianças atendidas na puericultura



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 8: FORTALECIMENTO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA ATENÇÃO EM SAÚDE**

**OBJETIVO:** Organizar e Qualificar a atenção ambulatorial secundária em parceria com o Centro Regional de Especialidades - CRE, a partir da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC

**OBS:** A estratificação de risco dos grupos prioritários deverá atingir 100% dos grupos estratificados até o ano de 2021.

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base (res.2016)</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>
Manter a estratificação de risco em 100% das gestantes	100%	Percentual de gestantes com estratificação de risco pela APS
Estratificar crianças menores de 01 ano	Iniciar estratificação	Percentual de crianças menores de 01 ano com estratificação de risco pela APS
Estratificar os hipertensos do município	ESF Industrial realizando	Percentual de hipertensos com estratificação de risco pela APS
Estratificar os diabéticos no município	ESF Industrial realizando	Percentual de diabéticos com estratificação de risco pela APS
Intensificar a estratificação dos idosos no município	Intensificar	Percentual de idosos com estratificação de risco pela APS
Intensificar a estratificação dos pacientes de saúde mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas com estratificação de risco identificados.	Intensificar	Percentual de saúde mental com estratificação de risco pela APS
Realizar os encaminhamentos dos grupos prioritários com a estratificação de risco	Intensificar	Percentual de pacientes encaminhados a atenção secundária com estratificação de risco
Manter contrato de repasse financeiro com CRE – ARSS atualizado	100%	% de contrato com CRE - ARSS
Participar de mínimo 06 reuniões técnicas anuais da equipe municipal com o consórcio	6	- nº de reuniões com participação da equipe municipal.
Emendas Parlamentares	Nº de emendas recebidas e aplicadas adequadamente	Nº de emendas recebidas e aplicadas adequadamente



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 9: FORTALECIMENTO DA POLITICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**OBJETIVO:** Promover o Acesso da população aos medicamentos contemplados nas políticas públicas e ao cuidado farmacêutico qualificado

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base (ref 2016)</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>	
Ampliar e manter (%) ao ano a distribuição de medicamentos soros e insumos padronizados nas políticas públicas e sobre responsabilidade da farmácia municipal	Indicador novo 167.000 UNIDADES (2016)	- Nº unidades distribuídas.	
Implantar ou atualizar REMUME	CBAF/CEAF Uma ao ano	- Nº de revisões da REMUME	
Manter ou aumentar recurso para assistência farmacêutica	2016	% de incremento no repasse anual para a assistência farmacêutica	
Implantar a Consulta Farmacêutica	Indicador novo <b>Não inclui DIGISUS</b>	-Percentual de pacientes com atendimento em consulta farmacêutica	
Estabelecer uma norma para medicamentos fora do SUS e sobre a competência (demanda judicial Municipal)	Ações judiciais <b>Não inclui DIGISUS</b>	Gasto com insumos não padronizados. Passou para ouvidoria que envia para Regional que fornece a negativa	
Realização de pregões presenciais para aquisição de medicamentos e materiais para população.	2	Número de pregão presencial	
Realizar pregoes/licitação medicamentos de A Z Ético e genéricos	1 <b>Não inclui DIGISUS</b>	Número de licitações Procedimento ilegal. Não existe mais	
<b>Objetivo 2: Organizar a Estrutura Farmacêutica Municipal</b>			
Utilizar o incentivo a Organização da assistência Farmacêutica (IOAF) e demais incentivos	100% utilizado nas estruturas 2016	% de recurso repassado utilizado na Assistência farmacêutica	
Manter estruturas utilizadas para Assistência farmacêuticas	3	N de unidade aptas e estruturadas	



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

Capacitar os profissionais Envolvidos na Assistência Farmacêutica	Participar das capacitações oferecidas.	Percentual de Profissionais participaram das capacitações oferecidas.	
Promover o uso racional de medicamentos junto ao usuário de forma individual e coletiva.	Uso inadequado de medicamentos. Desperdício de medicação.	Percentual de participantes capacitados envolvidos com as prescrições médicas sobre o uso racional de medicamentos.	



