

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMIRANTE TAMANDARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2014 – 2017



ALMIRANTE TAMANDARÉ

2013

PREFEITO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ - PR

Aldnei José Siqueira

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Antonio Claret Giordano Todeschi

EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ana Cristina de Carvalho

Ana Paula Pereira Fernandes

Andréa Ritz

Cilmara de Lima

Dalila Volochen

Daniele Abdulak Lima

Denise Gulielmim

Elcio Mendes

Eliano Antonio Novaes

Ernesto Antonio Rossi

Everton Luiz Indio do Brasil Ferreira

Flavio Henrique Mazzini

Gisele Priscila Aparecido

João Korpan

José Cícero da Silva

Joyce Cristina Leite Batista

Marcelo Dias de Oliveira

Naiara Aparecida de Mello

Nanci Aparecida de Almeida

Ovidio Tomadon

Rosangela Lima Franceschi de Oliveira

Rosimere Benites

Silmere Laine da Silva Moura

Simone de Campos Silva Resnauer

Simone Henkes Carvalho

Tania Mara Woroski Mosele

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 ANALISE SITUACIONAL.....	7
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	7
2.1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO	8
2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SMS	16
2.3 RECURSOS HUMANOS	17
3 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	19
3.1 ATENÇÃO BÁSICA.....	19
3.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA.....	19
3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	19
3.4 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	20
3.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	20
4 SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE	21
4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	21
4.2 ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER.....	28
4.3 ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	32
4.4 ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E ALIMENTAR	33
4.4.1 AÇÃO LOCAL EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	33
4.4.2 PROGRAMAS ESTADUAIS E FEDERAIS	35
4.5 ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL	38
4.6 ATENÇÃO A SAÚDE HOMEM	39
4.7 ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA IDOSA	41
4.8 ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL	41
4.9 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	45
4.10 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	60
4.11 VIGILÂNCIA AMBIENTAL.....	63
4.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – VISAT	66

4.13 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	71
4.14 SERVIÇO SOCIAL	75
4.15 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	78
5 OBJETIVOS, DIRETRIZES, AÇÕES E METAS	80
5.1 PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DO FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	80
5.1.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF	80
5.1.2 SAÚDE DA MULHER	81
5.1.3 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	83
5.1.4 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	84
5.1.5 SAÚDE BUCAL	88
5.1.6 SAÚDE DO HOMEM	89
5.1.7 SAÚDE DA PESSOA IDOSA	89
5.1.8 SERVIÇO SOCIAL	90
5.2 ASSEGURAR A EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	92
5.2.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	92
5.2.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	95
5.2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	95
5.2.4 VIGILÂNCIA AMBIENTAL	96
5.3 PROMOÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL POR MEIO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE	99
5.4 GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA CONFORME RENAME	100
5.5 GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	102
5.6 APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE	102
5.7 GARANTIR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	103
5.8 ESTRUTURAÇÃO DE SERVIÇOS PRÓPRIOS COM REFORMA, AMPLIAÇÃO E/OU CONSTRUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	103

5.9 APERFEIÇOAR E GARANTIR O CONTROLE SOCIAL DO SUS.....	104
ANEXO I.....	105
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	107

1 INTRODUÇÃO

São evidentes os avanços alcançados pelo SUS, os quais repercutiram de forma significativa sobre a saúde da população. A expansão da atenção primária, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população e a redução da mortalidade infantil são exemplos que atestam as conquistas já registradas. Há, todavia, enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para os anos de 2014-2017, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde. A discussão iniciou-se em setembro de 2012, através da formação de grupos por eixo, onde participaram diversas coordenações, trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde e o Controle Social.

O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 é um direcionador na condução das Políticas Públicas de Saúde do município de Almirante Tamandaré e, se configura mais que do que metas elencadas, e sim priorizando atender a população do município com eficácia e qualidade, pois é fruto da percepção dos profissionais de saúde, com base no Termo de Responsabilidade do Pacto da Saúde em consonância com a demanda da rede do SUS, no âmbito Municipal.

2 ANALISE SITUACIONAL

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Região Metropolitana
de Curitiba

Atualizado segundo a
Lei Estadual 139/2011



Fonte: Ipea/2013

2.1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Área 194,31 km ²	IDHM 2010 0,699	Faixa do IDHM Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699)	População (Censo 2010) 103204 hab.
Densidade demográfica 531,34 hab./km ²	Ano de instalação 1947	Microrregião Curitiba	Mesorregião Metropolitana de Curitiba

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

O IDHM retrata o progresso da educação, da renda e da longevidade dos munícipes com a finalidade de avaliar as condições dos serviços prestados e a qualidade de vida da população.

IDHM	
1991	0,437
2000	0,583
2010	0,699

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

O (IDHM) de Almirante Tamandaré é 0,699, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,168), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,203), seguida por Longevidade e por Renda.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus Componentes - Almirante Tamandaré – PR

Componentes do IDHM	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,204	0,407	0,575
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	19,04	32,06	49,63
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	21,37	50,31	74,78
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	42,09	64,54	84,21
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	14,43	47,86	53,24
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	6,65	20,92	35,49
IDHM Longevidade	0,704	0,773	0,84
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,23	71,38	75,39
IDHM Renda	0,58	0,629	0,706
Renda per capita (em R\$)	295,96	401,17	646,02

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

Educação

- *Crianças e Jovens*

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação. No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 48,64% e no de período 1991 e 2000, 135,42%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 30,48% entre 2000 e 2010 é 53,34% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 11,24% no período de 2000 a 2010 e 231,67% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 69,65% entre 2000 e 2010 e 214,59% entre 1991 e 2000.

Conforme o IPARDES 2013, no ano de 2010, 58,22% dos alunos entre 6 e 14 anos de Almirante Tamandaré estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 56,16% e, em 1991, 34,51%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 26,84% estavam cursando o ensino

médio regular sem atraso. Em 2000 eram 17,96% e, em 1991, 2,89%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 8,94% estavam cursando o ensino superior em 2010, 2,99% em 2000 e 0,30% em 1991. Nota-se que, em 2010, 4,38% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 27,68%. (IPARDES, 2013)

- *População Adulta*

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 49,63% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 29,45% o ensino médio. Em Paraná, 55,53% e 38,52% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 10,86% nas últimas duas décadas.

- *Anos Esperados de Estudo*

Os anos esperados de estudo indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar. Em 2010, Almirante Tamandaré tinha 9,59 anos esperados de estudo, em 2000 tinha 8,86 anos e em 1991 8,43 anos. Enquanto que Paraná tinha 10,43 anos esperados de estudo em 2010, 10,11 anos em 2000 e 9,68 anos em 1991. (IPARDES, 2013)

Renda

A renda per capita média de Almirante Tamandaré cresceu 118,28% nas últimas duas décadas, passando de R\$295,96 em 1991 para R\$401,17 em 2000 e R\$646,02 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 35,55% no primeiro período e 61,03% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,76% em 1991 para 5,35% em 2000 e para 1,01% em 2010. (IPARDES, 2013)

Renda, Pobreza e Desigualdade	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	295,96	401,17	646,02
% de extremamente pobres	5,76	5,35	1,01
% de pobres	23,83	19	4,89
Índice de Gini	0,4	0,46	0,43

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,40 em 1991 para 0,46 em 2000 e para 0,43 em 2010.

- *O que é Índice de Gini?*

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

Longevidade, mortalidade e fecundidade

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Índice de Longevidade, mortalidade e fecundidade	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,2	71,4	75,4
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	32,6	15,9	13
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	37,6	18,4	14,8
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,6	2,9	2,1

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

Em Almirante Tamandaré, a esperança de vida ao nascer aumentou 8,2 anos nas últimas duas décadas, passando de 67,2 anos em 1991 para 71,4 anos em 2000, e para 75,4 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 74,8 anos e, para o país, de 73,9 anos.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Almirante Tamandaré reduziu 18%, passando de 15,9 por mil nascidos

vivos em 2000 para 13,0 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 13,1 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

IDHM e Evolução

O Hiato de Desenvolvimento Humano trata da distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1.

IDHM	
1991	0,437
2000	0,583
2010	0,699

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

IDHM e Evolução		
Período	Taxa de crescimento	Hiato de Desenvolvimento
Entre 1991 e 2000	33,41%	25,93
Entre 2000 e 2010	19,9	27,82
Entre 1991 e 2010	59,95	46,54

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,583 em 2000 para 0,699 em 2010 - uma taxa de crescimento de 19,90%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 27,82% entre 2000 e 2010.

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,437 em 1991 para 0,583 em 2000 - uma taxa de crescimento de 33,41%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 25,93% entre 1991 e 2000.

Entre 1991 e 2010

Almirante Tamandaré teve um incremento no seu IDHM de 59,95% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (47,73%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 46,54% entre 1991 e 2010.

Ranking

Almirante Tamandaré ocupa a 1934ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 1933 (34,73%) municípios estão em situação melhor e 3.631 (65,25%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 399 outros municípios de Paraná, Almirante Tamandaré ocupa a 239ª posição, sendo que 238 (59,65%) municípios estão em situação melhor e 160 (40,10%) municípios estão em situação pior ou igual.

Demografia e Saúde

População

População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização – Almirante Tamandaré - PR						
População	População 1991	% do total 1991	População 2000	% do total 2000	População 2010	% do total 2010
População	55.438	100	88.277	100	103.204	100
Homens	27.990	50,49	44.112	49,97	51.136	49,55
Mulheres	27.448	49,51	44.165	50,03	52.068	50,45
Urbana	51.278	92,5	84.755	96,01	98.892	95,82
Rural	4.160	7,5	3.522	3,99	4.312	4,18
Taxa de urbanização		92,5		96,01		95,82

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

Entre 2000 e 2010, a população de Almirante Tamandaré teve uma taxa média de crescimento anual de 1,57%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 5,30%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de

1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 3,60%.

Estrutura Etária

A razão de dependência demonstra o percentual da população menor de 15 e maior de 65 anos (população dependente) em relação à população com idade entre 15 e 64 anos (população potencialmente ativa). E o índice de envelhecimento é calculado através da razão entre a população acima de 65 anos em relação à população total.

Estrutura Etária da População – Almirante Tamandaré - PR						
Faixa Etária	1991		2000		2010	
	População	%	População	%	População	%
Menos de 15 anos	21.301	38,42	34.752	39,37	28.522	27,64
15 a 64 anos	32.708	59,00	51.066	57,85	70.170	67,99
65 anos ou mais	1.429	2,58	2.459	2,79	4.512	4,37
Razão de dependência	69,49	0,13	58,81	0,07	47,08	0,05
Índice de envelhecimento		2,58		2,79		4,37

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

Entre 1991 e 2010, a razão de dependência de Almirante Tamandaré passou de 69,49% para 47,08% em relação à população economicamente ativa, essa diferença demonstra que ocorreu aumento da população produtiva em comparação à dependente. Pode-se confirmar analisando que e a taxa de envelhecimento evoluiu de 2,58 para 4,37% entre 1991 e 2010 (aumento de 69% no período) e a população ativa passou de 32.708 para 70.170 (aumento de 114% no mesmo período).

Trabalho

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 72,27% em 2000 para 74,37% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de

desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 14,84% em 2000 para 2,96% em 2010.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 3,48% trabalhavam no setor agropecuário, 0,58% na indústria extrativa, 11,43% na indústria de transformação, 13,01% no setor de construção, 1,46% nos setores de utilidade pública, 15,07% no comércio e 49,31% no setor de serviços.

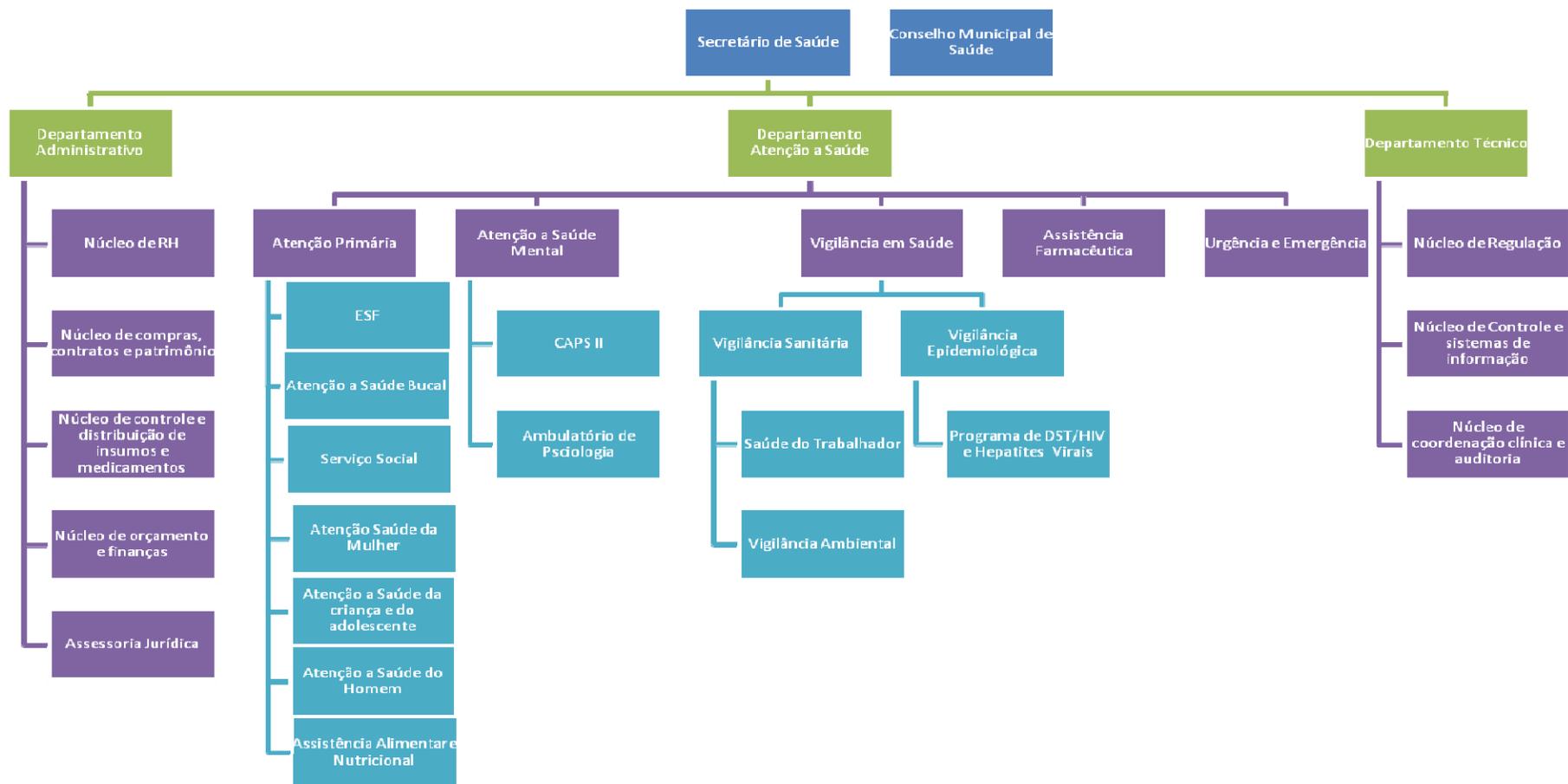
Habitação

Indicadores de Habitação - Almirante Tamandaré - PR			
Indicador	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	82,90	96,20	98,24
% da população em domicílios com energia elétrica	92,10	99,06	99,71
% da população em domicílios com coleta de lixo *	55,68	96,90	99,25

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

*Somente para população urbana.

2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SMS



2.3 RECURSOS HUMANOS

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Abaixo o levantamento dos profissionais que trabalham na saúde no ano de 2013.

PROFISSIONAIS – NÍVEL SUPERIOR	
FORMAÇÃO	QUANTIDADE
ARQUITETO	01
ASSITENTE SOCIAL	02
AUDITOR FISCAL EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	01
ENFERMEIRO	12
FARMACÊUTICO BIOQUIMICO	05
FISIOTERAPEUTA	01
FONOAUDIOLOGO	02
MÉDICO CARDIOLOGISTA	02
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	01
MÉDICO CLÍNICO GERAL	09
MÉDICO GINECOLOGISTA	05
MÉDICO ORTOPEDISTA	01
MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	01
MÉDICO PEDIATRA	03
MÉDICO SAÚDE DA FAMILIA	01
ODONTOLOGO	11
PROFESSOR	02
PSICOLÓGO	02
TERAPEUTA OCUPACIONAL	01

PROFISSIONAIS – NÍVEL MÉDIO	
FORMAÇÃO	QUANTIDADE
AGENTE DE ENDEMIAS	11
AGENTE DE SANEAMENTO	05
ATENDENTE INFANTIL	01
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	09
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	03
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	12
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	13
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	13
TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL	04
TÉCNICO FISCAL EM SANEAMENTO	01

PROFISSIONAIS – NÍVEL FUNDAMENTAL	
FORMAÇÃO	QUANTIDADE
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	33
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	28
MOTORISTA	05

TOTAL DE PROFISSIONAIS POR NÍVEL DE FORMAÇÃO	
FORMAÇÃO	QUANTIDADE
SUPERIOR	63
MÉDIO	72
FUNDAMENTAL	61
TOTAL	201

3 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

3.1 ATENÇÃO BÁSICA

O município dispõe de 12 Unidades de Saúde, sendo 06 Unidades de Saúde com equipe de Estratégia Saúde da Família e 03 delas com equipes de Saúde Bucal, 01 Unidade com equipe de Agente Comunitário de Saúde e 05 Unidades de Saúde de Atenção Básica; 01 CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) II; 03 Centros de Atendimento Odontológico; Atenção a Saúde da Mulher; Assistência Social; Atenção a Saúde do Idoso; Atenção a Saúde do Homem; Atenção a Saúde da Criança; Atenção a Vigilância Nutricional e Alimentar.

3.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

O município conta com um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Assistência de fisioterapia; Ambulatório de Psicologia; Atendimento no Centro de Especialidades Municipal: Otorrinolaringologia, Oncologia, Proctologia, Cardiologia, Ortopedia, Odontologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Psicologia e Oftalmologia. O município conta ainda com convênio para realização de exames de raio-X, ressonância, tomografia, ecodoppler, colonoscopia, mamografia e eco-mamária.

3.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde compreende a Vigilância Sanitária, que engloba a Saúde do Trabalhador e Ambiental, e a Vigilância Epidemiológica que trata, entre outros, do Controle de Endemias.

3.4 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; Central de ambulância.

3.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As Unidades de Saúde fornecem medicamentos do elenco básico e temos 02 locais da farmácia municipal que fazem a entrega de psicotrópicos, por possuírem farmacêuticos em tempo integral.

4 SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE

4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

No Brasil, iniciou-se com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde em 1991, o qual tinha como objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna.

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se no Brasil em 1994 por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), para oferecer às famílias, serviços de saúde preventivos e curativos.

A proposta do PSF nasceu em 1994 quando foi sugerida a descentralização e a municipalização efetiva do SUS. O Programa propõe a orientação do Modelo Assistencial tomando como foco a família no seu espaço físico e social.

De acordo com a portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, cada equipe deve ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de cinco a sete agentes comunitários de saúde (ACS), cada equipe é responsável por 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas.

Os profissionais que compõem a Saúde da Família têm as seguintes atribuições, segundo a portaria 2488 de 21 de outubro de 2011:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V. Garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

- XV. Participar das atividades de educação permanente;
- XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

As Equipes de Saúde da Família passaram a ter função de promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização no atendimento, prevenção de doenças com a identificação de fatores de risco e a participação da comunidade. Sendo assim, as equipes trabalham com áreas de abrangência, sendo responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento à população adstrita a esta área.