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 10: VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

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

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base (res.2016)</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>
Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais	100%	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
Investigar 100% dos óbitos maternos	100%	Proporção de óbitos maternos investigados
Investigar 100% dos óbitos de mulher em idade fértil	100%	Proporção de óbitos em mulher idade fértil investigados
Monitorar em 100% dos casos novos notificados no SINAN de sífilis congênita em menor de 1 ano de idade.	100%	Proporção de casos novos de sífilis congênita em menores em menores de idade notificados e avaliados com tratamento adequado ao nascer
Alcançar as coberturas vacinais do calendário básico em 95% vacinação	100%	Percentual do município com cobertura vacinal adequada para as vacinas do calendário básico da criança
Manter à proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial de 100%	100%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial
Manter a proporção de testagem para HIV nos casos novos de tuberculose para 100%	100%	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
Manter em 96%, no mínimo, a proporção de registro de óbitos com causa básica definida		Proporção de registros de óbitos com causa básica definida
Encerrar a investigação de pelo menos 80% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DCNI), registrados no SINAN, em até 60 dias a partir da data de	100%	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em 60 dias após a notificação



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

notificação		
Manter em 0 a incidência da AIDS em menores de 5 anos	0	Número absoluto de casos novos de AIDS em menores de 5 anos
Ampliar o número de testes rápidos realizados para DSTs.	Nº de testes rápidos	Número de testes rápidos realizados para DSTs.
Manter as Unidades de Saúde que notificam violência interpessoal e autoprovocada	4	Nº de unidades que notificam violência interpessoal e autoprovocada
Atingir 100% das ações de execução da Vigilância Sanitária consideradas necessárias	100%	Percentual das ações executado pelo município
Manter a proporção de análises realizadas em amostra de água para consumo humano, quanto os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	Proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
Realizar e divulgar planos de contingência e protocolos de atuação para o enfrentamento e resposta e emergências em saúde pública, em conjunto com as demais áreas técnicas	2	Número absoluto de plano de contingência elaborados e divulgados
Realizar no mínimo 4 ciclos de visita domiciliar e 80% dos domicílios, por ciclo	4	Número absoluto de ciclos realizados com no mínimo 80%
Manter a notificação dos casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	??	Número absoluto de notificações relacionados ao trabalho
Manter em 80% no mínimo das ações pactuadas no Programa Viagiasus	?	Proporção de ações realizadas no ano
Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100%	Campo ocupação preenchido no SINAN
<b>Desenvolver ações intersetorial em saúde do trabalhador sobre prevenção de agrotóxicos</b>	<b>Ação desenvolvida</b>	<b>Organizar ação Saúde do trabalhador</b>
Manter o Projeto De Prevenção de violências e promoção da Saúde <b>BOMBERINHO</b>	Manter	Manter com no mínimo 3 reuniões anuais o Núcleo de prevenção de violências e promoção da saúde ( <b>NPVPS</b> ) Criado através do DECRETO Munic n º 230/2016;





### **DIRETRIZ 11: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

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

<b>Meta 2018 - 2021</b>	<b>Linha de base (res 2016)</b>	<b>Indicador para monitoramento da meta</b>
Aplicar no mínimo 15% de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde	26,44%	- Percentual de recursos próprios utilizados na saúde municipal
Manter 100% o SIOPS atualizado conforme os prazos estabelecidos	100%	- Percentual de dados disponibilizados no SIOPS
Realizar 03 audiências públicas anuais conforme preconizado	03	- nº de audiências públicas para prestação de contas
Manter e aprimorar 100% do sistema de informação implantado	100%	- sistema de informações implantado
Participar em 100% das reuniões regionais; Garantir representação de no mínimo 80% de participação das reuniões estaduais e federais.	Participar	- percentual de participação em reuniões de gestores
Manter 100% das pactuações dos entes federados aprovadas no CMS;	100%	- Percentual de pactuações aprovadas pelo CMS
Manter 100% das parcerias e convênios encaminhados pelo gestor e aprovadas no CMS;	100%	- Percentual de parcerias e convênios aprovados pelo CMS
Manter 100% dos projetos encaminhados ao MS aprovadas no CMS;	10%	- percentual de projetos encaminhados ao MS aprovados pelo CMS
Realizar no mínimo 10 oficinas de capacitação em planejamento e	Indicador Novo	Nº de oficinas de capacitação em planejamento e programação realizadas ao