Em Almirante Tamandaré temos seis (6) Unidades de Saúde com ESF, sendo as Unidades de Saúde Lamenha, Tanguá, Tamboara, Roma, São Venâncio e Jardim Paraíso, sendo que as duas últimas foram implantadas em março de 2012. Contamos ainda com a Unidade de Saúde Cachoeira que comporta uma (1) equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A ESF conta atualmente com 06 médicos, 09 enfermeiros, 06 técnicos ou auxiliares de enfermagem e 39 Agentes Comunitários de Saúde (alguns com vínculo estatutário e outros por PSS – processo de seleção simplificado), que realizam trabalho de campo sendo estes distribuídos em sete Unidades de Saúde (SIAB, 2012).

A população de Almirante Tamandaré é estimada em 105.458 habitantes e o percentual de pessoas atendidas no município pela ESF é de 18,63%, perfazendo um total de 20.054 habitantes (IBGE, 2012).

Abaixo são apresentados alguns dados históricos do acompanhamento da ESF no município.

SÉRIE HISTÓRICA DE NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Tabela de Visitas de ACS por Ano e Unidade de Saúde				
UNIDADE DE SAÚDE	2009	2010	2011	2012
ROMA	7121	3732	6057	6344
LAMENHA	6438	5763	6023	5730
TANGUÁ	2897	2768	4387	3531
CACHOEIRA	7919	7413	3081	3310
TAMBOARA	4708	2321	3267	1712
TRANQUEIRA	3141	4132	3817	*
SÃO VENÂNCIO	**	**	**	7576
PARAÍSO	**	**	**	6646
TOTAL	32224	26129	26632	34849

Fonte: SIAB, 2013

* Mudança da Unidade de Saúde de EACS para Básica

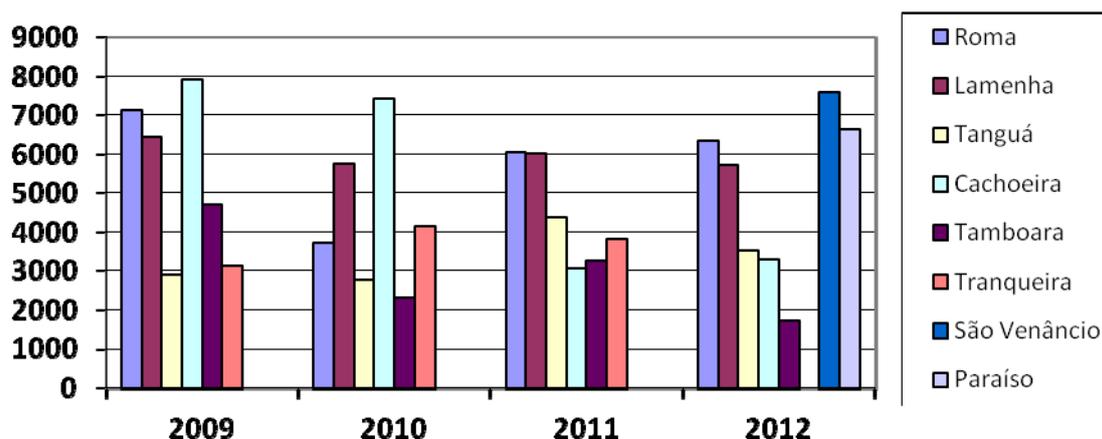
** Período anterior à implantação da Unidade

Ao analisarmos a tabela pode-se verificar que no ano de 2009 ocorreram 34.849 visitas domiciliares, havendo redução nos anos de 2010 e 2011. Fato este, justificado pela redução do número de ACS. A partir de 2012 houve a contratação de ACS por processo seletivo simplificado para completar as equipes, assim como a abertura de 02 (duas) UAPSF (Unidade de Atenção Primária Saúde da Família) Paraíso e São Venâncio, elevando o número de visitas para 34.849.

Está prevista a construção de mais 02 unidades de porte III, aptas para abrigarem 03 equipes de Estratégia da Saúde da Família sendo 01 para o bairro do Tanguá, com início previsto para 2015 com recursos estadual e municipal, e 01 para a Vila Feliz, com início previsto para 2016 com recurso federal e municipal. Quando estiver pronta a USF III do Tanguá serão

contratadas 3 equipes da ESF para aquela região, com isso a ESF será ampliada até o final de 2016 em 50% do quadro atual. Em 2017, será o final da construção da USF III da Vila Feliz, serão mais 3 equipes, assim a ampliação da ESF chegará no final dos próximos 03 anos a 100% do quadro atual.

Visitas de ACS por Ano e Unidade de Saúde



Fonte: SIAB, 2013

Conforme a análise do gráfico acima verifica-se que o número total de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde ficou próximo à marca de 35 mil visitas durante o período de 2009 a 2012. Verifica-se ainda que o número de visitas é proporcional ao número de ACS de cada Unidade de Saúde (U.S). Por exemplo, as U.S. Tanguá, Tamboara e Tranqueira com menor equipe de ACS contaram com menor número de visitas. Percebe-se também que no ano de 2012 ocorreu grande elevação do número de visitas, fato conquistado com a implantação de 2 (duas) Unidades de Saúde, sendo as UAPSF São Venâncio e Paraíso.

SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES PELO ENFERMEIRO

Tabela de Visitas de Enfermeiros por Ano e Unidade de Saúde				
UNIDADE DE SAÚDE	2009	2010	2011	2012
ROMA	442	569	627	541
LAMENHA	303	261	191	127
TANGUÁ	138	57	112	214
CACHOEIRA	153	73	91	80
TAMBOARA	112	147	491	125
TRANQUEIRA	114	109	117	*
SÃO VENÂNCIO	**	**	**	240
PARAÍSO	**	**	**	261
TOTAL	1262	1216	1629	1588

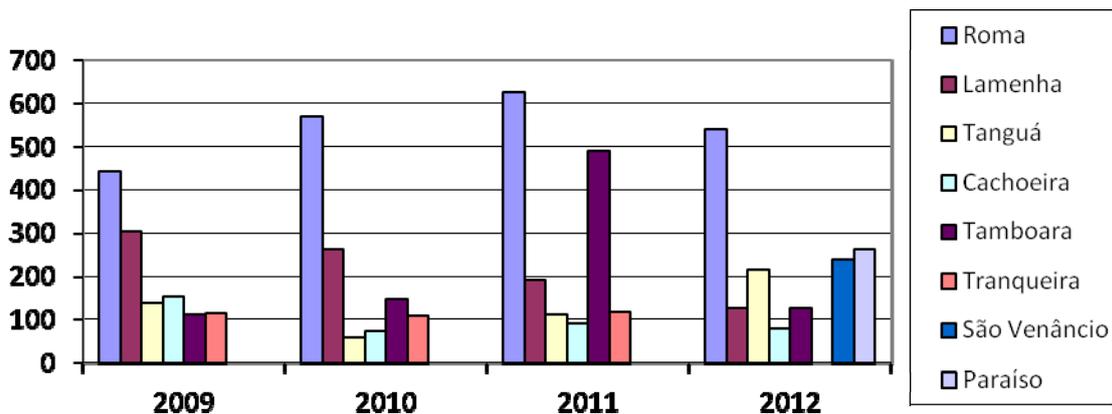
Fonte: SIAB, 2013

* Mudança da Unidade de Saúde de EACS para Básica

** Período anterior à implantação da Unidade

A tabela acima apresenta um número satisfatório de visitas de enfermagem realizadas nos últimos quatro anos. A partir de 2011 a ESF passou a contar com um enfermeiro exclusivo para realizar visitas domiciliares, fora da área de abrangência das Unidades de Saúde, atendendo assim um maior número de pessoas.

Visitas de Enfermeiros por Ano e Unidade de Saúde



Fonte: SIAB, 2013

SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES PELO MÉDICO

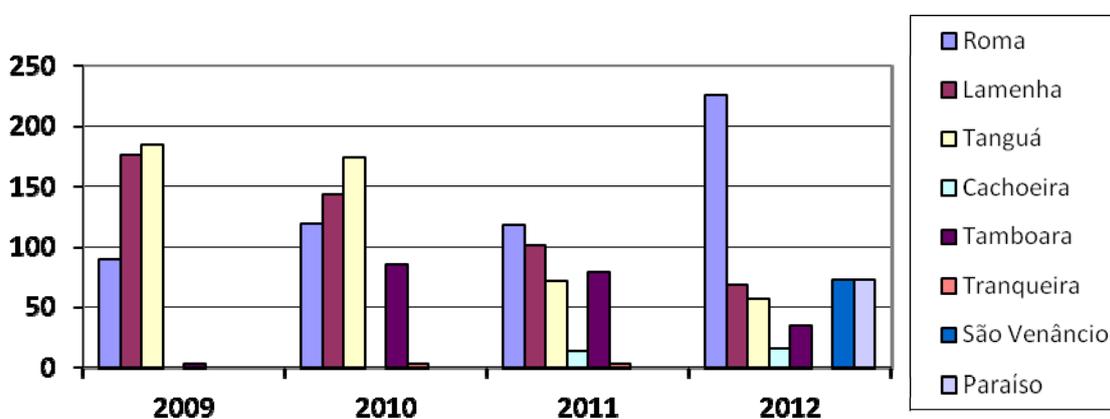
Tabela de Visitas de Médicos por Ano e Unidade de Saúde				
UNIDADE DE SAÚDE	2009	2010	2011	2012
ROMA	90	119	118	226
LAMENHA	176	143	101	68
TANGUÁ	185	174	72	57
CACHOEIRA	***	***	13	16
TAMBOARA	3	85	79	35
TRANQUEIRA	***	3	3	*
SÃO VENÂNCIO	**	**	**	73
PARAÍSO	**	**	**	73
TOTAL	454	524	386	548

Fonte: SIAB, 2013

- * Mudança da Unidade de Saúde de EACS para Básica
- ** Período anterior à implantação da Unidade
- *** Unidade de Saúde (EACS), sem médicos vinculados à ESF

Na tabela acima pode se verificar um bom desempenho da ESF em visita médicas. Apesar do baixo número de visitas médicas realizadas nas US Cachoeira e Tranqueira, o fato é justificado por se tratar de Unidades EACS (Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde), ou seja, a equipe é composta apenas por Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiro, sem médicos para a realização de visitas domiciliares. A partir de 2010 até julho de 2012 foi disponibilizada uma médica à ESF para atender as visitas em todo o município, aumentando dessa forma o atendimento à população.

Visitas de Médicos por Ano e Unidade de Saúde



Fonte: SIAB, 2013

4.2 ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

CÂNCER DO COLO UTERINO

Segundo dados do IBGE (2010) a população de mulheres entre 25 e 64 anos do Município de Almirante Tamandaré é de 19.277 mulheres. Através deste dado foi estipulado pela 2ª Regional de Saúde que a meta mensal de Coleta de Preventivos do Câncer de Colo Uterino seja de no mínimo 482 nesta faixa etária. Uma razão mínima de 0,25 anos e 0,063 trimestre. Porém esta

meta não está sendo atingida devido a inúmeras dificuldades. Dentre elas estão: horários das Unidades de Saúde não coincidem com horário disponível das mulheres, principalmente nesta faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e o principal motivo é horário de trabalho; falta de espaço físico nas Unidades de Saúde, próprio para coleta de preventivo, disponível a qualquer momento em que apresentar a procura pelo exame; carência de recursos humanos, principalmente Enfermeiros na Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família; falta de conhecimento da população pela importância da realização do exame anualmente; tabus por parte da população em realizar o exame preventivo do Câncer de Colo Uterino. Estas são as principais dificuldades que fazem com que o Município não consiga atingir a meta e o principal objetivo, reduzir a mortalidade por Câncer de Colo Uterino.

As consultas para os casos alterados são agendadas num tempo razoável, a partir do momento em que recebemos o resultado, que varia em torno de trinta dias a partir da data da coleta do exame. Estas pacientes com resultados alterados são controladas semestralmente através de visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família ou pela Equipe Saúde da Mulher, através de visitas domiciliares e contato telefônico, porém a dificuldade com relação às visitas domiciliares ocorre devido às pacientes não serem localizadas por estarem no trabalho. Para estes casos alterados existe um Programa denominado SISCOLO onde alimentamos as informações do tratamento realizado ao paciente. Para melhor visualização segue abaixo os comparativos da quantidade total de Preventivos Coletados/ ano e a meta estabelecida pela Regional de Saúde para mulheres de 25 a 64 anos. A partir de agosto de 2013 o Programa Siscolo migrará para o Siscan que será web.

Distribuição da Meta Estipulada para Mulheres de 25 a 59 Anos e 25 a 64 Anos em Comparação ao Número de Coletas de Preventivos do Câncer de Colo Uterino Realizadas no Município de Almirante Tamandaré de 2009 a 2012.

Ano	Meta	Quantidade conforme idade estipulada Ministério da Saúde
2009	7260	3426
2010	7260	3676
2011	7260	3815
2012	5784	4247

Fonte: Programa Saúde da Mulher/ATT, 2013.

Conforme análise da tabela pode-se concluir que em nenhum ano a meta foi atingida, pois esta meta é para as mulheres de 25 a 59 anos (até 2011) e a partir de 2012 a meta mudou para 25 a 64 anos, porém como a população nesta faixa etária diminuiu de 24.602 para 19.277 houve variação da meta anual e mensal. A quantidade conforme idade estipulada contabiliza apenas as mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde que representam 30% das mulheres nesta faixa etária.

PRÉ-NATAL

Aproximadamente são cadastradas no Município 1.300 gestantes/ano através de um Programa denominado SISPRENATAL que foi criado pelo Ministério da Saúde. No Município de Almirante Tamandaré as gestantes vem sendo acompanhadas em suas consultas, exames laboratoriais e vacinas por meio deste programa. Em maio de 2012 o Município aderiu ao Programa Mãe Paranaense juntamente ao Estado do Paraná e, neste mesmo ano, ao Programa Rede Cegonha do Governo Federal. Em outubro de 2012 foi criado o Programa Sis prenatal Web onde as gestantes são cadastradas e acompanhadas on line. E como instrumento é utilizado a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, com a estratificação de risco. Ao detectar-se que as

gestantes são de risco intermediário e alto risco, são encaminhadas via agendamento de consulta (Central de Marcação) aos hospitais de referência do município (Hospital de Clínicas ou Hospital Evangélico). A referência para os partos de risco habitual é a Maternidade Mater Dei, no Município de Curitiba/PR.

Conforme Portaria nº. 1119 de 05 de junho de 2008, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos, foi criado um Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil (Portaria Municipal no. 688 de 24/06/2013), já citado na Mortalidade Materna, onde é realizada análise dos óbitos através dos prontuários da Unidade de Saúde, Carteirinha de Gestante e Vacina, Prontuário Hospitalar e visita domiciliar. Após parecer do Comitê Municipal, a investigação é encaminhada ao Comitê Estadual para as devidas providências.

Desde 2008 há um grupo de gestantes denominado Mãe que Cuida, o qual realiza orientações sobre os cuidados da saúde da gestante e do bebê, através de atividades e palestras com uma equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde. O encontro é no Centro de Convenções na segunda quinta-feira de cada mês às 14h, e, participando de três reuniões, a gestante recebe uma bolsa com o kit bebê por meio de parceria com a APMI.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A partir de 2011 foi instituída a Rede de Proteção a Criança e Adolescente, intersetorialmente com a Secretaria da Ação Social, Secretaria de Educação e Secretaria da Saúde. A Secretaria de Saúde participa dentre as dez (10) Redes Locais com os instrumentos disponíveis e realiza as notificações obrigatórias e encaminhamentos necessários. Também há participação da reunião dos articuladores das Redes Locais e reuniões juntamente com a Regional de Saúde, com periodicidade mensal. Foram realizadas, até agosto de 2013, duas capacitações sobre este tema, organizadas pela Equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

CÂNCER DE MAMA

Os pedidos de Mamografias são agendados conforme solicitação do profissional através de formulário próprio disponível pela Regional de Saúde. A central de marcação realiza o agendamento para Policlínica Colombo e o resultado é encaminhado para a Unidade de Saúde de referência para a paciente. As mulheres com BIRADS alterados são encaminhados para especialista via central de marcação. Estas mulheres são acompanhadas semestralmente e o Sistema SISMAMA é alimentado e migrado para o Siscan a partir de agosto de 2013.

4.3 ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Política de Atenção Integral a Saúde da Criança envolve ações na atenção primária à saúde como a avaliação do desenvolvimento e crescimento, estímulo ao aleitamento materno, preconizado pela OMS e monitoramento do calendário vacinal, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

No município a prioridade é o atendimento através da puericultura, de 0 a 12 meses ou mais. Na consulta de puericultura a equipe profissional realiza mais ações do que preconiza a Política de Atenção Integral a Saúde da Criança, pois, além do incentivo ao aleitamento materno, as mães são orientadas sobre a introdução de alimentos após o 06º mês de vida do bebê, sobre higiene bucal e a manutenção do aleitamento até os 02 anos ou mais.

Na questão da avaliação de crescimento e desenvolvimento, os gráficos são utilizados na mensuração e acompanhamento para que seja analisado se há alguma alteração. Se acaso houver, o bebê e a mãe são encaminhados para o pediatra avaliar e orientar melhor a mãe.

São realizadas também orientações sobre a higiene corporal, higiene oral, prevenção de acidentes e prevenção de violência doméstica. As mães e familiares são deixadas a vontade para esclarecer suas dúvidas sobre os cuidados com o bebê.

Já com as crianças em idade escolar e com os adolescentes são realizadas ações através do Programa Saúde nas Escolas o PSE, que é um programa interministerial, dos Ministérios da Saúde e da Educação, e constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde, com a participação da comunidade escolar (crianças, adolescentes e jovens) envolvendo as equipes de atenção básica, as equipes de estratégia saúde da família e da educação básica. Existem várias ações neste programa tais como: avaliação antropométrica, avaliação da acuidade visual, avaliação do calendário vacinal e da saúde bucal, orientações sobre alimentação saudável, promoção da cultura de paz, orientações sobre prevenção ao uso de drogas e orientações sobre sexualidade, conforme a faixa etária.

Ainda estão sendo iniciadas as experiências com a implantação deste programa, mas já foi obtido sucesso nas ações desenvolvidas e espera-se para os próximos anos atingir um número maior de educandos.

4.4 ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E ALIMENTAR

LEI N ° 11.346, de 15 de setembro de 2006.

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Art.3°).

4.4.1 AÇÃO LOCAL EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Os programas (ações e atividades) atualmente realizados no Município são Hiperdia, SIS pré-natal, Puericultura, Grupos de obesidade, Grupos da terceira idade, Grupo de Gestantes Portadora do Vírus HIV (CTA) e Programa de Atenção Nutricional – dietas especiais e fórmulas infantil.

HIPERDIA

Plano de reorganização da atenção aos usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão. Este programa é realizado através de reuniões e palestras sobre diversos temas, relacionados com Diabetes e Hipertensão. No final de cada reunião são entregues os medicamentos.

SIS pré-natal

As gestantes são captadas por meio das consultas realizadas na Unidade de Saúde ou visitas domiciliares, e iniciam o seu acompanhamento pela Unidade de Saúde. São realizadas reuniões mensais com orientações relacionadas à alimentação da mulher durante a gravidez e a amamentação.

Puericultura

Neste programa são acompanhadas crianças de 0 a 7 anos através de consultas intercaladas entre as equipes de Medicina e de Enfermagem. As consultas são mensais.

Grupo da Terceira Idade

Orientações sobre alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos.

Grupo de Obesidade

São realizadas palestras mensais com orientações nutricionais relacionadas a uma alimentação equilibrada, combinando alimentos de baixo teor de gorduras, açúcar e sal com uma boa quantidade de verduras, legumes e frutas e incentivando a atividade física.

Programa de Atenção Nutricional

Dietas especiais e fórmulas infantis. O programa é direcionado para atendimento de pacientes que necessitam de fórmulas infantis e dietas especiais e, obrigatoriamente, atendam a todos os critérios estabelecidos pelo programa.

4.4.2 PROGRAMAS ESTADUAIS E FEDERAIS

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

O SISVAN é um instrumento estratégico importante na obtenção de informações do estado nutricional da população, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional.