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

programação anual (AB, VS, Assist. Farmacêutica, CAPS)		ano
Aumentar a frota de veículos da SMS (carros pequenos, ambulâncias, micro-ônibus e Ônibus)	5	Nº de veículos adquiridos para transporte social
Monitorar o controle de qualidade de 100% dos serviços contratados	100%	Percentual de controle de qualidade realizados com os serviços contratados
Manutenção da TI – Tecnologia de Informática: Informatização, aquisição de equipamentos de informática e antenas para internet e mão de obra para ESFs	4	Unidades ESFs
Manter o sistema de prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde. Bem com o PEP e o Trifiti de dados para alimentação e exportação do E-SUS	4	Unidades de ESFs
Ampliar a Aquisição equipamentos para sala montar uma sala de Fisioterapia	1	Sala de fisioterapia
Constituir equipe para elaboração de protocolos clínicos na prestação de serviços de saúde.	Indicador novo	Nº de protocolos clínicos elaborados pela equipe nas diversas áreas da prestação de serviços de saúde
Manutenção e reforma da Unidades de Saúde	2	Nº de reformas, ampliação e construção de estruturas no serviço de saúde
Aquisição de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde, Gestão, Vigilância em Saúde, Atenção Básica, NASF e academia da Saúde.	Aquisição	Aquisição de equipamentos...



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

Objetivo 2: Qualificar a Gestão de Trabalho

Meta 2018 - 2021	Linha de base (res 2016)	Indicador para monitoramento da meta
Prover o quadro próprio com novos servidores com a realização de testes seletivos, concursos e ou contratação emergencial para manter os ESFs, ESBs, ACSs, ACEs, NASF, academia da Saúde, Salas de vacinas, Epidemiologia, setor administrativo, motorista, limpeza, inspetores, técnicos sanitários e outros.	95%	Nº de profissionais Com contrato firmado.

**DIRETRIZ 12: Ouvidoria como instrumento de Gestão e Cidadania**

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

Meta 2018	Linha Base 2016	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1 Manter a ouvidoria implantada e funcionando conforme as normas estabelecidas na Deliberação 042/2012 da CIB	1	Número de ouvidorias implantadas com as adequações conforme normas estabelecidas
2 Participar em 100% das capacitações ofertadas aos ouvidores	100%	Número de capacitações realizadas



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

**DIRETRIZ 13: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NOS SUS**

**OBJETIVO 1:** Deliberar e fiscalizar os instrumentos de gestão orçamentária e de gestão do SUS

<b>Meta 2018</b>		<b>Linha Base 2016</b>	<b>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</b>
1	Avaliar, fiscalizar e analisar 100% dos instrumentos de gestão	100%	Percentual de cumprimento (fiscalização e análise) de cada instrumento de gestão
2	Realizar a Conferência de Saúde conforme rege o Estatuto	1	Nº de Conferências realizadas
3	Executar o recurso financeiro conforme plano de aplicação e Res. SESA 463/2015	100%	Recursos alocados utilizados para os Conselhos Municipais de Saúde
4	Realizar e manter atualizado o cadastro de todos os conselhos de saúde	100%	Cadastro no SIACS
5	Realizar 01 capacitação a cada nova gestão	1	Número de capacitações realizadas ao ano



## PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de construção de um Plano não termina com o produto documental que o oficializa. Dos momentos que o envolvem e que são interdependentes, chega-se àquele de sua execução. Levantadas e discutidas questões como: “Onde estamos? Onde queremos chegar? Como se pretende chegar lá?”, tem-se “O que faremos para chegar lá?”, envolvendo programações anuais, gerência das ações, monitoramento e avaliação, prestação de contas. Isso possibilita adequar e modificar o Plano à realidade que é dinâmica.

Definidas as “Diretrizes, seus Objetivos, Metas, Indicadores e Ações”, a partir da Análise de Situação de Saúde, é necessário dar concretude ao Plano, executá-lo, o que exige diferentes tipos de recursos que permitem viabilizar sua realização. Há que se lembrar de que os problemas da área de saúde têm causas múltiplas, que interagem e se reforçam mutuamente, o que confere um grau de complexidade e incerteza elevado. O que exige que os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, sejam sistêmicos e permanentes.

A concepção de monitoramento tem relação direta com o cumprimento do Plano, o alcance de metas de produtos e o desenvolvimento das ações. A avaliação vai além, pergunta se o cumprimento do Plano permitiu o alcance dos objetivos (MOKATE, 2000). A avaliação é definida como um processo conduzido antes, durante e depois da implementação do Plano, em que se efetua um juízo sobre seu valor ou mérito, considerando a relevância dos objetivos, a eficácia no alcance dos objetivos e metas esperadas, a eficiência no uso dos recursos e o impacto da intervenção (BUVINICH, 1999).

O monitoramento representa o acompanhamento continuado de compromissos explicitados em planos (metas e ações), de modo a verificar se eles estão sendo executados conforme previsto. A avaliação é entendida como um processo que implica julgar, emitir julgamento de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação a um referencial a ser alcançado. Considerando que não há execução perfeita, a avaliação identifica as necessidades de ajustes, redimensionamentos e redesenho.

Nos dois casos, busca-se identificar pontos de fragilidade, necessidades, que merecerão medidas ou intervenções para superá-las, mas também explicitar pontos positivos e avanços no sentido de valorização; constituindo-se em processo de aprendizagem e reaprendizagem.

Monitoramento e avaliação são estratégias e momentos complementares. A avaliação necessita da informação gerada pelo monitoramento; e este, sem a avaliação, é incompleto.

O processo de monitoramento e avaliação constitui a base da gestão e é um recurso gerencial de primeira linha. Não representa um fim em si mesmo ou um ritual, só cumprindo seus



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

objetivos se afeta ou apoia processos gerenciais e de tomada de decisão. O monitoramento e a avaliação são necessários à aprendizagem institucional e ao fortalecimento do conhecimento das alternativas e estratégias de intervenção possíveis.

A base fundamental para o monitoramento e a avaliação do Plano serão os indicadores selecionados, que são medidas que permitem quantificar uma determinada realidade e acompanhar as mudanças que ocorrem. Os indicadores são instrumentos utilizados para medir a eficácia, eficiência e o impacto das políticas e programas. Quando se referem ao grau em que seus Objetivos foram alcançados, tem-se uma medida de eficácia. Quando o foco é o nível de utilização dos recursos em relação às metas e aos resultados, a medida é de eficiência. Quando o objetivo é verificar as mudanças de mais longo prazo operadas no estado de saúde da população, tem-se a perspectiva de impacto.

Os meios de verificação sobre os resultados dos indicadores serão os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão. O produto do processo se expressará materialmente nos Relatórios, mas o processo deve se dar de forma permanente na rotina institucional.

Os monitores e avaliadores serão aqueles que direta ou indiretamente estiveram envolvidos com a elaboração do Plano e o vivenciarão: os responsáveis por conduzir os processos (os gestores de políticas), os gerentes de programas e projetos, os integrantes das equipes técnicas, os representantes do conselho de saúde e colegiados de gestores, entre outros. O processo de monitoramento e avaliação deve estimular a reflexão, aprendizagem, sensibilização, conscientização e crítica; para o que necessitará de qualificação técnica, compromisso ético e com as políticas de saúde.



**ASSINATURA RESPONSÁVEIS PMS 2018 a 2021**

**MARCO AURÉLIO ZANDONÁ**

Prefeito Municipal

**BRUNO ALBERTO WAGNER**

Secretário Municipal de Saúde

**IARA DE SOUZA GNOATTO**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

**ANA KÁRITA MAGRON**

Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica

**MAICON BERTAMONI**

Cirurgião Dentista –Coordenador Estratégia Saúde Bucal

**MICHELE CORADINE DE SA HAEFLIEGER**

Coordenador Atenção Farmacêutica

**RAQUEL LIMA DOS SANTOS**

Contabilidade

**CLEDIR ROSANI BUSATTO**

**ZELIO JOSE VOLPATTO**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE BARRACÃO**

---

Enfermeira da Epidemiologia

Vigilância Sanitária