O sistema fornece informações para o conhecimento das situações alimentares e nutricionais que condicionam a saúde da população, e contribui de forma a melhorar qualitativa e quantitativa a assistência à saúde.

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda diretamente às famílias pobres e extremamente pobres, que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos (condicionalidades) nas áreas de Saúde e Educação, com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos.

As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Por este motivo, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

Este Programa, sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS representa uma oportunidade de melhoria na qualidade de vida das famílias possibilitando que façam parte de outros programas governamentais ou não governamentais promotores de sua maior participação na sociedade: alfabetização de adultos, geração de emprego e renda e outros. Estas ações são fundamentais para o crescimento social e econômico das famílias e do município.

Condicionalidades da Saúde

As ações de promoção da saúde e alimentação saudável são fundamentais para o desenvolvimento das famílias do PBF. E a equipe de Saúde da Família é importantíssima dentro desse processo.

Seguem abaixo os compromissos da saúde, e várias dessas ações já fazem parte das atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

Gestantes e Nutrizes

Fazer a inscrição no pré-natal e comparecer às consultas nas Unidades de Saúde, com cartão da gestante de acordo com o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde.

Responsáveis pelas crianças menores de 7 anos

Manter em dia o calendário de vacinação, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil por meio da vigilância alimentar e nutricional, conforme o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, participar de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre promoção da alimentação saudável.

Dados para avaliação do estado nutricional

Para realizar o acompanhamento do estado nutricional e necessário coletar dados de identificação e dados antropométricos das pessoas. Os principais dados de identificação são:

- Data de nascimento (para obter informações sobre a idade)
- Sexo (masculino ou feminino)

Os dados antropométricos referem-se à medição do indivíduo. Os principais dados antropométricos são:

- Peso
- Altura

Programa Nacional de Suplementação de Ferro

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. O objetivo do programa é reduzir a prevalência de Anemia por Deficiência de Ferro em crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto em todo o País.

Os suplementos de ferro são distribuídos, gratuitamente, às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do programa.

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A é um programa do Ministério da Saúde, com apoio dos Estados, que busca reduzir e erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, são consideradas áreas de risco a região Nordeste, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e Vale do Ribeira em São Paulo.

Outros Programas a Serem Implantados

Existem ainda alguns programas que se pretende implantar no município, tais como: A "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa é o resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem como compromisso a formação de recursos humanos na atenção básica.

A base legal adotada para a formulação da estratégia são políticas e programas já existentes, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha.

4.5 ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL

O Programa de Saúde Bucal no Brasil denomina-se BRASIL SORRIDENTE.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) a prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes.

Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente.

Nas duas últimas décadas, apenas algumas experiências isoladas e pontuais ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional efetiva para a Saúde Bucal.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Algumas das principais linhas de ação do Brasil Sorridente são:

- Reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família);
- Ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias).

ANÁLISE SITUACIONAL

O município de Almirante Tamandaré conta com 3 Equipes de Saúde Bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família, distribuídas nas Unidades Saúde Roma, São Venâncio e Paraíso, e 3 Equipes de Saúde Bucal de atendimento odontológico nas regiões Tanguá, Tranqueira e Cachoeira.

Até a presente data não existe o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Almirante Tamandaré, assim como o Serviço de Prótese Dentária, todavia a implantação destes programas é um objetivo a ser alcançado.

Outro objetivo é dar continuidade e ampliar o Programa Saúde Bucal nas Escolas, realizado nas instituições de ensino municipais e estaduais. Dentre as ações realizadas pelo programa estão a educação em saúde, escovação supervisionada e o flúor semanal.

Recentemente os horários de atendimento foram estendidos para a noite, sábados, domingos e feriados. Este trabalho funciona sob coordenação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e tem como foco os trabalhadores que não conseguem ser atendidos no horário comercial. Atualmente conta com 2 cirurgiões dentistas e 2 auxiliares de saúde bucal.

4.6 ATENÇÃO A SAÚDE HOMEM

A Política Nacional da Saúde do Homem iniciou em 2008 e visa acolher e prestar atendimentos aos homens que por muitas vezes negligenciam o cuidado com a sua saúde.

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles.

Para auxiliar os gestores estaduais e municipais nesse processo, foi criado o Plano de Ação Nacional. A série de medidas especifica nove eixos de ação com objetivo geral e específico, meta, ação, indicador e responsabilidade. São eles:

- Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde;
- Informação e comunicação para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação;
- Participação, relações institucionais e controle social, que busca associar as ações governamentais com a sociedade civil organizada, a fim de potencializar ações voltadas para essa população;
- Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde;
- Qualificação de profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS;
- Avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção de insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina;
- Sistemas de Informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população;
- Avaliação do projeto-piloto por meio de realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações por meio do monitoramento da Política (Brasil, 2009).

Ainda não temos no município a implantação do programa, apenas algumas ações isoladas, mas pretende-se abordar os homens nas Unidades de Saúde primeiramente com o acolhimento e orientá-los sobre as doenças cardiovasculares, prevenção ao câncer de próstata, prevenção de acidentes de trânsito e violência, entre outras orientações.

4.7 ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade, tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida observado nas últimas décadas. A população mundial com idade igual ou superior a 60 anos compreende cerca de 11% da população geral, com expectativa de aumento nas próximas décadas. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a população de idosos passou de 6,1% em 1980 para 7,3% em 1991, devendo chegar por volta de 10% em 2010. Estimativas do IBGE indicam que em 2003 a população de idosos em Porto Alegre respondia 11,8% do total.

As ações do município voltadas ao idoso, além do atendimento de suas doenças, visam ao desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a qualidade de vida. Nesse contexto, o mais importante não é a doença, mas a repercussão dela na vida do idoso. Uma pesquisa do Centro de Estudos do Envelhecimento (CEE), do Setor de Geriatria da Unifesp, confirma esta idéia, apontando a capacidade funcional (conseguir se locomover, raciocinar, realizar tarefas, etc) como o principal fator relacionado à saúde dos idosos.

4.8 ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

O assunto que norteia a assistência ao usuário portador de transtornos mentais segue um percurso marcado por processos de isolamento, segregação, exclusão, anulação do indivíduo enquanto portador de direitos.

A imagem do “louco”, por um longo tempo, estava vinculada a dos manicômios afastados dos centros urbanos, bem como ao estigma da reclusão e do medo da sociedade (os ditos “normais”) em conviver com esses indivíduos.

Essa forma de exercício da psiquiatria começou a ser discutida na Europa e Estados Unidos resultando em propostas de mudanças no sistema de atenção à saúde mental.

Através destas discussões, todos reconhecem a necessidade de ultrapassar o modelo centrado no hospital psiquiátrico e progredir com a proposta de atenção territorial por meio do cuidado próximo às famílias e aos recursos socioculturais dos usuários, reconhecendo os direitos de cidadania intrínsecos a todos os indivíduos.

Nesse sentido, é necessário que haja o rompimento com o sistema fragmentado focado na doença e no tratamento hospitalocêntrico, para uma atenção integrada de serviços de saúde centrado no indivíduo e sua participação e co-responsabilidade no seu processo de tratamento de acordo com os princípios da Saúde Mental Comunitária.

A estrutura de Atenção em Saúde Mental do município de Almirante Tamandaré conta atualmente com ações na atenção básica, CAPS II, CRAVI (Casa de Recuperação Água da Vida – convênio) e Escola Especial.

ANÁLISE SITUACIONAL

A criação de uma rede de atenção integral em Saúde Mental que atenda as necessidades dos usuários em todos os níveis de assistência é algo de extrema importância e necessidade no município de Almirante Tamandaré, uma vez que é crescente a demanda, principalmente por serviços substitutivos, com base territorial em favor da inclusão e contra a lógica de internamentos de longa duração a hospitais psiquiátricos.

Atualmente, na área da infância e adolescência, o município conta com os serviços da Escola Especial, que atende alunos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. A população adulta dispõe do Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), um programa utilizado como recurso de tratamento e monitoramento, indicado também para a fase de reabilitação e reinserção social de usuários portadores de transtornos mentais graves e/ou persistentes. Passamos a contar (a partir de julho de 2013) com a entidade CRAVI, que através de convênio presta serviços de acolhimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Entretanto esses serviços não têm sido suficientes para garantir o atendimento mais qualificado à população, tampouco suprem a necessidade desta demanda.

Os principais problemas encontrados são:

- Ausência de um Programa de Saúde Mental abrangente;
- Dificuldade de desenvolver fluxos de encaminhamentos;
- Ausência de médico Psiquiatra na atenção á saúde;
- Quadro reduzido de profissionais especialistas para atendimento dos usuários;
- Ausência de leitos psiquiátricos em hospital geral (direito previsto na portarias 224/92, 251/02, 1612/05 e 871/02);
- Dificuldade de resolutividade e tempo hábil na liberação de exames específicos;
- Infra-estrutura inadequada do CAPS II (carro, espaço físico);
- Baixa freqüência em capacitações em saúde mental (profissionais da área de saúde mental e Estratégia de Saúde da Família);
- Falta de territorialização em Saúde Mental;
- Baixa cobertura do Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- Dificuldade de articulação intersetorial (parcerias com associações e comunidade, formação de rede (RAPS), ESF – internação e acompanhamento domiciliar, e outras secretarias);
- Ausência de Núcleo de Assistência a Saúde da Família - NASF (exige-se pelo menos um profissional de saúde mental na equipe);
- Inexistência de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas- CAPS AD e programa ambulatorial que atenda a demanda de usuários dependentes químicos;
- Escola Especial com número reduzido de profissionais da área da saúde e serviço social;

AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

O Ambulatório de Saúde Mental de Almirante Tamandaré foi implantado em junho de 2013, devido à demanda do município por atendimento especializado em saúde mental. Atualmente a equipe do Ambulatório é composta por um profissional de psicologia e um médico generalista.

O Ambulatório atende a toda demanda em saúde mental do município que não tem indicação de atendimento em CAPS. Os encaminhamentos de pacientes são realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a disponibilidade da agenda. O serviço atende a demanda do Poder Judiciário, da Atenção Primária, ESF e outros encaminhamentos feitos por outros órgãos.

O Serviço de Psicologia tem por objetivo acolher e entender a situação que o paciente apresenta no momento da triagem, avaliar a demanda, a necessidade e o desejo de iniciar um processo terapêutico, e assim, desenvolver as ações terapêuticas pertinentes visando à melhor conduta de atendimento (individual ou em grupo). Caso se constate no momento da triagem a necessidade de atendimento psicológico ou outra necessidade de saúde, o paciente será encaminhado para o próprio Ambulatório (forma interna) ou para outro serviço de saúde, como o CAPS, UBS, entre outros, por meio de referência/contra-referência. Caso o paciente necessite de tratamento farmacológico, ele é encaminhado para a realização de uma avaliação médica.

As atividades desenvolvidas no Ambulatório são:

- Psicoterapia individual com crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- Atendimento e acompanhamento psicológico com pacientes dependentes de álcool e drogas;
- Aconselhamento psicológico e orientações aos familiares;
- Psicoterapia de grupo.

Esta última atividade está em processo de implantação, pois se percebe uma grande demanda de pacientes para tratamento de dependência química e pacientes com sintomas depressivos. No grupo terapêutico o paciente descobre que não é o único em seu problema, que o outro já vivenciou ou vivencia da mesma dor, sendo uma fonte de alívio no início da terapia.

Para o desenvolvimento da atividade, o grupo terá como requisito: a mesma demanda, uma faixa etária que proporcione e favoreça a integração e ser misto em relação ao sexo. Os encontros serão semanais, com duração de 90 minutos, e as atividades terão início e fim bem definidos. Será realizada uma avaliação individual e em grupo ao término da atividade, o tratamento será redefinido caso perceba que o paciente não está em processo de alta.

Tanto o atendimento psicológico individual quanto o de grupo baseia-se na escuta clínica das questões trazidas pelo paciente, possibilitando a problematização destas questões, de modo a dotá-las de sentido e visando a resolução de conflitos, e assim, buscar a qualidade de vida e o bem estar emocional.

4.9 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância Epidemiológica é pré-requisito para os programas de prevenção e controle em saúde. De forma simplificada, pode-se definir a Vigilância Epidemiológica como o setor responsável por recolher, organizar e analisar informações que têm como objetivo as ações de melhoria da saúde.

Funciona a partir da coleta de dados e organização de sistemas de informação, estabelecendo uma base que qualifica e dá suporte à implementação de ações que visam o planejamento, descrição, investigação, avaliação dos serviços de saúde disponibilizados e a elaboração de estratégias.

Suas aplicações variam desde a descrição das condições de saúde da população, da investigação dos fatores determinantes de doenças, da avaliação do impacto das ações para alterar a situação de saúde até a avaliação da utilização dos serviços de saúde, incluindo custos de assistência. A epidemiologia contribui para melhorar o entendimento de saúde da população, conhecendo seus fatores determinantes e provendo subsídios para a prevenção das doenças. O sistema de informação é crucial para uma resposta imediata e efetiva quando se antecipa à possibilidade de um problema de saúde pública, podendo até identificar as alterações na natureza ou na extensão desses problemas.

As estratégias de prevenção e programas de controle são resultado da coleta de informações, dessa maneira, é possível orientar e melhorar o atendimento nas unidades de saúde. As condutas de vigilância e controle são formadas a partir de cada situação analisada, podendo haver diferenças entre as estratégias utilizadas, com roteiros específicos.

Dentre as ações que a Vigilância Epidemiológica realiza é a compilação e análise de dados. Sendo assim segue abaixo algumas informações sobre a natalidade, morbidade e mortalidade, com as devidas ramificações.

Informações sobre Nascimentos no Período de 2008 a 2012										
	2008		2009		2010		2011		2012	
	Almir	Paraná								
Número de nascidos vivos	1834	151.975	1777	150.189	1846	153.040	1871	153.981	1886	155.116
Tx bruta de natalidade	18,95	14,35	18,22	14,05	17,87	14,65	17,93	14,64	17,88	14,66
Tx de nascidos vivos com mães adolescentes	238,27	196,08	243,66	198,63	247,02	190,38	236,77	185,57	242,31	185,17
% de mães de 10 - 14 anos	1,14	0,84	1,01	0,92	0,81	0,84	1,06	0,79	1,11	0,86
% de mães de 10 - 19 anos	23,82	18,73	24,36	18,95	24,7	18,2	23,67	17,79	24,23	17,66
% com baixo peso ao nascer	10,41	8,4	9,22	7,93	10,34	8,55	8,92	8,59	8,69	8,47
% de nascidos vivos por partos normais	63,84	55,33	63,81	56,57	61,59	58,55	59,96	60,73	60,02	62,05
% de nascidos vivos por partos cesáreas	36,15	44,67	36,19	43,43	38,41	41,45	40,01	39,27	39,98	37,95

Fonte: SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), 2013

Apesar do número de nascidos vivos ter apresentado leve crescimento, a taxa bruta de natalidade demonstra redução progressiva desde o ano de 2008 até o ano de 2012. Quando comparado aos valores do estado, que se manteve estável no mesmo período, nota-se redução da diferença, que em 2008 era de 14,35 no Paraná para 18,95 em Almirante e que em 2012 era de 14,66 no Paraná para 17,88 em Almirante.

O percentual de mães de 10 a 14 anos apresentou declínio no intervalo de 2009 a 2010, aumentando novamente em 2011 e 2012. Já na faixa etária de 10 a 19 anos nota-se que vem apresentado aumento constante, com redução

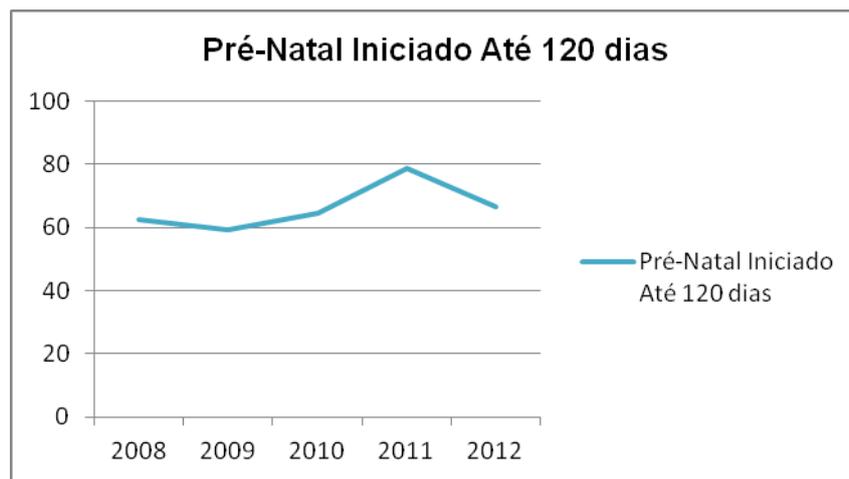
apenas em 2011, diferente do estado do Paraná, que vem diminuindo progressivamente. A diferença percentual entre o município e o estado chega a quase 7 pontos no ano de 2012, diferença esta que era de pouco mais de 5 pontos em 2008. Isto revela falha no processo de educação sexual e informação sobre métodos contraceptivos na fase da adolescência. Demonstra a necessidade de integrar a saúde nas escolas.

O percentual de nascidos com baixo peso ao nascer apresentou diminuição considerável, quase se igualando aos valores do estado, demonstrando melhora da qualidade do pré-natal. Em contrapartida, quanto ao tipo de parto, observa-se aumento das cesáreas e redução dos partos normais no município, ao contrário dos valores do estado, que obteve aumento dos partos normais e diminuição das cesáreas.

Percentual de Crianças Nascidas Vivas por Número de Consultas de Pré-Natal										
	2008		2009		2010		2011		2012	
	Almir	Paraná								
Nenhuma	1,19	0,93	1,01	0,95	1,24	0,74	1,28	0,71	0,26	0,74
1 -3 consultas	5,34	3,07	7,09	3,23	5,47	3,09	7,26	2,9	7,21	3,73
4 - 6 consultas	26,49	17,97	21,44	17,04	23,67	15,58	25,44	14,36	25,82	17,31
> 7 consultas	66,46	77,67	70,17	78,34	69,44	80,33	65,52	81,79	65,05	77,38
Ignorado/não informado	0,49	0,13	0,28	0,16	0,16	0,05	0,48	0	1,9	0

Fonte: SINASC, 2013

Nesta planilha observa-se que o número de gestantes de nascidos vivos que não realizaram nenhuma consulta pré-natal apresentou variações constantes no período, com queda em 2009, aumento em 2010 e 2011 e uma queda importante em 2012. Esta variação é compensada no aumento de gestantes que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal. Os demais grupos apresentaram flutuações no período, finalizando em 2012 com queda aproximada de 1 ponto percentual.



Fonte: SISPRENATAL, 2013

O gráfico demonstra que em 2009 houve redução do percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de 120 dias, caindo abaixo de 60%, seguido de aumento nos anos seguintes, chegando a 78,68% em 2011, porém com nova queda em 2012, 66,43%.

Taxa de Mortalidade em Crianças Menores de 1 ano de Idade (por mil nascidos vivos)										
Indicador	2008		2009		2010		2011		2012	
	Almir	Paraná								
Óbito infantil número absoluto	28	2045	17	1948	14	1922	27	1861	15	1854
Taxa de mortalidade infantil	15,04	13,45	9,56	12,97	7,57	12,55	14,41	12,08	7,95	11,95
Taxa de mortalidade perinatal	20,71	7,65	21,38		14,08		17,63		15,9	

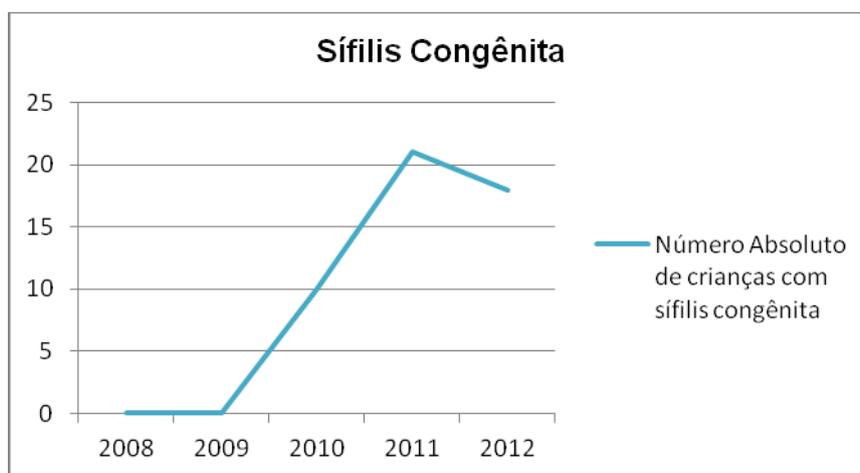
Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), 2013

A tabela acima demonstra uma queda importante na mortalidade infantil no município, sobressaindo o estado. Apresenta elevação no ano de 2011, seguida de nova queda no ano de 2012, o que denota prevalência na queda. A taxa de mortalidade perinatal também apresentou queda importante no período, novamente demonstrando melhora na qualidade do pré-natal, visto que em geral os óbitos nesta faixa etária estão relacionados à qualidade do pré-natal, e melhora na qualidade da puericultura.

Taxa de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos)										
Indicador	2008		2009		2010		2011		2012	
	Almir	Paraná	Almir	Paraná	Almir	Paraná	Almir	Paraná	Almir	Paraná
Óbitos maternos número absoluto	1	85	5	109	2	96	0	80	1	57
Tx de mortalidade materna	54,52	55,93	221,21	72,57	108,28	62,72	0	51,95	54,97	36,74

Fonte: SIM, 2013

A taxa de mortalidade materna sofreu aumento em 2009, voltando a reduzir na sequência, chegando a ser nula no ano de 2011. Em períodos é maior que a taxa do estado e em outros é menor, porém por tratar-se de números baixos a comparação pode ser inviável. Por exemplo, em 2012 uma pessoa corresponde a 54,97 por 100 mil nascidos vivos em Almirante e 57 pessoas correspondem a 36,74 por 100 mil nascidos vivos no Paraná.



Fonte: SINAN, 2013

A tabela indica que em 2008 e 2009 não foram registrados casos de sífilis congênita, porém é provável que tenha ocorrido a subnotificação de casos, visto que o exame para detecção de sífilis (teste rápido de VDRL) foi instituído nas maternidades a partir de 2010. As notificações passaram a ser realizadas em todos os casos de resultado reagente, mesmo nos assintomáticos. Anteriormente a sífilis congênita só era detectada a partir da manifestação dos sintomas, que pode ser recente ou tardia, e assim mesmo não era notificada.

Almirante Tamandaré possui números elevados de sífilis congênita quando comparado aos demais municípios do Paraná. Tal fato pode estar vinculado a vários fatores, como captação tardia da gestante ao pré-natal (item descrito anteriormente), número insuficiente de baterias de exames, falha no tratamento do marido ou parceiro sexual e resistência de médicos na adesão ao programa de pré-natal do Ministério da Saúde.

Distribuição das Internações por Ano e Grupo de Causas no Período de 2008 a 2012, Segundo o Capítulo CID-10						
Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	Total
XV. Gravidez, parto e puerpério	1.857	1.807	1.850	2.016	2.018	9.548
X. Doenças do aparelho respiratório	768	1.370	1.375	1.233	567	5.313
IX. Doenças do aparelho circulatório	995	1.041	828	851	669	4.384
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	628	769	727	809	788	3.721
XI. Doenças do aparelho digestivo	724	740	683	567	484	3.198
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	591	476	504	406	258	2.235
II. Neoplasias (tumores)	528	373	356	365	448	2.070
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	454	449	395	389	306	1.993
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	876	240	246	298	237	1.897
V. Transtornos mentais e comportamentais	269	278	335	267	238	1.387
XXI. Contatos com serviços de saúde	286	260	283	233	267	1.329
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	307	263	176	213	167	1.126
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex. clínicos e laborat.	145	241	296	217	193	1.092
VI. Doenças do sistema nervoso	144	164	219	188	109	824
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	150	159	141	115	113	678
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	135	181	120	118	86	640
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	85	74	71	77	82	389
VII. Doenças do olho e anexos	41	69	62	52	41	265
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtorno imunitário	29	41	43	34	47	194
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	16	29	30	26	14	115
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	2	1	1	1	10
TOTAL	9.033	9.026	8.741	8.475	7.133	42.408

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares dos SUS (SIH/SUS), 2013

A planilha revela que nos anos de 2008 a 2012 a maior causa de internações de residentes do município está relacionada ao parto e puerpério, fator natural relacionado à gestação. Já a segunda maior causa de internamentos no período, por doenças do aparelho respiratório, pode estar vinculada à pandemia ocorrida pelo vírus da gripe A, com aumento de 78% das internações no ano de 2009, relacionado ao ano anterior, mantendo-se com valores altos até 2011, com queda de 54% em 2012.

Na seqüência, em terceiro lugar, vêm o grupo de doenças do aparelho circulatório, que apresenta diminuição geral do número de internamentos, com pico de elevação apenas em 2009, porém permanece como maior causa de óbito. A neoplasia, segunda maior causa de óbito no Paraná e terceira maior causa em Almirante Tamandaré, aparece em sétimo lugar no número de internamentos de residentes do município. Já a segunda maior causa de óbito do município está em último lugar no quadro de internamentos, que corresponde ao grupo de causas externas.

Distribuição das Internações no Ano de 2012 por Faixa Etária e Grupo de Causa, Segundo o Capítulo CID-10

Doenças *	<1a	1 - 4a	5 - 9a	10 - 14a	15 19a	20 - 29a	30 - 39a	40 49a	50 - 59a	60 - 69a	70 - 79a	80 e +	Total
I	25	48	24	23	10	25	20	44	34	24	23	13	313
II	1	7	4	20	27	40	61	95	96	100	45	13	509
III	-	4	1	8	4	2	4	11	7	3	5	1	50
IV	19	4	6	2	2	9	12	12	14	11	6	4	101
V	-	-	-	3	15	52	94	59	26	4	2	1	256
VI	16	18	6	16	6	9	6	14	21	6	-	2	120
VII	1	2	2	1	2	6	8	4	4	9	2	-	41
VIII	-	5	3	5	-	-	1	-	-	-	1	-	15
IX	6	1	2	3	7	26	62	115	181	168	123	38	732
X	122	108	72	47	21	34	45	32	49	42	46	21	639
XI	17	27	28	32	31	55	77	82	79	61	35	8	532
XII	7	22	13	14	21	27	22	28	6	16	5	1	182
XIII	2	3	2	6	5	21	17	25	24	13	3	1	122
XIV	8	33	20	11	23	52	58	33	45	45	13	5	346
XV	-	-	-	33	587	1.101	391	49	-	-	-	-	2.161
XVI	227	4	1	2	2	10	8	6	8	13	11	10	302
XVII	17	15	15	10	7	9	4	4	6	2	1	-	90
XVIII	3	7	7	6	18	18	28	37	27	28	23	7	209
XIX	13	35	40	49	95	176	115	120	92	49	30	18	832
XX	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2
XXI	4	5	6	8	13	82	111	33	14	13	3	3	295
TOT	488	348	252	299	896	1.755	1.144	803	734	607	377	146	7.849

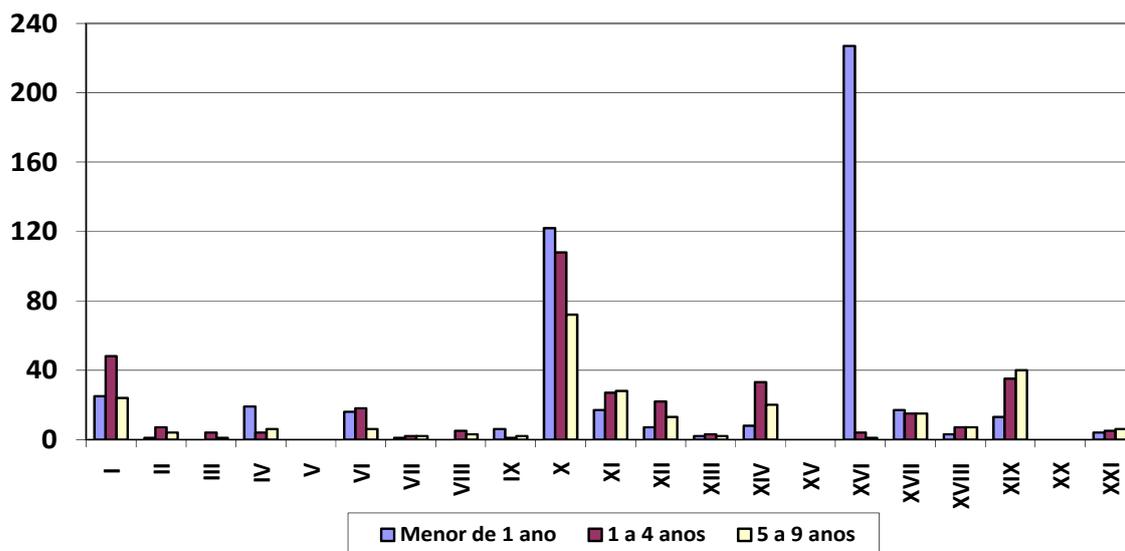
Fonte: DATASUS - 2013

* I Doença infecciosas e parasitárias; II Neoplasias; III Doença sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.; IV Endócrinas; V Transtornos mentais e comportamentais; VI Doença do sistema nervoso; VII Olho e anexos; VIII Ouvido e apófise mastóide; IX Aparelho circulatório; X Aparelho respiratório; XI Aparelho digestivo; XII Doenças da pele e do tec. Subcutâneo; XIII Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo; XIV Doenças do aparelho geniturinário; XV Gravidez, parto e puerpério; XVI Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas; XVIII Sint. sinais e achad. anorm. ex. clin. e laborat.; XIX Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas; XX Causas externas de morbidade e mortalidade; XXI Contatos com serviços de saúde

A tabela acima demonstra que o grupo de causas de internamento que se destaca, no ano de 2012, é o de gestantes, com 2161 casos, seguido pelo grupo de lesões por envenenamento e outras consequências de causas externas. Na terceira posição está o grupo de doenças do aparelho circulatório, que ocupa a primeira posição na causa de óbitos. E em quarto lugar estão as

doenças do aparelho respiratório, que também são a quarta maior causa de óbito. A neoplasia, terceira causa de óbito no município, está como sexta causa de internamento e o grupo de causas externas, segunda maior causa de morte, está em último lugar no número de internamentos.

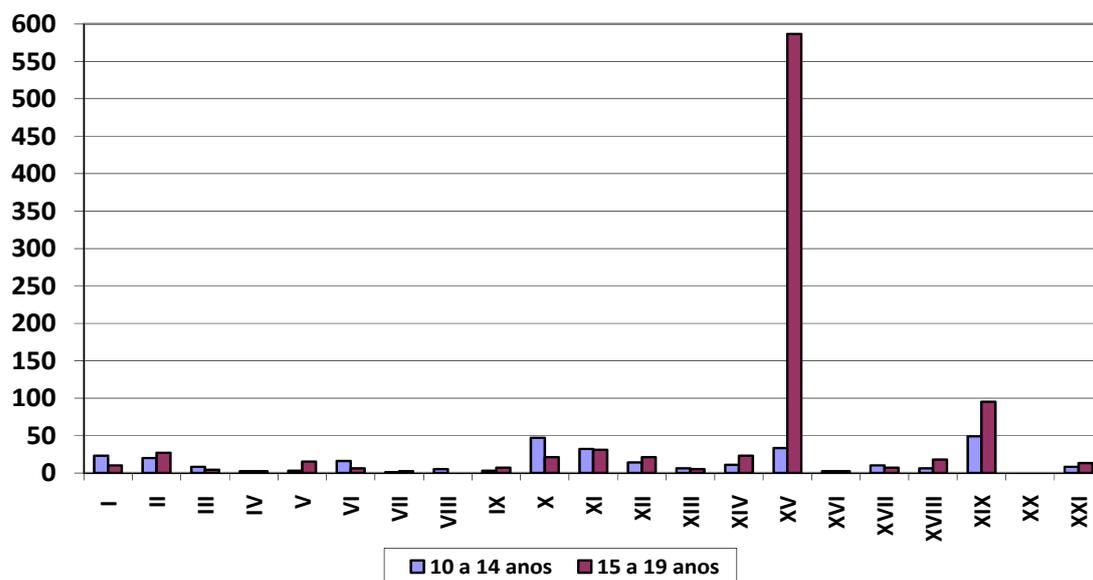
Número de Internamentos de 0 a 9 anos



Fonte: DATASUS - 2013

Dentro das faixas etárias que englobam a infância, as afecções do período perinatal se destacam nos menores de 1 ano, seguida pelas doenças respiratórias, que estão presentes nas três faixas, diminuindo conforme a progressão da idade. As doenças infecciosas e parasitárias estão presentes em maior número na faixa de 1 a 4 anos e as lesões por envenenamento e outras consequências de causas externas surgem nas três faixas, com aumento diretamente proporcional à idade.

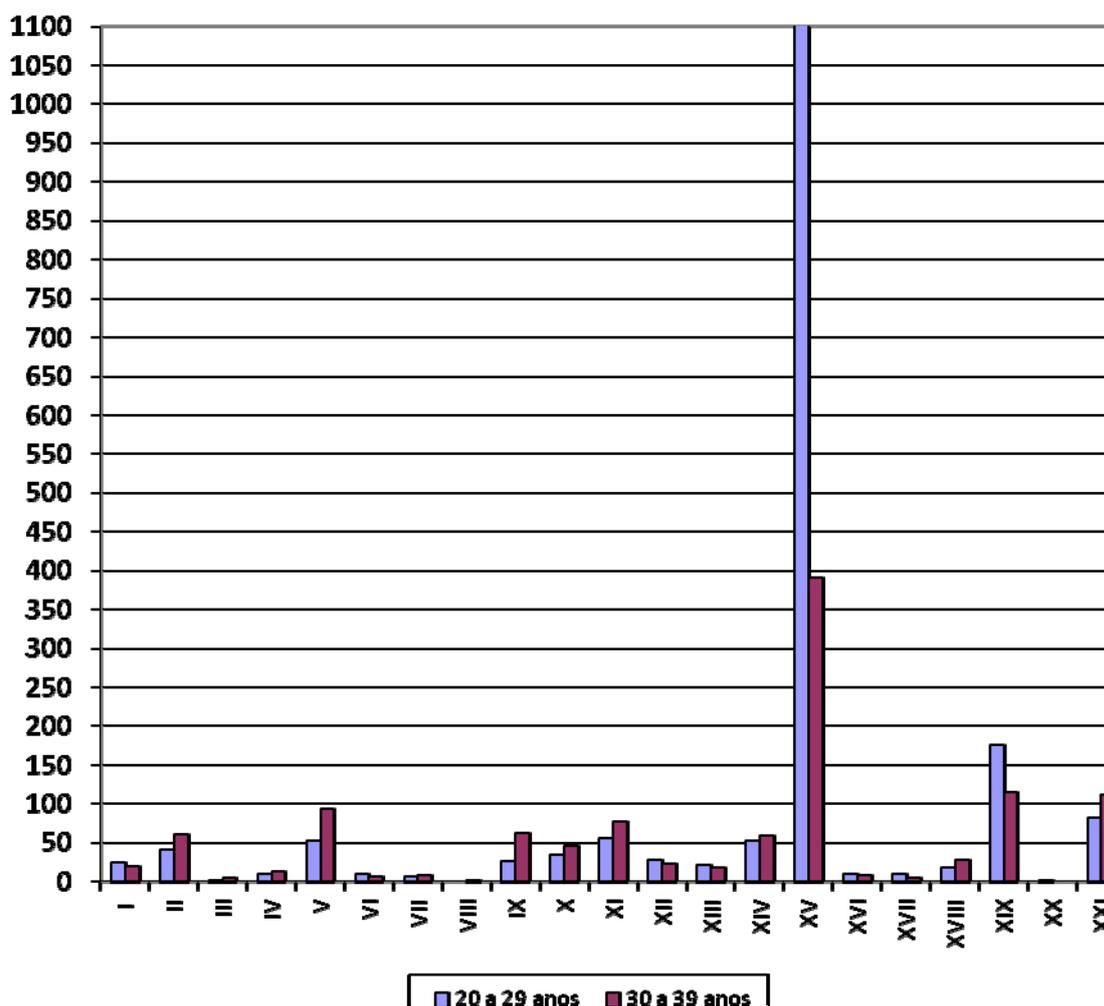
Número de Internamentos de 10 a 19 anos



Fonte: DATASUS - 2013

As gestações aparecem como principal causa de internação na adolescência, com 33 casos de 10 a 14 anos e 587 casos de 15 a 19 anos, dado que demonstra que 29% das internações de gestantes são adolescentes. Em seguida as lesões por envenenamento e outras conseqüências de causas externas como principal causa de internamento na faixa etária de 10 a 14 anos, e segunda causa de internamento nos adolescentes de 15 a 19 anos.

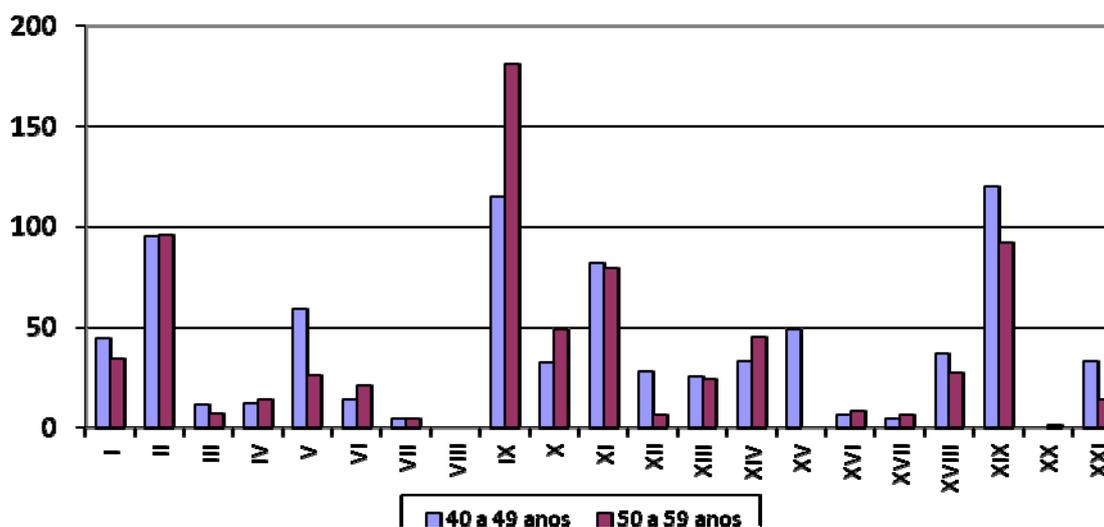
Número de Internamentos de 20 a 39 anos



Fonte: DATASUS - 2013

O Internamento por gestação e puerpério é predominante na faixa de 20 a 29 anos e em menor número de 30 a 39 anos, Juntas essas faixas etárias correspondem a 69% dos casos de internações por este grupo de causa. Em segundo lugar estão as Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas, com 176 casos de 20 a 29 anos e 115 casos de 30 a 39 anos, somando 35% de todas as internações por este grupo de causa.

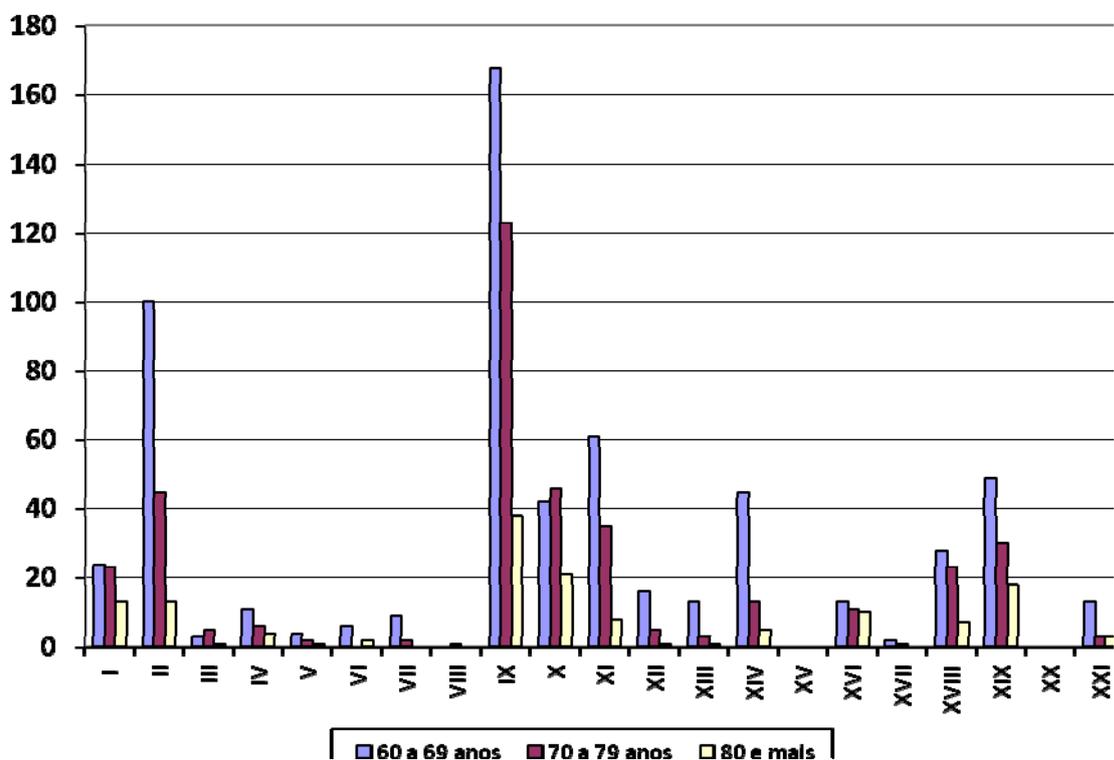
Número de Internamentos de 40 a 59 anos



Fonte: DATASUS - 2013

As causas de internamento agora aparecem mais distribuídas do que nos gráficos anteriores. Destacam-se em ambas as faixas as doenças do aparelho circulatório com 181 casos de 50 a 59 anos e 115 casos de 40 a 49 anos; as Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas com 120 casos de 40 a 49 anos e 92 casos de 50 a 59 anos, as neoplasias e as doenças do aparelhos digestivo surgem respectivamente com 95 e 82 casos de 40 a 49 anos e 96 e 79 casos de 50 a 59 anos. Os transtornos mentais e comportamentais também apontam com 94 casos na faixa de 40 a 49 anos.

Número de Internamentos de 60 anos ou mais



Fonte: DATASUS - 2013

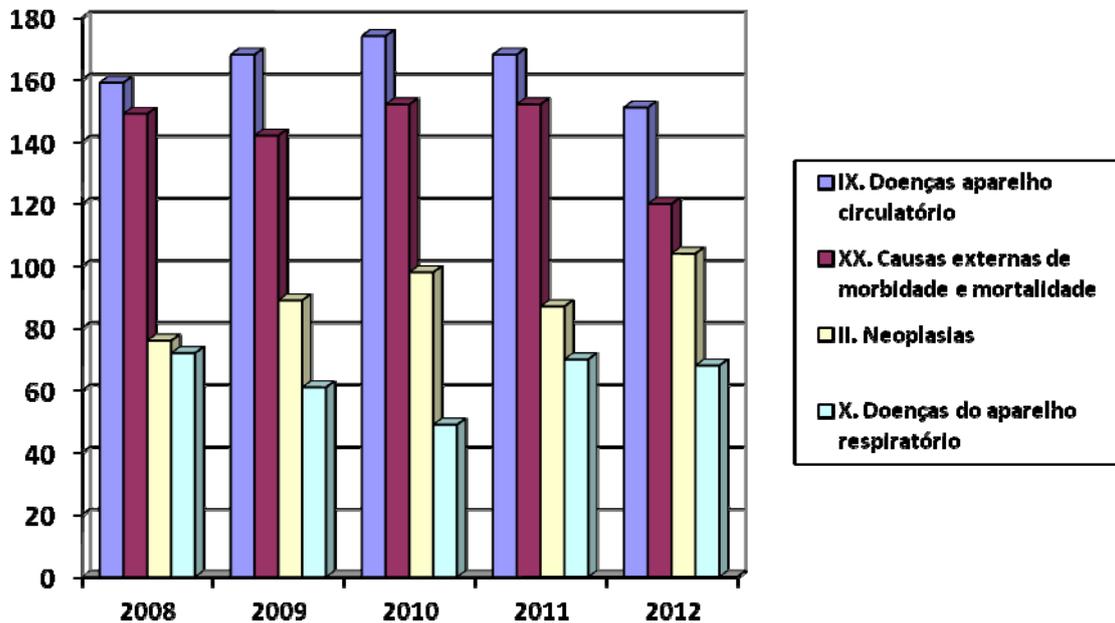
Mantém-se prevalente as doenças do aparelho circulatório nas três faixas etárias, com considerável diminuição conforme a progressão da idade, sendo 168 o número de internamentos de 60 a 69 anos, 123 de 70 a 79 anos e 38 a partir de 80 anos de idade. Na sequência a neoplasia como segunda causa de internamento, também com decréscimo conforme o aumento da idade, sendo respectivamente o número de casos igual a 100, 45 e 13. Na faixa etária de 60 a 69 anos apontam as doenças do aparelho digestivo com 61 casos, doenças do aparelho geniturinário com 45 casos e as lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas com 49 internamentos.

Total de Óbitos por Grupo de Causa						
Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	Total
IX. Doenças aparelho circulatório	159	168	174	168	151	820
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	149	142	152	152	120	715
II. Neoplasias	76	89	98	87	104	454
X. Doenças do aparelho respiratório	72	61	49	70	68	320
XVIII. Sint. Sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	40	37	43	32	21	173
XI. Doenças do aparelho digestivo	27	33	37	31	31	159
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	24	30	27	27	39	147
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	24	15	27	20	24	110
VI. Doenças do sistema nervoso	4	12	16	5	18	55
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	18	6	7	10	4	45
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	5	9	8	18	41
XIV. Doenças do aparelho geniturinário.	9	8	6	9	7	39
XVII. Malformações congênitas Deformid. anomalias cromossômicas	4	12	2	10	10	38
XV. Gravidez, parto e puerpério	1	5	2	0	2	10
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár.	1	1	1	6	1	10
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0	0	3	0	2	5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	1	1	2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	1	1	2
Total	609	624	653	637	622	3145

Fonte: SIM

A tabela acima demonstra que nos anos de 2008 a 2012 o maior grupo de causas de óbito em Almirante Tamandaré foi de doenças circulatórias com variação de 26,11% a 24,28% dos óbitos do município. Em segundo lugar permanecem, como nos anos anteriores, as causas externas, com variação de 24,47% a 19,29% dos óbitos. Em terceiro lugar se mantém as neoplasias, com índice de 12,48% a 16,72% dos óbitos do município. Em quarto lugar as doenças do aparelho respiratório, com índice de 11,82% a 10,93%.

Principais Causas de Mortalidade de 2008 a 2012

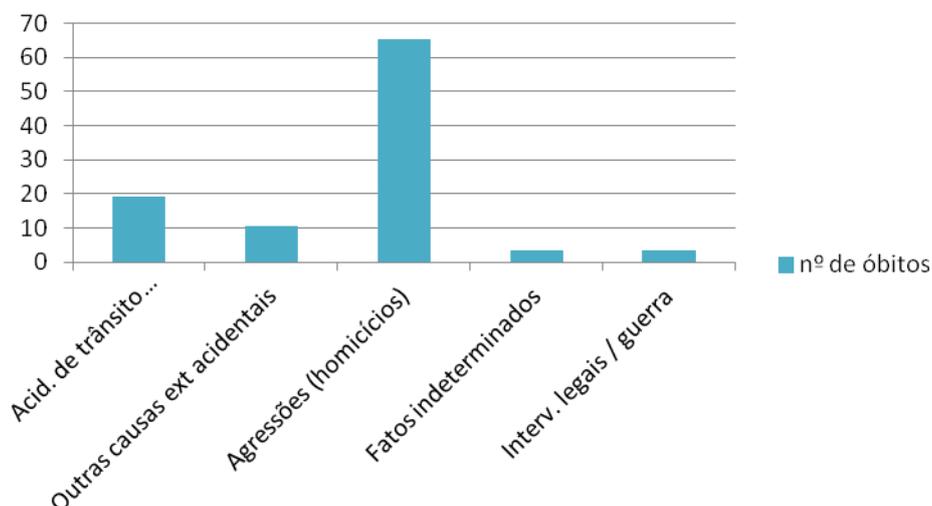


Fonte: SIM

Observa-se que as doenças do aparelho circulatório tiveram uma elevação, atingindo pico de 174 óbitos em 2010, seguida de redução até o ano de 2012. As causas externas apresentaram variação constante, com queda importante do número para 120 em 2012, mas quando comparado aos dados dos anos anteriores a 2008, observa-se que este grupo de causa vem aumentando progressivamente. O grupo das neoplasias, também com variação constante, apresenta pico de 98 óbitos em 2010 e 104 óbitos em 2012, aproximando-se da segunda maior causa de óbitos. O grupo das doenças do aparelho respiratório apresentou queda importante para 49 casos em 2010, seguida de elevação brusca em 2011, para 70 casos.

No Paraná, dados de 2010 revelam que o primeiro grupo de causa também é o das doenças do aparelho circulatório com taxa de 170,3/100.000 habitantes. Já a segunda causa de morte é a neoplasia, com taxa de 105,3/100.000. Na seqüência estão as causas externas, com 84,8/100.000 e as doenças do aparelho respiratório, com 59,7/100.000 habitantes.

Classificação do Grupo de Causas Externas / 2011



IPARDES, 2013

No ano de 2011 as agressões e homicídios corresponderam a 65% das mortes por causas externas em Almirante Tamandaré, o que demonstra que a violência no município é extrema e necessita de plano estratégico voltado para a área de segurança.

4.10 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM ALMIRANTE TAMANDARÉ

A noção histórica e legal de Vigilância Sanitária, estritamente vinculada à prática de fiscalização, ainda hoje restringe a compreensão de suas diversas ações, conferindo matizes de redução ao âmbito do controle sanitário, assim a Vigilância Sanitária do Município de Almirante Tamandaré além de ter como objetivo proteger a saúde e evitar a ocorrência de agravos através do acompanhamento do cumprimento de padrões adequados aos grupos de fatores de risco abrange também a informação e educação sanitárias.

As ações de Vigilância Sanitária contemplam todos os âmbitos da saúde, desde a promoção, passando pela proteção, recuperação e reabilitação da saúde e estruturam-se em:

- Ações de normatização e controle da prestação de serviços e atividades que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde;
- Ações de normatização e controle da industrialização, transporte, comercialização e uso de produtos de interesse sanitário;
- Ações de normatização e controle sobre a higiene ocupacional e demais aspectos da saúde do trabalhador;
- Ações de normatização e controle de saneamento básico e ambiental, particularmente no que diz respeito à qualidade da água fornecida à população e do destino dos efluentes residenciais, comerciais e industriais.

Para tanto, a VISA conta com uma equipe multidisciplinar composta por duas médicas veterinárias, um técnico em saneamento, um agente em saneamento, uma farmacêutica e duas auxiliares administrativas.

ELENCO DOS ESTABELECIMENTOS EXISTENTES EM ALMIRANTE TAMANDARÉ

A equipe de VISA organiza periodicamente visitas às mais diversas regiões do município com a finalidade de cadastrar os objetos e instrumentos alvos de sua ação e consegue assim elaborar um retrato relativamente fiel da paisagem onde trabalha. Porém, longe de ser uma obra acabada, visto há muito não ser feita uma varredura que permita ao serviço ter um perfil preciso dos seus alvos de trabalho, uma vez que muitos estabelecimentos iniciam e encerram suas atividades em curtos espaços de tempo.

ATIVIDADES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA BÁSICA

O município de Almirante Tamandaré pactuou, no ano de 2004, o termo de Ajustes e Metas para execução de ações de Vigilância Sanitária de Média Complexidade (modelo C), ficando as ações de alta complexidade sob a responsabilidade da equipe estadual.

INSPEÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DA VISA BÁSICA CONFORME ELENCO NOAS

Dos estabelecimentos que desenvolvem atividades que são alvo do controle sanitário realizado pela VISA, são inspecionados todos aqueles que, por demanda espontânea encaminham processo com solicitação de vistoria. Assim é estabelecido o roteiro de inspeções, a partir do qual se vistoria outros estabelecimentos na região eleita.

Atividades relacionadas a alimentos e bebidas são inspecionadas por uma médica veterinária, estabelecimentos relacionados à saúde são atendidos por uma farmacêutica e um técnico em saneamento vistoria instalações sanitárias.

Cada ação tem uma equipe formada conforme a complexidade e tipo do estabelecimento a ser vistoriado, podendo assim a inspeção ser realizada por vários técnicos do departamento. Vale ressaltar que, qualquer que seja a natureza do estabelecimento, a equipe sempre será composta por no mínimo dois técnicos.

AÇÕES RELACIONADAS A ALIMENTOS

Estabelecimentos que comercializam, manipulam, armazenam, transportam e industrializam alimentos e bebidas são regularmente fiscalizados e devidamente orientados a atender plenamente as exigências relacionadas à atividade.

A equipe estadual possui uma rotina de coletas de amostras em estabelecimentos do município para atender a programas específicos. Nestas oportunidades a equipe municipal fornece suporte técnico-administrativo às ações.

Cabe destacar que as ações relacionadas a alimentos no âmbito municipal são coordenadas pela médica veterinária.

AÇÕES RELACIONADAS A PRODUTOS

Em conjunto, porém respeitando as particularidades de cada ação, a equipe de VISA inspeciona e orienta os estabelecimentos que produzem, comercializam ou que de qualquer forma trabalhem com produtos de interesse à saúde e assim sejam alvos de ação fiscalizatória e normativa da Vigilância Sanitária, exigindo o cumprimento dos preceitos estabelecidos na legislação.

AÇÕES RELACIONADAS A SERVIÇOS DE INTERESSE À SAÚDE

Os serviços de interesse à saúde são periodicamente inspecionados pela equipe da VISA, nestes casos sob a coordenação de um profissional farmacêutico.

Em Almirante Tamandaré, encontram-se instalados um hospital (atualmente interditado pela VISA estadual), clínicas médicas, consultórios odontológicos, laboratórios de análises clínicas, farmácias e drogarias, clínicas de fisioterapia, estabelecimentos de longa permanência para idosos, casas para recuperação de dependentes químicos, clínicas radiológicas, entre outros. Tais serviços, além das vistorias decorrentes da demanda espontânea pela procura de Licença Sanitária, passam por inspeções rotineiras, recebem informações de farmacovigilância e outras de interesse que chegam a VISA municipal através dos mais diversos órgãos.

4.11 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A VISA de Almirante Tamandaré conta com um técnico em saneamento que organiza e realiza as ações de saneamento básico e ambiental, que abrange: a vigilância da qualidade da água fornecida à população através do programa VIGIÁGUA, vistorias decorrentes de reclamações geralmente relacionadas ao lançamento irregular de esgotos e de animais em áreas urbanas, ações preventivas e educativas com distribuição de materiais educativos.

A equipe de VISA conta com o suporte e auxílio técnico da equipe da Secretaria Municipal de Meio Ambiente sempre que necessário.

AÇÕES DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Todo o corpo de funcionários e administradores da Secretaria Municipal de Saúde compreende que os legisladores, quando enunciaram a saúde como um direito universal do cidadão e dever do estado, nos artigos 196 e seguintes da Constituição de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”, tinham também em mente que a difusão do conhecimento é a principal ferramenta de que se dispõe para a promoção e manutenção da saúde. Assim conclui-se que o cidadão em poder da informação transforma-se no mais eficiente multiplicador e que as ações da Vigilância Sanitária surtem efeitos mais significativos se respaldadas pela comunidade.

Nesse contexto são realizadas “Feiras de Saúde”, nas áreas de abrangência dos trabalhos das Unidades de Saúde do município. Nesses eventos, diversas orientações são repassadas à população e a equipe de VISA, especificamente, desenvolve um trabalho de esclarecimento sobre sua atuação e também aborda temas como alimentos, medicamentos, saneamento básico, vetores, animais domésticos, animais peçonhentos, entre outros.

Junto à rede municipal de ensino a equipe organiza palestras com assuntos relacionados à saúde e meio ambiente.

Durante as vistorias, a equipe sempre aproveita para distribuir nas vizinhanças dos estabelecimentos fiscalizados, panfletos educativos e manter assim um diálogo mais próximo e informal com a comunidade.

FORMAS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DA VISA

O campo de atuação da VISA é amplo e sua ação de alcance e impacto objetivo e subjetivo. Seus resultados podem ser avaliados por alguns indicadores específicos, porém seus benefícios podem ser difusos e diluídos no conjunto dos determinantes e condicionantes da saúde, dificultando a

estimativa de sua contribuição. Entretanto, a infra-estrutura deste departamento no município, não permite ainda a elaboração de um efetivo sistema de controle e avaliação das ações realizadas, porém, mesmo assim a equipe consegue traçar um perfil de suas ações e avaliar seus resultados, para tanto se utiliza das seguintes ferramentas:

- Relatórios quadrimestrais das atividades realizadas, com vistas à prestação de contas em Audiência Pública, conforme determina a Lei Complementar 141 de 2012;
- Relatórios de atividades da VISA e prestações de contas financeiras da PPI-VS;
- Relatórios de atividades e prestações de contas do TAM-MAC VISA, até dezembro de 2007.

Análise situacional

O espectro de atividades e estabelecimentos de interesse à saúde em Almirante Tamandaré é muito amplo, visto que o município tem, ano a ano, perdido o perfil de cidade dormitório e passado a oferecer cada vez mais produtos e serviços à população. Todas essas atividades representam ganhos de conforto, comodidade e progresso social e financeiro, entretanto muitas delas representam risco à saúde, daí a importância das ações normatizadoras e fiscalizadoras da VISA.

Entretanto, a atual equipe que compõem a VISA é muito restrita, contando com apenas três especialidades profissionais: farmacêutico, médico veterinário e técnico em saneamento, além de servidores administrativos. Como as ações são predominantemente multidisciplinares, isso sobrecarrega a equipe, que muitas vezes tem que vistoriar e fiscalizar estabelecimentos alheios às suas áreas profissionais. Além disso, a exigüidade da equipe impede que o cadastro de estabelecimentos de interesse à saúde seja periodicamente revisado *in loco*.

As ações da VISA encontram outra barreira na fragilidade das normas jurídicas que as baseiam, pois o município não conta com um Código Municipal de Saúde, usando a lei estadual, e apesar de haver um Código de Posturas que prevê a aplicação de penas, não há na legislação vigente de regulamentação que dê essa competência a VISA, o que torna sua ação muitas

vezes inócua, visto que apenas sanções administrativas não surtem o efeito corretivo desejado. Além do que, parte da equipe não está legalmente habilitada como autoridade sanitária por falta de nomeação específica.

Por fim, há vários sistemas de informação implementados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aos qual o município não tem pleno acesso, ou pela falta de treinamento adequado por parte das esferas estadual e federal, ou pelo desligamento daqueles profissionais que haviam sido treinados.

4.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – VISAT

O Art. 23 da Portaria nº 3252, de 22 de dezembro de 2009, trata da competência das Secretarias Municipais de Saúde quanto à gestão da Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, compreendendo entre outros a Saúde do Trabalhador, dentro dos limites territoriais.

Tendo como principal linha de trabalho a prevenção, promoção e proteção da saúde do trabalhador, bem como a redução da morbimortalidade, a VISAT vem sendo instituída no município de Almirante Tamandaré, respeitando os princípios de universalidade, integralidade, participação da comunidade, descentralização, hierarquização, equidade e precaução, com base em ações integradas entre a Vigilância Sanitária, Ambiental, Epidemiológica e Atenção Primária.

Para que o desenvolvimento das ações da VISAT seja efetivo, a equipe deve contar com informações a respeito da condição de saúde da população trabalhadora. Para tanto deve beneficiar-se de ferramentas de informação como o SINAN, RENAST, Previdência, entre outros, que possibilitem tal estudo. Também deve contar com dados de quantidade de empresas cadastradas no município, bem como o ramo de atividade segundo a Classificação de Nacional de Atividades Econômicas.

A VISAT deve atuar também na forma de educação continuada, estimulando constantemente a Atenção Primária e o Pronto Atendimento na participação dos processos de trabalho, principalmente nas notificações de acidentes e doenças ocupacionais. A Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004 especifica a obrigatoriedade da notificação de 11 grupos de doenças e

acidentes relacionados ao trabalho com a finalidade de dispor a informação sobre o perfil dos trabalhadores e a ocorrência de agravos relacionados ao trabalho. Tal informação vem nortear as estratégias a serem aplicadas em Vigilância em Saúde, aumentando a fiscalização e controle de riscos ocupacionais.

Número de Notificações Compulsórias por Grupo de Acidentes e Doenças Ocupacionais em Almirante Tamandaré					
GRUPO DE ACIDENTE E DOENÇA	2008	2009	2010	2011	2012
Acidente de trabalho grave (fatal ou com mutilação)	-	-	1	1	2
Acidente com exposição a material biológico	-	-	-	-	-
Acidentes do trabalho com crianças e adolescentes	-	-	-	-	-
Dermatoses ocupacionais	-	-	-	-	-
Intoxicações exógenas (por subst. químicas, como agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)	2	2	1	3	2
Lesões por Esforços repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)	-	-	-	-	-
Pneumoconioses	-	-	-	-	-
Perda Auditiva Relacionada ao Trabalho (PAIR)	-	-	-	-	-
Transtornos mentais relacionados ao trabalho	-	-	-	-	-
Câncer relacionado ao trabalho	-	-	-	-	-

Fonte: Sistema Nacional de Agravos e Notificação (SINAN)

A tabela acima demonstra que foram notificados quatro casos de acidente grave e dez casos de intoxicação exógena, relacionados ao trabalho, no período de 2008 a 2012, em Almirante Tamandaré. Os outros grupos de doenças ou acidentes não apresentaram notificações.

A subnotificação de casos é notória, o que denota que a vigilância em saúde do trabalhador não é suficientemente valorizada de um modo geral no município. Sempre que a equipe de VISA realiza uma ação de vistoria ou fiscalização, há a preocupação de avaliar as questões referentes à higiene do trabalho, no que diz respeito às condições de execução das tarefas, da salubridade do ambiente e do respeito às definições dispostas no PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de

Prevenção dos Riscos Ambientais). Porém até o ano de 2013 não era realizado por profissional qualificado em saúde do trabalhador, mantendo o programa sempre em segundo plano.

Também não ocorreu neste período inspeção de forma adequada das empresas quanto à redução de riscos ocupacionais e quanto ao comprometimento na emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), principalmente nas indústrias de cal, que corresponde a uma das principais atividades do município.

Este dado também é visto quando comparada a tabela acima com a estatística municipal do Tribunal Superior do Trabalho (TST), que mostra que no ano de 2009 ocorreram dois acidentes com óbito, classificados como acidente de trabalho grave, que não foram notificados, não constando, portanto, na tabela do SINAN.

A partir de 2013 foi incluída na equipe uma enfermeira especialista em saúde do trabalhador, que veio para atuar na vigilância epidemiológica, com objetivo de reduzir a subnotificação, porém com ações também na vigilância sanitária, a fim de fortalecer as ações voltadas para a saúde do trabalhador.

		Estatística Municipal de Acidentes de Trabalhos 2009 - 2010					
		Total	Com CAT registrada				Óbito
			Total	Motivo			
				Típico	Trajeto	Doença	
Nº	Município	2009	2009	2009	2009	2009	2009
		2010	2010	2010	2010	2010	2010
1º	Curitiba	11386	9820	7716	1871	223	32
		11466	10232	8089	1898	245	24
2º	Londrina	3674	2657	2073	539	45	9
		3772	2827	2221	552	54	8
3º	Cascavel	2757	2182	1884	282	16	9
		2578	2068	1742	312	14	11
60º	Almirante Tamandaré	152	152	117	34	1	2
		118	118	91	7	-	1

Fonte: Tribunal Superior do Trabalho (TST)

Lê-se que o município de Almirante Tamandaré encontra-se na sexagésima posição, quando são analisados números totais de acidentes de

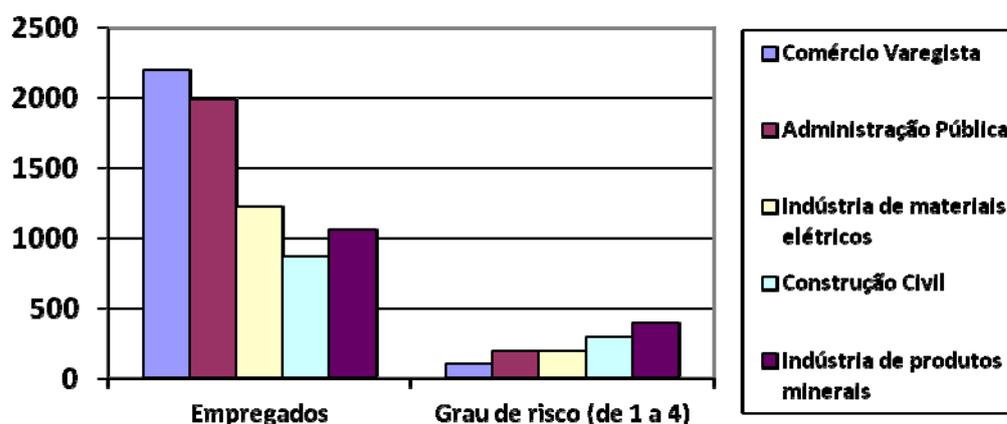
trabalho nos anos de 2009 e 2010, em comparação com os demais municípios do estado. Porém este dado não informa a taxa, que corresponde ao número de acidentes sobre a média anual de previdenciários do ano. Porém existem limitações quanto à disponibilidade de dados previdenciários por município. A previdência fornece informações somente por estado, o que seria insuficiente para comparação.

Número de Estabelecimentos e Empregos Segundo a Atividade Econômica		
ATIVIDADES ECONÔMICAS	Estabelecimentos	Empregos
Indústria de extração de minerais	20	356
Indústria de produtos minerais não metálicos	56	703
Indústria metalúrgica	36	310
Indústria mecânica	13	110
Indústria de materiais elétricos e de comunicação	11	1.224
Indústria de materiais de transporte	6	42
Indústria da madeira e do mobiliário	37	225
Indústria do papel, papelão, editorial e gráfica	14	281
Indústria da borracha, fumo, couros, peles, prod.sim.e ind. diversa	18	244
Indúst. química, prod. farmac, veterin.,perf.,sabões,velas e mat. plást	15	207
Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	3	4
Indústria de produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	23	543
Serviços industriais de utilidade pública	4	442
Construção civil	89	870
Comércio varejista	450	2.203
Comércio atacadista	41	418
Instituições de crédito, seguro e de capitalização	4	47
Administradoras de imóveis, valores mobil., serv. técn. profis., auxiliar atividades Econômicas	58	433
Transporte e comunicações	35	609
Serviços de alojamento, alim., reparo, manut., radiodifusão e televisão	112	671
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	12	81
Ensino	12	48
Administração pública direta e indireta	2	1.985
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	17	222

Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES)

A tabela acima detalha os diversos tipos de atividade econômica em Almirante Tamandaré, com o total de 1088 estabelecimentos empresariais e 12278 empregados. Nela pode ser identificada a atividade em que se encontra o maior o número de pessoas, assim como o grau risco inerente à ocupação.

Número de Empregados Conforme Classificação de Risco



Fonte: IPARDES

O gráfico acima mostra os cinco maiores grupos de trabalhadores, segundo a CNAE, sendo que o comércio varejista compreende o maior número de pessoas, com o menor risco ocupacional. Em segundo e terceiro lugar estão a administração pública e a indústria de materiais elétricos e de comunicação, com risco intermediário. Em quarto e quinto lugar, com risco variável entre 3 e 4, estão a indústria de produtos minerais e a construção civil.

Outro fator que impressiona é que o segundo maior grupo de trabalhadores, conforme o gráfico, atua de alguma forma na administração pública do município e não possuem nenhum tipo de assistência relacionada à saúde do trabalhador.

4.13 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Segundo a Política Nacional de Medicamentos a Assistência Farmacêutica é conceituada como: “grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.” (MS, 1998)

A assistência farmacêutica compreende: a seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento e distribuição, o controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação – o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tem como propósito precípuo garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais, observando-se que: só é prestada a assistência Farmacêutica a partir de prescrição médica, odontológica, de acordo com legislação vigente.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A oferta do elenco básico de medicamentos é parte integrante da política de assistência à saúde do município. Esse elenco foi elaborado pelos farmacêuticos do município, baseada no Elenco de Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica para os municípios do Paraná, pactuado na

(CIB) Comissão Intergestores Bipartite, que desempenha o importante papel de aprovar a relação dos medicamentos básicos para os municípios do estado, na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), na consulta aos médicos da rede e na avaliação de dados epidemiológicos. Estes medicamentos, selecionados, são destinados ao atendimento das doenças prevalentes identificadas na Atenção Básica conforme a portaria 3237/GM de 24/12/2007 e a deliberação CIB/PR 139/2010.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO ESPECIAL

Programa municipal criado para fornecer medicamentos excepcionais, ou seja, medicamentos que não constam em nenhum dos programas municipais. Normalmente são receituários oriundos de fora da rede municipal e de serviços de média ou alta complexidade. O acesso é através do preenchimento de solicitação junto ao Protocolo da Prefeitura. A análise do processo se dá conforme as orientações contidas na Recomendação Administrativa nº 12/06 do Ministério Público do Estado do Paraná.

RECURSOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Medicamentos estabeleceu as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, incluído no Piso de Atenção Básica, é um recurso que deve ser financiado pelas três esferas do governo- federal estadual e municipal. Ao governo federal cabe financiar R\$ 5,10 por habitante/ano; ao governo estadual cabe financiar o mínimo de R\$1,86 habitante/ano e ao governo municipal cabe financiar o mínimo de R\$ 1,86 por habitante/ano, conforme estabelecido na Portaria nº 4.217/GM/MS, de 29/12/2010.

Os valores referentes às contrapartidas dos estados e municípios são definidos e aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite Estaduais (CIB). A

deliberação da CIB/PR n 139/2010 determina a transferência de recursos financeiros da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, na qual o município de Almirante Tamandaré se enquadra na transferência de Recurso do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde onde os recursos federais e estadual são repassados na forma de convênio ao Consórcio Paraná Saúde, que operacionaliza a aquisição e distribuição de medicamentos.

A contrapartida municipal, na aquisição de medicamentos do elenco básico, é realizada através do processo de licitação e está de acordo com a Portaria nº 4.217/GM/MS, de 29/12/2010 que estabelece o valor mínimo é de R\$1,86 habitante/ano.

ATRIBUIÇÕES E ESTRUTURA

A Assistência Farmacêutica é exercida pela Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde e pela Farmácia da Unidade de Saúde Cachoeira, subordinadas às suas rotinas próprias, sob supervisão de profissionais legalmente habilitadas. As seguintes atribuições funcionais são:

- Assistência farmacêutica na atenção básica;
- Controle diferenciado dos psicotrópicos, por serem produtos que causam dependência física e psíquica, sujeitos a controle específico (Portaria SVS - MS nº 344/98). Esses medicamentos ficam em local seguro, isolado dos demais, sob controle e responsabilidade legal do farmacêutico.

O município dispõe de Central de Distribuição de Medicamentos (CDM), cujas atividades consistem:

- Suprimento dos medicamentos às 12 unidades de saúde localizadas no município, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária ou utilização pelas unidades de saúde;
- Recebimento; estocagem; conservação; controle de estoque e distribuição.

ATENÇÃO AO PACIENTE COM DIABETES

Atualmente temos em torno de 850 pacientes insulino- dependentes cadastrados no município. Estes são atendidos com:

- Dispensação de insulina, de acordo com a PORTARIA Nº 3.237, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2007;
- Fornecimento de glicosímetros, tiras e seringas de insulina: conforme Lei Federal nº 11.347, de 2006, a Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007, cujos valores a serem aplicados por cada esfera de gestão é de R\$ 0,30 habitante/ano e a Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002.

Art. 5º O Ministério da Saúde financiará ainda, com recursos distintos dos valores indicados no artigo 4º, parágrafo único, a aquisição e a distribuição às Secretarias de Saúde dos Estados, dos seguintes medicamentos e insumos:

I - medicamento Insulina NPH 100 UI e Insulina Humana Regular 100 UI, constantes do Elenco de Referência e cujo gasto de referência representa R\$ 0,68 habitante/ano

Art. 6º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino dependentes.

PROGRAMAS ESPECIAIS

Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – é de responsabilidade do MS e Estados e se destina à aquisição e distribuição de Medicamentos Excepcionais, para tratamento de patologias que compõe o Grupo 36 –da Tabela.do SIA/SUS.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – consiste em financiamento, de responsabilidade do MS, para ações de AF de programas estratégicos como:

- Controle de endemias - Tuberculose, Hanseníase;
- Programa DST/AIDS;
- Sangue e Hemoderivados;
- Imunobiológicos;

- Insulina.

4.1 4 SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde teve início em julho/2011 e tem como característica fundamental a formulação de respostas profissionais qualificadas face à questão social. O projeto ético político do serviço social vincula-se a um projeto de sociedade que propõe a construção de uma nova ordem social sem dominação ou exploração de classe, etnia ou gênero.

Compreendendo o significado da política pública de saúde a partir das Leis Federais 8.080 e 8.142/1990 e do sistema que a compõe tendo como norte os princípios de acesso universal público e gratuito a partir da integralidade e equidade das ações, trabalhando na perspectiva de descentralização do processo de operacionalidade dos recursos, das ações e da organização de mecanismo de participação e de controle social. Na política de saúde, o serviço social vem integrar a proposta do SUS ancorada em uma concepção ampliada de saúde. A atuação do assistente social provoca significativo impacto nas condições e no modo de vida dos usuários, pela garantia de acesso às políticas, serviços, programas, projetos e benefícios sociais.

Lotado na gestão da política de saúde, o serviço social tem por objetivo de identificar as demandas trazidas pelos usuários do sistema, sistematizá-las no planejamento de ações e organização dos serviços, bem como o assessoramento das expressões das questões sociais associadas às situações de saúde trazidas pelas equipes de saúde.

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do espaço de trabalho, o modelo de gestão implantado, nos permitia construir instrumentos de trabalho para atender as demandas fragmentadas trazidas pelos usuários à SMS, as quais eram atendidas de

forma individualizada, pelos setores de nutrição, serviço social, atenção básica e farmácia, para isto foram elaborados um protocolo que estabelece critérios para dispensação de todos os tipos de benefícios - medicamentos, equipo, frascos, sondas, entre outros. Este instrumento é identificado como “fluxo de acompanhamento para fornecimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares”.

A operacionalização deste protocolo acontece através de reuniões semanais ou entrevistas sociais em que a equipe técnica da SMS (assistente social, nutricionista, enfermeira e farmacêutico), semanalmente avaliavam, discutiam e elaboravam pareceres técnicos respaldando os profissionais da assistência direta, auxiliando o processo de descentralização dos atendimentos e estabelecimento de vínculo e responsabilização da equipe local de saúde e usuários da sua área de abrangência.

Com o objetivo de aproximar-se das demandas trazidas pelos usuários e operacionalizar este protocolo, em meados do mês de janeiro de 2012 optou-se por implantar o plantão social na SMS, esta prática deu-se através de atendimentos diários, acolhimento, relatório de atendimento, encaminhamento a rede de serviço municipal e intermunicipal e principalmente a “re”-vinculação deste usuário à unidade de referência.

Neste espaço garante-se o acesso a oxigenoterapia domiciliar, pensão - Lei Estadual 8.246/86, passe livre - LEI nº 8.899/94, Tratamento Fora de Domicílio (TFD), dispensação de fórmula infantil para mães impossibilitadas de amamentar e outros serviços.

AÇÕES ESTRATÉGICAS

Combate à violência e promoção da saúde

A implantação da Rede de Proteção às pessoas em situação de violência doméstica a partir de novembro de 2011, cujo objetivo geral é contribuir para a redução da violência, especialmente no que se refere à violência doméstica/familiar, aconteceu através de capacitações, reuniões mensais com a coordenação municipal, redes locais e um encontro final de encerramentos das atividades do ano letivo. Este processo foi fruto de um movimento iniciado em 2009, articulado entre as secretarias de Ação Social,

Saúde e Educação, cuja discussão era de identificar os serviços disponibilizados no município, levantamento de dados sobre as várias expressões da violência doméstica e a ficha de notificação obrigatória da violência contra crianças e adolescentes em todas as escolas municipais. Em 2010, amplia a sua atuação envolvendo além dos educadores municipais, as escolas estaduais, as unidades de saúde, as unidades de ação social, o Conselho Tutelar e as entidades sociais parceiras da municipalidade na construção de uma rede interinstitucional e transetorial (Manual de Atendimento da Rede de Proteção – Almirante Tamandaré/2012)

Neste contexto o serviço social é circunscrito para intervir junto ao enfrentamento da violência, entendida como uma expressão da questão social, matéria prima de atuação profissional, integrando a uma equipe interdisciplinar de técnicos teoricamente qualificados pra discutir este fenômeno que está presente no processo saúde-doença.

Caracterização da rede de combate à violência

A rede de proteção contra a violência doméstica e intrafamiliar foi uma iniciativa conjunta entre as Secretarias de Ação Social, Saúde e Educação, a fim de promover em Almirante Tamandaré, nas relações de assistência prestadas pelos equipamentos municipais, ações dirigidas às pessoas que sofreram situações de violência em seu ambiente doméstico e familiar.

Essas ações são de abrangência da promoção e proteção: a promoção é caracterizada por campanhas nas escolas, unidades de saúde e demais equipamentos públicos direcionadas às pessoas que os freqüentam e visam debater o tema da violência, conhecer sua cadeia causal, e maneiras de combatê-la. A proteção é a ação de atender pessoas que passaram por processos de violência, buscando minimizar os prejuízos decorrentes deste. Esse atendimento é realizado no âmbito da assistência social e da saúde. Para concretizar esse trabalho, a rede se organizou em redes locais, territorializadas a partir das Unidades de Saúde e supervisionadas por um dos integrantes da coordenação municipal da Rede.

No mês de Julho/2012 o município foi contemplado com um recurso estadual no valor de trinta mil reais com o objetivo de realizar ações de enfrentamento a violência no município.

Neste sentido, por ocasião do DIA INTERNACIONAL DA NÃO VIOLÊNCIA CONTRA MULHER (25 de novembro de 2012), foram disponibilizadas camisetas aos servidores, a fim de promover uma reflexão sobre esta temática que está presente em nosso cotidiano e que é uma demanda significativa aos serviços de saúde.

Foram realizadas rodas de conversas com os grupos de gestantes das unidades de saúde do Tanguá, São Venâncio e Sede sobre a Lei Maria da Penha.

Dados Quantitativos das Ações Operacionalizadas pelo Serviço Social SMS jul/2011 à ago/2013	
Atividades	N °
Atendimento social para orientações, realizadas no plantão social	185
Cursos de capacitação	07
Elaboração de relatórios processos administrativos	213
Trabalho de grupo (hipertensos, gestantes/mulheres) nas Unidades de Saúde	08
Reunião Intersetorial (Atenção Primária, Vigilância Epidemiológica/Vigilância Sanitária)	05
Reunião Conselho Municipal da Saúde	03
Reunião Rede de Proteção/coordenação Municipal e Redes Locais	11
Reunião Centro de Referência de atendimento à mulher em situação de violência Doméstica	18
Reunião com equipe das Unidades de Saúde	14
Visita Domiciliar	57
Reunião com outras Secretarias (SAS/técnicos)	06

Fonte: SMS/Serviço Social

4.15 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

O PM DST/AIDS tem por atribuição o cumprimento do Plano de Ações e Metas elaborado pela equipe e seus parceiros, e aprovado pelo Conselho de Saúde. Entretanto suas ações vão além desta pactuação, pois visa o avanço da política pública, para as DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Segundo dados do SINAN, o primeiro caso notificado em Almirante Tamandaré foi em 18/04/90 um homem de 27 anos.

A partir dos dados epidemiológicos de 2012 observa-se que a taxa de incidência neste ano foi de 37,93 e a taxa de prevalência é de 0,13 no ano de 2012.

Indica um aumento importante da notificação de casos com tendência a aumentar devido à divulgação do CTA para o diagnóstico precoce.

Em 2012 47% dos casos notificados são entre 20 a 34 anos e 48% são entre 35 a 49 anos, o que leva a estimar um período de infecção na juventude e início da vida adulta.

Diante desses dados o PM DST/AIDS objetiva ampliar suas ações junto à população jovem e adulta, dentre a faixa etária predominante, paralelamente propõe-se atingir, mais especificamente a população de mulheres e homossexuais jovens que ao iniciarem sua vida sexual estão vulneráveis em função de suas condições sócio-culturais.

Com o exposto destaca-se uma estimativa de trinta por cento das mulheres com alguma DST, do total de atendimento nos exames de papanicolau nas USB.

Observa-se a população em geral compreendida entre 18 a 38 anos um aumento na procura dos atendimentos, em função das campanhas de prevenção e incentivo à busca e a orientação para que o indivíduo fique atento a sua saúde como um todo.

Constata-se também a vulnerabilidade dos usuários de ambos os sexos com relatos da dificuldade do uso, do preservativo e por fatores diversos, mas principalmente pela banalização das DST e do próprio auto cuidado.

Em razão da cultura, a busca pela USB é 80% feita por mulheres que trazem seus filhos recém nascidos, crianças e adolescentes para efetuar os atendimentos inclusive a testagem.

O CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento localizam-se em um ponto estratégico em termos, de acesso facilitado e densidade demográfica. Aliado a estes elementos observou-se a construção da identidade do CTA como para os alunos da rede de ensino público e privado.

5 OBJETIVOS, DIRETRIZES, AÇÕES E METAS

5.1 PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DO FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Objetivo: Aperfeiçoar a Atenção Básica para e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços; Melhorar a organização e qualidade da assistência na atenção básica; Desenvolver o conjunto de ações de Caráter individual ou coletivo, com promoção da Saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

5.1.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

- Fortalecimento da Atenção Primária, através da ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família;
- Capacitação permanente dos ACS;
- Capacitação das equipes da ESF;
- Monitoramento e avaliação das equipes de ESF, quanto ao desenvolvimento das ações propostas pela ESF;
- Manter a elaboração de “manual dinâmico” da ESF;
- Elaboração de Protocolo Municipal da ESF;
- Elaboração de material educativo / informativo à população sobre o trabalho da equipe da ESF;
- Elaboração de Boletim Semestral das ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica e de estratégia saúde da família;
- Supervisão do trabalho de campo realizado pelos ACS;
- Territorialização permanente para as US com ESF;
- Garantir a participação de técnicos da Prefeitura Municipal do município de Almirante Tamandaré em seminários, congressos relativos à Atenção Primária;

- Adquirir veículo próprio da ESF;
- Realização de Auditorias Preventivas;
- Manter o “Programa Saúde nas Escolas”;
- Aquisição de balanças pediátricas e fitas métricas;
- Aquisição de medidores de pressão arterial digitais;
- Aquisição de uniformes, EPIs e materiais para as atividades laborais (camisetas, coletes, calças, bonés, pranchetas, lápis, caneta, borracha, protetores solar Fator 30, álcool-gel 70%);
- Enfermeiro (a) permanente para realização de visitas domiciliares para pessoas acamadas e com necessidades especiais;
- Médico (a) para realização de visitas domiciliares;
- Aquisição de material bibliográfico e equipamentos de multimídia destinados ao ESF;
- Reuniões com as equipes ESF trimestralmente, ou quando se fizer necessário;
- Comunicação Intersectorial (dentro da SMS e com outras Secretarias);
- Parcerias com outras áreas de órgãos governamentais e não governamentais;
- Participação de reuniões / Treinamentos junto à 2ª. Regional de Saúde;
- Aumento do número de equipes ESF/EACS;
- Implantar equipe NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família);
- Participação em Grupos das Unidades de Saúde.
- Construção de 02 duas unidades de porte III no período de 2015 a 2017.
- Ampliar em 100% o número de equipes nesse período.

5.1.2 SAÚDE DA MULHER

- Qualificação de Recursos Humanos para realização de Coletas de Preventivo;
- Adequação da infra-estrutura dos serviços de Saúde para atenção integral à mulher, priorizando o atendimento;

- Elaboração do Protocolo Municipal para atendimento a Saúde da Mulher;
- Controle / Visitar as mulheres com preventivos alterados para continuidade do tratamento (SISCAN);
- Diagnóstico e tratamento precoce dos casos alterados de preventivos do Câncer de Colo Uterino;
- Oferta de Coleta de Preventivos em dias / horários diferenciados nas Unidades de Saúde;
- Ações Educativas dirigidas à População em dias e eventos especiais realizados pela Prefeitura Municipal;
- Manter Parcerias com outras Secretarias em prol da Prevenção e Promoção da Saúde;
- Manutenção do Programa SISCAN (a partir de 2014);
- Cadastro de Gestantes pelas Unidades de Saúde no SISPRENATAL WEB;
- Busca-ativa às gestantes faltosas, mensalmente pelas Unidades de Saúde de sua área de abrangência/ território;
- Grupos de Gestantes nas Unidades Básicas de Saúde;
- Elaboração de Material Educativo / Informativo buscando um Pré-Natal de qualidade;
- Parceria com outros Setores (APMI e outras Secretarias) em prol da Promoção da Saúde da Gestante e Mulher;
- Capacitação de Profissionais para atendimento humanizado as gestantes;
- Elaboração de Protocolo Municipal de atendimento a gestante baseado no Protocolo Estadual e Federal (Mãe Paranaense e Rede Cegonha);
- Encaminhamento as gestantes de Alto-Risco;
- Garantia de exames do Pré-Natal, consultas, vacinas e atendimento ao Hospital / Maternidade de Referência;
- Investigação dos Casos de Mortalidade Materna Municipal;
- Participação das Câmaras Técnicas Municipal de Mortalidade Materna;
- Elaboração de Material Educativo / Informativo, buscando a redução de Mortalidade Materna;

- Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno;
- Incentivo aos Métodos de Planejamento Familiar oferecidos pelo Município;
- Sensibilização do Gestor Municipal quanto à necessidade da realização de Ecografia Obstétrica no Município;
- Manutenção do Programa SISPRENATAL – WEB, consultas, vacinas e exames (acompanhamento);
- Elaboração de Ação quanto ao Dia estadual de Prevenção a Mortalidade Materna 28 de maio pelas Unidades de Saúde;
- Capacitação de Profissionais de saúde para a notificação de Violência e para o trabalho em rede, juntamente ao Setor de Vigilância Epidemiológica;
- Qualificação / capacitação de Profissionais para detecção precoce de alterações mamárias relacionadas ao Câncer de Mama;
- Encaminhamento para realização de Mamografias e Ecografias Mamárias, conforme orientações do INCA;
- Visitas Domiciliares / Acompanhamento as mulheres com alterações nas Mamografias;
- Elaboração de Material Educativo (folder, cartilha, cartaz, out doors, banners, manuais, etc.);
- Participação do Outubro Rosa.

5.1.3 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

- Implantar o protocolo de puericultura;
- Realizar a puericultura em todas as Unidades de Saúde;
- Promover capacitação para atendimento das crianças nas Unidades de Saúde;
- Realizar as ações preconizadas no PSE nos CMEIs, Escolas municipais e estaduais pactuadas no programa;
- Implantação de espaço para acolhimento ao adolescente;

- Realização de capacitação aos profissionais de Saúde para a realização de acolhimento e atendimento adequados;
- Disponibilização gratuita de material informativo sobre a prevenção e o cuidado a saúde do adolescente;
- Incentivo as ações inter setoriais, com vista ao fortalecimento dos fatores protetivos aos adolescentes.

5.1.4 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Ações de Promoção de Modos de Vida e Alimentação Saudável e Ações de Vigilância

- Fortalecer o Sisvan no setor de saúde em consonância com Política Nacional de Alimentação e Nutrição, reforçando e ampliando as atividades já em desenvolvimento, para todas as fases do ciclo de vida;
- Prevenir e controlar os distúrbios nutricionais e as doenças associadas à alimentação e à nutrição em todas as etapas do ciclo da vida por meio de ações voltadas para a redução do baixo peso ao nascer, da desnutrição, das patologias infecciosas, das carências de micronutrientes, da obesidade, das doenças crônico-degenerativas, dos desvios alimentares e nutricionais, incluindo atenção a grupos de portadores de necessidades especiais e em situação de vulnerabilidade social, garantindo também a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- Promover ações educativas e de difusão da informação com apoio dos meios de comunicação e campanhas publicitárias na perspectiva de orientar a população quanto ao uso integral dos alimentos; ao resgate e incentivo ao consumo de alimentos regionais brasileiros de alto valor nutritivo, com ênfase em legumes, verduras e frutas; à importância da educação nutricional como forma de prevenção de doenças e deficiências relacionadas à alimentação e nutrição tanto desnutrição quanto as doenças crônicas não transmissíveis como sobrepeso e obesidade e à garantia da qualidade higiênico-sanitário dos alimentos, bem como da sua origem genética e procedência;

- Garantir a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno, fortalecendo a Política Nacional de Aleitamento Materno e o cumprimento da legislação brasileira que protege a prática da amamentação, bem como a Norma Brasileira de Alimentos Para Lactantes (NBCAL), e respeitar esta norma no estabelecimento de parcerias realizadas pelo governo (CONSEA 2006);
- Valorizar a cultura alimentar, a partir do resgate de hábitos alimentares, produtos e espécies historicamente inseridas nos sistemas alimentares locais e regionais. Para isso, estipular iniciativas interdisciplinares de pesquisa, promovendo estudos que possibilitem a identificação e conhecimento das culturas alimentares das diversas regiões e etnias.

Plano de Ação Referente ao Programa Federal “Bolsa-Família” (PBF)

- Melhorar o acompanhamento dos beneficiários do Programa.
- Organizar as planilhas de acompanhamento enviadas às Unidades de Saúde, em ordem alfabética em com todos aos beneficiários do Município.
- Registro de dados no sistema do Programa.
- Supervisão nas unidades de Saúde para se verificar o correto registro das informações, antropométrica e dúvidas.
- Capacitar os funcionários das Unidades de Saúde quanto objetivos, frequência e importância do acompanhamento, busca-ativa das famílias, correto preenchimento das planilhas e informações relevante quanto à situação da família (óbito, mudança de endereço, etc.).
- Fortalecer parcerias com entidades (Pastoral da Criança e do Adolescente, Secretaria da Educação).

Plano de Ação Referente ao Programa Estadual “Leite das Crianças” (PLC)

- Melhorar a acompanhamento das crianças inscritas no Programa;
- Supervisão nas unidades de saúde para verificar o correto registro de informações, antropométrica e dúvidas;
- Cadastrar todas as crianças inscritas no Programa do leite no SISVAN;

- Fortalecer parcerias com entidades (Pastoral das Crianças, APMI, Associações de Moradores, Instituições Religiosas etc.).

Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

- Implementar o programa nas unidades de Saúde, em princípio nas crianças que são acompanhadas no Programa Estadual “Leite das Crianças” e na puericultura;
- Verificar a quantidade do suplemento em estoque;
- Capacitar os funcionários das Unidades de saúde quanto: aos objetivos, ao correto preenchimento das planilhas e a entrega do suplemento;
- Supervisão nas unidades de saúde para se verificar o correto registro das informações e dúvidas;
- Elaborar material educativo com informações pertinentes ao Programa;
- Distribuir doses semanais de sulfato ferroso para crianças de 6 a 18 meses;
- Distribuir doses diárias de sulfato ferroso e ácido fólico para gestantes;
- Distribuir doses diárias de sulfato ferroso para mulheres no pós-parto e no pós-aborto;
- Desenvolver atividades de orientação nutricional para as famílias acompanhadas no Programa, com vistas a fomentar o consumo de alimentos ricos em ferro e hábitos alimentares saudáveis;
- Controlar as formas moderadas e graves da Anemia por Deficiência de Ferro;
- Avaliar o impacto da suplementação de ferro.

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

- Promover do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de idade, pelo menos;
- Promover uma alimentação saudável, assegurando informações para incentivar o consumo de alimentos ricos em vitamina A para população.

Gestantes

- Acompanhamento do estado nutricional das gestantes do Município, através de planilha integrada com o Programa SIS – pré natal;

- Registro dos dados no SISVAN WEB;
- Supervisão nas Unidades de Saúde para se verificar o correto registro das informações, antropométrica e dúvidas;
- Capacitar os funcionários das Unidades de saúde quanto ao correto preenchimento da planilha, importância do acompanhamento;
- Elaboração de protocolo quanto à avaliação nutricional de gestante;
- Participação nos grupos de gestante das Unidades de Saúde com orientação sobre alimentação saudável para gestação, lactação e sobre aleitamento materno;
- Participação com ações na Semana Mundial da Amamentação nas unidades de saúde.

Pacientes com HIV

- Acompanhamento nutricional bimestral destes pacientes.

Pacientes atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)

- Palestras referentes à alimentação saudável.

Programa de Atenção Nutricional – dietas especiais e fórmula infantil

- Visitas domiciliares dos processos referentes às solicitações de dietas ou fórmulas, com acompanhamento nutricional destes pacientes depois de deferido favorável;
- Realização de visitas domiciliares e acompanhamento dos pacientes que recebem dieta enteral;
- Fiscalização dos documentos que se encontram em anexo nos processos;
- Acompanhamento das crianças inseridas no programa, que recebem fórmula de partida ou de seguimento;
- Orientação nutricional para pacientes com alergia a proteína de leite vaca e intolerância à lactose;
- Encaminhamento das Crianças para o Programa Estadual “Leite das Crianças”;

- Encaminhamento e integração com a Secretaria Municipal de Ação e Desenvolvimento Social e a Secretaria de Administração e Previdência;
- Elaboração de um protocolo específico para atendimento de pacientes com necessidades especiais.

Ações Referentes à Saúde da Criança

- Implementar a puericultura nas Unidades de Saúde;
- Monitoramento do preenchimento das fichas de puericultura nas Unidades de Saúde;
- Orientação quanto à saúde da criança;
- Visita domiciliar dos recém-nascidos de baixo peso (<2.500g), a partir das Declarações de Nascidos Vivos recebidas pela 2ª Regional de Saúde;
- Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até 6º mês de vida da criança;
- Participação na rede de proteção à criança e ao adolescente;
- Capacitar os responsáveis pelo acompanhamento da puericultura nas unidades de saúde, referente à introdução de alimentos complementares a partir dos seis meses e práticas de higiene com relação aos alimentos complementares.

Implantar Cursos nas Comunidades relacionadas à Promoção da Alimentação Saudável e de Segurança Alimentar

- Curso de aproveitamento Integral dos Alimentos;
- Oficina de sucos;
- Economia doméstica;
- Planejamento de cardápio familiar;
- Boas Práticas de Manipulação dos Alimentos.

5.1.5 SAÚDE BUCAL

- Implantar seis Equipes de Saúde Bucal na ESF;
- Implantar CEO (Centro de Especialidades Odontológicas);

- Continuar e ampliar o Programa Saúde Bucal nas escolas;
- Implantar o serviço de próteses dentárias;
- Aumentar o número de profissionais de saúde bucal;
- Continuar o atendimento à noite, sábado, domingos e feriados.

5.1.6 SAÚDE DO HOMEM

- Realizar o acolhimento dos homens nas Unidades de Saúde;
- Capacitar os profissionais sobre as peculiaridades do atendimento a saúde do homem;
- Promover orientações em empresas sobre a Saúde do Homem;
- Diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado conforme necessidade.

5.1.7 SAÚDE DA PESSOA IDOSA

- Efetivar a atenção integral à saúde da pessoa idosa no âmbito da Atenção Básica;
- Avançar na proposta de formação e educação permanente na área de envelhecimento e saúde da pessoa idosa para os profissionais da atenção básica;
- Estender a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para todas as UBS do município;
- Investir na organização da rede municipal de atenção à saúde da pessoa idosa;
- Desenvolver ações de prevenção da violência e atenção às vítimas na Rede de Proteção a população idosa;
- Implantar academias populares para a pessoa idosa.

5.1.8 SERVIÇO SOCIAL

- Fortalecimento do trabalho em rede (resolutividade e integralidade);
- O acolhimento humanizado, escuta qualificada, em todos os tipos de atendimentos e em todas as fases do processo de acompanhamento dos usuários, seja individual ou coletivo, no núcleo familiar, institucional e/ou comunitário;
- Execução dos projetos referente às resoluções 177/2012 e 230/213;
- Implementação das ações de enfrentamento a violência e promoção da saúde;
- Implementação do plantão social, bem como o apoio técnico as equipes locais de saúde;
- Fortalecimento dos conselhos de políticas públicas (criança / adolescente, assistência social, saúde e idoso);

Meta Anual Conforme Indicador – 2014 a 2017

INDICADOR	Unid	2014	2015	2016	2017
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	39,10	46,92	56,30	70,37
Proporção de internações por condições sensíveis a atenção básica	%	14,25	13,54	12,86	12,22
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	%	63,00	66,15	69,46	72,93
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	%	43,86	44,74	45,63	46,54
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	%	12,95	13,21	13,47	13,74
Número de Unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	Nº absol.	13	14	14	14
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão	0,50	0,52	0,54	0,56
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	0,27	0,29	0,31	0,33
Proporção de parto normal	%	63,24	64,50	65,79	67,11
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais de consultas de pré-natal	%	72	74	76	78
Número de testes rápidos por gestantes	Nº absol.	2	2	2	2
Número de óbitos maternos	Nº absol	1	1	1	1
Taxa de mortalidade infantil	Razão	11	10,5	10	9,5
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	%	70	80	90	100
Proporção de óbitos maternos investigados	%	100	100	100	100
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	%	90	90	95	95
Número de casos novos de sífilis congênita	Nº absol	17	16	15	14

5.2 ASSEGURAR A EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo: Fortalecer, estruturar e aperfeiçoar a Vigilância em Saúde para melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos nas políticas de saúde nacional, estadual e municipal, contribuindo para melhorar a Atenção à Saúde do indivíduo e comunidade.

5.2.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ações Vinculadas ao Controle de Doenças Transmissíveis e/ou Imunopreveníveis

- Sustentação da vacinação de rotina, com coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança;
- Realização das campanhas de vacinação definidas pelo Ministério da Saúde para garantir:
 - ✓ A erradicação da poliomielite nas crianças menores de cinco anos;
 - ✓ O controle das doenças respiratórias nos grupos prioritários, eleitos pelo Ministério da Saúde, e outras que se fizer necessário;
 - ✓ A diminuição do risco de transmissão de enfermidades imunopreveníveis, assim como reduzir as taxas de abandono do esquema vacinal.
- Mantimento de imunobiológicos, seringas, agulhas e cartões de vacinação nas Unidades de Saúde em quantidade suficiente para atender a demanda;
- Acompanhamento e monitoramento mensal das coberturas vacinais obtidas nas Unidades de Saúde, direcionando as estratégias necessárias em cada situação;
- Sensibilização e capacitação dos recursos humanos envolvidos nas atividades de imunização e controle das doenças transmissíveis;
- Assessoria técnica e supervisão das unidades de vacinação deste município;

- Participação das atividades e capacitações fornecidas pelo nível estadual;
- Implantação de estratégias de intensificação e busca ativa específica dos faltosos, para garantir o compromisso do alcance das coberturas vacinais;
- Notificação e investigação dos eventos adversos;
- Monitoramento e acompanhamento das atividades realizadas pelas equipes técnicas das unidades de saúde frente ao controle de doenças transmissíveis (contenção de novos casos, surtos e/ou epidemias);
- Investigação, acompanhamento e análise dos casos de surtos;
- Realização de bloqueios (imunobiológicos e quimioproláticos) nos casos de suspeitas de doenças meningocócicas, sarampo, caxumba e rubéola;
- Coleta de exames sorológicos e envio ao Lacen para confirmação ou descarte dos *casos suspeitos de doenças e agravos notificados*;
- Cumprimento da Portaria MS nº 21/02/06 (Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória);
- Investigação e avaliação das notificações de doenças e agravos em tempo oportuno;
- Manutenção dos sistemas SINAN, SIM, SINASC e PNI;
- Alimentação regular das bases de dados nacionais, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde;
- Distribuição e coleta das declarações de nascidos vivos, de óbitos e ficha individual de notificação de doença e agravos;
- Avaliação das causas de óbitos ocorridos no município.
- Manutenção das ações de controle da hanseníase;
- Manutenção e aprimoramento da vigilância epidemiológica das hepatites virais (hepatite A, hepatite B, hepatite C);
- Manutenção das ações de controle da tuberculose;
- Sensibilização e capacitação das equipes da vigilância epidemiológica e atenção básica para diagnóstico precoce e tratamento dos agravos considerados de relevância;

- Ações de informação e educação em saúde para a população sobre sinais e sintomas da doença e agravos considerados de relevância;
- Assessoria e apoio técnico as Unidade de Saúde;
- Monitoramento e avaliação das ações realizadas;
- Adicionar aos indicadores epidemiológicos o número de agravos atendidos na rede de atenção básica, classificados segundo o capítulo do CID-10.

Ações Vinculadas à Redução da Mortalidade Infantil

- Classificar os recém-nascidos como risco baixo, intermediário e alto, utilizando como instrumento as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e o SINAN;
- Monitorar os bebês de risco intermediário e alto, quanto ao acompanhamento adequado;
- Articular com a Atenção Primária no que se refere ao acompanhamento de risco;
- Investigar todos os casos de mortalidade infantil e fetal em tempo hábil;
- Manter o sistema SIM atualizado com digitação da conclusão da análise dos óbitos antes de 120 dias da data do óbito;
- Articular com a 2ª Regional de Saúde para manter a qualidade das informações da investigação dos óbitos fetais e infantis por meio de prontuário hospitalar;
- Organizar o Comitê de Mortalidade Infantil;
- Reunir-se mensalmente em Comitê para análise de todos os óbitos infantis e fetais;
- Implantar relatório mensal apontando dificuldades levantadas durante o Comitê de Mortalidade Infantil, bem como ações a serem tomadas para corrigir as falhas pontuadas;
- Estudar as causas de mortalidade infantil no município, com análise da taxa dos últimos anos e curva instável;

Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA

- Implantar os serviços de Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais UDM;
- Implantar o Serviço de Assistência Especializada;
- Fortalecer o CTA e descentralizar serviços, como testagem da sífilis, HIV e Hepatites B e C nas UAP.

5.2.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- Agregar à equipe um odontólogo, um técnico em segurança do trabalho, uma enfermeira e mais um técnico em saneamento;
- Cadastrar e fiscalizar 100% dos estabelecimentos que vendam serviços ou produtos de interesse à saúde, bem como aqueles de interesse à Saúde do Trabalhador;
- Elaborar um arcabouço jurídico suficiente para embasar todas as ações de VISA, dando-lhe a efetividade almejada;
- Providenciar a nomeação adequada aos técnicos que atualmente trabalham na VISA, atendendo assim as boas práticas estabelecidas pelo direito administrativo;
- Buscar a qualificação da equipe por meio de cursos e treinamentos, quer sejam eles ministrados pelas outras esferas do SUS, quer sejam por outros órgãos ou entidades.

5.2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

- Trazer o assunto ao conhecimento da coordenação das Unidades Básicas de Saúde e do Pronto Atendimento 24 horas nas reuniões de coordenação;
- Orientar os profissionais de saúde da atenção básica quanto à detecção de acidentes e doenças ocupacionais;
- Estimular o preenchimento das notificações compulsórias relacionadas à saúde ocupacional;

- Interagir com o Pronto Atendimento 24 Horas e Unidades de Saúde para notificar os casos de acidente de trabalho atendidos no local, reduzindo a subnotificação de casos.
- Estimular o preenchimento de CAT pelo Pronto Atendimento 24 horas;
- Realizar investigação de acidentes classificados como graves, em conformidade com o Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho (CEIOART);
- Participar das reuniões, com apresentações de casos para o CEIOART;
- Articular com as equipes do CEREST a fim de obter suporte técnico e apoio para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador;
- Traçar perfil de riscos ocupacionais do município conforme classificação nacional de atividades econômicas (CNAE);
- Analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho;
- Adotar práticas de intervenção nas empresas, orientadas pela priorização de medidas de controle dos riscos;
- Implementar ação de controle de acidentes de trabalho com material perfuro-cortante com os funcionários da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré lotados na saúde;
- Implantar ações de controle de vacinação dos funcionários da rede pública do município.

5.2.4 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Ações Vinculadas ao Controle da Dengue

- Integração da vigilância em saúde com a atenção básica;
- Organização de ações para o “dia nacional” de mobilização contra a dengue (novembro);
- Realizar visitas para controle da dengue - 04 ciclos
- Apoio técnico às unidades de saúde;

- Elaboração e reprodução de material educativo (folder, cartilha, cartaz, banner, manuais). Para prevenção e controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores.

Ações Relacionadas ao Programa Municipal de Controle de Endemias

- Pesquisa entomológica (PE);
- Levantamento de índice amostral, três ciclos 33%;
- Controle vetorial químico;
- Tratamento focal;
- Tratamento perifocal;
- Tratamento Ultra Baixo Volume – UBV;
- Educação em saúde;
- Dia nacional de mobilização contra dengue (novembro);
- Manutenção do SISPNC, RG atualizado.

Meta Anual Conforme Indicador – 2014 a 2017

INDICADOR	Unid	2014	2015	2016	2017
Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	%	95	95	95	95
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	%	85	85	85	85
Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	%	85	86	87	88
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	95	95	95	95
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação	%	90	90	90	90
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	Nº absol.	8	9	10	11
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	%	100	100	100	100
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Nº absol.	0	0	0	0
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coorte	%	86	87	88	89
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	%	73	73	73	73
Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	%	33	33	33	33
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	32	33	34	35

5.3 PROMOÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL POR MEIO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

Objetivo: Ampliar a estrutura e organizar a rede de atenção a Saúde Mental no município.

- Estruturação e implantação de um Programa de Saúde Mental Municipal;
- Fortalecimento da articulação e ações com a rede de saúde e outros setores (RAPS);
- Criação de uma rede de Atenção Integral em Saúde Mental que atenda as necessidades dos pacientes em todos os níveis de assistência: nível primário (atenção básica), nível secundário (serviço especializado, CAPS) e nível terciário (Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral);
- Embasamento científico para elaboração de diretrizes de atenção a Saúde Mental (Sociedade Paranaense de Psiquiatria, Sociedade Paranaense de Psicologia);
- Disponibilização de leitos de internação em hospital geral e/ou unidade 24hrs para casos de emergências psiquiátricas (conforme preconiza as portarias 224/92, 251/02, 1612/05, 817/02);
- Levantamento de dados e mapeamento da população portadora de algum tipo de transtorno mental através do trabalho com os agentes comunitários de saúde (ACS), e secretarias afins;
- Ações contemplando saúde mental infantil, dependentes químicos e do idoso nos 3 níveis de assistência;
- Estabelecimento de fluxograma de encaminhamentos em Saúde Mental com ênfase no papel da unidade básica de saúde (triadora/porta de entrada);
- Promover sistema de referência/contra-referência entre Unidade Básica de Saúde (UBS) e CAPS;
- Promover sistema de capacitação/supervisão de médicos da UBS por médicos Psiquiatras (foco na atenção primária no atendimento em Saúde mental);

- Desenvolver capacitação em Saúde Mental para os demais profissionais da área de saúde mental e atenção á saúde (reunião de colegiado com objetivo de estruturar e acompanhar o desenvolvimento da rede de atenção em saúde mental, monitoramento de casos específicos; capacitar agentes comunitários de saúde, etc.);
- Melhoria técnica e estrutural do CAPS II já implantado (investimento em otimização da assistência oferecida como psicoterapia grupo/individual, grupo operacional, grupo psicoeducação para pacientes e familiares, atividades de lazer, estrutura física, etc.);
- Criação de programa de prevenção e tratamento para dependentes químicos para adultos e adolescentes com acompanhamento ambulatorial, grupos terapêuticos familiares;
- Implantação de Caps AD (álcool e drogas) e Caps i (infanto-juvenil);
- Distribuição de medicação de alto custo (possibilitando melhora na aderência e eficácia do tratamento);
- Ampliação da área de cobertura da ESF (inserir ficha de saúde mental para os agentes comunitários de saúde; internação domiciliar; acompanhamento terapêutico, etc.);
- Investimento em remuneração de profissionais especializados como estratégia para manter as ações do Programa de Saúde Mental em atividade e evitar períodos de desassistência a população.

Meta Anual Conforme Indicador – 2014 a 2017					
INDICADOR	Unid	2014	2015	2016	2017
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	/100.000	0,95	0,98	0,98	0,98

5.4 GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA CONFORME RENAME

Objetivo: Aperfeiçoar a Assistência Farmacêutica para melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços; ampliar o acesso e melhorar a organização e qualidade da Assistência Farmacêutica; implementar o Modelo

de Atenção à Saúde no município por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica; contribuir sob a ótica da Assistência Farmacêutica para o desenvolvimento do conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, com promoção da Saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

- Implantar a REMUME, Relação Municipal de Medicamentos;
- Rever a Relação Municipal de Medicamentos, sempre que necessário;
- Implantar a COMISSÃO MUNICIPAL DE FARMACOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA, para atualizar a REMUME sempre que necessário e avaliar as solicitações administrativas ou judiciais de medicamentos não constantes da REMUME;
- Reestruturar as Farmácias de toda a Rede de Saúde, adquirindo equipamentos necessários para supervisionar o gerenciamento do estoque (Computadores e programas de gerenciamento), e prover estes estabelecimentos de atendimento humanizado;
- Equipar as farmácias com refrigeradores, termo higrômetros, prateleiras, estrados, necessários para o correto armazenamento dos medicamentos;
- Redefinir e ampliar a locação do espaço físico destinado às “Farmácias”;
- Otimização da entrega de medicamentos às Farmácias da rede, racionalizando a distribuição;
- Contratar profissionais farmacêuticos para cada unidade de dispensação, para a supervisão e o desenvolvimento das atividades a serem desenvolvidas nas Unidades Municipais de Saúde, fornecendo a estes as condições necessárias e indispensáveis;
- Participação dos Farmacêuticos em Cursos e Congressos relacionados à Assistência e Atenção Farmacêutica, como fonte de atualização e conhecimento para novas diretrizes;
- Rever este plano anualmente.

5.5 GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Objetivo: Organizar e aperfeiçoar o atendimento em urgência e emergências no município.

- Garantir através de contrato de prestação de serviços, equipe multiprofissional para o Pronto Atendimento;
- Gerenciar o contrato de prestação de serviços;
- Garantir ambulâncias equipadas para o transporte de pacientes

5.6 APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Objetivos: Melhorar a qualidade dos atendimentos através da educação permanente dos servidores; incentivar discussões sobre as práticas de trabalho; incentivar o servidor a realizar cursos para aprimoramento no plano de cargos e salários.

- Capacitar 100% dos funcionários de médio e superior relativo ao POP – Procedimento Operacional Padrão em 2014;
- Capacitar 100% dos servidores na oficina do APSUS (Atenção Primária do Sistema Único de Saúde);
- Ampliar convênios com instituições de ensino para promover capacitação, formação e educação continuada a todos os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde em 2017;
- Instalar uma sala de vídeo conferência para educação à distância;
- Estabelecer critérios para a participação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde em especializações, congressos, seminários, como: tempo de serviço, tempo de formação profissional, que os cursos tenham relação com o trabalho desenvolvido na instituição;
- Promover capacitação dos gestores da Saúde em curso de gestão;

Meta Anual Conforme Indicador – 2014 a 2017					
INDICADOR	Unid	2014	2015	2016	2017
Proporção de ações de educação permanentemente programadas e/ou realizadas	%	100	100	100	100
Número de pontos de telessaúde Brasil redes implantados	Nº absol	01	01	02	02

5.7 GARANTIR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Objetivos: Atender os usuários nos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e garantir a continuidade do tratamento.

- Adquirir e conservar veículos em condições adequadas para a realização de visitas domiciliares da ESF e demais programas;
- Informatizar e dotar os equipamentos de saúde com acesso ao sistema integrado via *online*;
- Viabilizar o Cartão SUS a todos os usuários;
- Estabelecer pactuação com os municípios da micro região, dentro das diretrizes da regionalização;
- Aumentar a oferta do número de consultas e exames especializados com demanda reprimida;
- Ofertar transporte social para os usuários do sistema;
- Disponibilizar atendimento de média e alta complexidade, através de parceria com o Estado;

5.8 ESTRUTURAÇÃO DE SERVIÇOS PRÓPRIOS COM REFORMA, AMPLIAÇÃO E/OU CONSTRUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Objetivo: Garantir a acessibilidade aos serviços de saúde pela população e garantir a melhora no acolhimento, atendimentos e procedimentos com a melhora da estrutura física dos locais da rede de atenção a saúde.

- Executar as reformas e ampliações necessárias para adequação da área física de todos os serviços de saúde, com cronograma de execução a ser discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em consonância com o que preconiza o Ministério da Saúde.
- Construção de duas unidades de ESF porte III, bairro Tanguá e Vila Feliz entre 2015 a 2017.

5.9 APERFEIÇOAR E GARANTIR O CONTROLE SOCIAL DO SUS

Objetivo: Fortalecer a participação da comunidade, bem como, das ações intersetoriais e do controle social na gestão do SUS.

- Fortalecer o SUS, com equidade e acesso universal aos serviços públicos de saúde com qualidade;
- Articular ações do Conselho Municipal de Saúde para o exercício do controle social;
- Capacitar os conselheiros de Saúde.

Meta Anual Conforme Indicador – 2014 a 2017					
INDICADOR	Unid	2014	2015	2016	2017
Plano Plurianual de Saúde enviado ao Conselho de Saúde (PPA)	Nº absol	01			
Conselho de Saúde cadastrado no sistema de acompanhamento do conselho nacional de saúde – SIACS	Nº absol	01	01	01	01
Programação Anual de Saúde (PAS) enviada ao Conselho Municipal da Saúde (CMS) após aprovação do (PPA)	Nº absol	01	01	01	01
Programar a XII Conferência Municipal da Saúde em 2015 juntamente com a Conferência Estadual da Saúde e Conferência Nacional da Saúde.	Nº absol		01		

Sugestão: na XII Conferência Municipal da Saúde poderá propor alteração de calendário para realizar conferência de quatro em quatro anos seguindo os parâmetros do CES_PR, CNS_BRASILIA.

ANEXO I

PROPOSTAS APROVADAS NA XI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA SAÚDE:

1. Hortas comunitárias nas escolas municipais com participação dos usuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como parte de sua terapia;
2. Criação de espaço para eventos para musicoterapia, porém, aberto para toda a comunidade;
3. Criação de um canil municipal para dar uma solução ao problema das zoonoses;
4. Capacitação para alimentação enriquecida voltada para os pais dos alunos da rede municipal de ensino;
5. Prevenção e estrutura em combate às drogas, conforme proposta nas pré-conferências, incluindo as instituições religiosas, associações e ONGs como parceiros;
6. Proibir e fiscalizar a venda de cigarros e álcool em torno das escolas, com a participação efetiva da estrutura da segurança pública e da Secretaria Municipal de Educação, bem como a retomada das blitz para fiscalização dos estabelecimentos alvo;
7. Incentivo de redes de proteção e discussão sobre temas relacionados à pessoa em situação de risco;
8. Criação do Conselho Municipal Antidrogas, ou melhor, fortalecimento do Conselho com efetiva participação da comunidade;
9. Reativação do PROERD.
10. Fortalecimento da atenção primária através da Estratégia da Saúde da Família com cobertura de 60% da área de município até o final de 2014;
11. Criar estratégias para ampliar a oferta de consultas e exames especializados por meio de consórcios e outros;
12. Fortalecer a comunicação com a população por meio de folder, cartilhas, e outros meios;

13. Realizar cursos e treinamentos, amplamente divulgados, para conselheiros e munícipes sobre as legislações relacionadas à saúde;
14. Criar estrutura física para o Conselho Municipal de Saúde;
15. Capacitação e ampliação das equipes de agentes comunitário de saúde;
16. Cursos de capacitação para os agentes comunitários de saúde, usando a metodologia das pastorais;
17. Implementar ações para a saúde integral do trabalhador nas empresas públicas e privadas;
18. Fiscalizar as ações de saúde integral do trabalhador nas empresas públicas e privadas para verificar o seu cumprimento;
19. Contratar através de concurso público, agentes sanitários para que visitem as famílias e atuem na educação e prevenção da poluição do meio ambiente, agindo com a Secretaria do Meio Ambiente e de Obras;
20. Promover ações de infra-estrutura geral no município, promovendo uma melhor condição de saúde a população;
21. Melhorar a saúde dos professores, aulas de hidroginástica no Centro da Juventude após 17:00h (dezessete horas), bem como atividades físicas diversas e também fisioterapia, acupuntura, homeopatia e psicologia, assim como rapidez nos exames laboratórios e por imagem;
22. Para os alunos psicólogo, fonoaudióloga, fisioterapeutas, dentista, serviço social, neurologistas e psiquiatra, preferencialmente em um mesmo local;
23. Fiscalização e coleta de lixo nas redondezas do terminal de ônibus da cachoeira;
24. A primeira proposta do terceiro grupo inclui a cobertura das equipes de saúde da família em 100% do município até o final de 2017.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ARRAIS PSD, et al. Perfil da automedicação no Brasil. Rev Saúde Pública. 1997;31(1):71-7.

BRASIL - Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL -Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de set. de 1990. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1996_20_08_2007.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Site da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp>

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 1 PlanejaSUS, 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Glossário Temático: Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Diretoria de Pesquisas – Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

BRASIL. Portaria nº 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação – Modelo de Referência de Plano Diretor de Tecnologia da Informação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: 2008.

BRASIL; Política Nacional de Medicamentos 1998 CNS Resolução 338 Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

IBGE. Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

IPARDES, Caderno Estatístico do Município de Almirante Tamandaré, julho, 2013

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte, Rev. Saúde Pública, 2006; 40 (N Esp): 73-8.

PARANÁ. Resolução SESA nº 0200/2013, de 15/03/2013. Repassa equipamentos de informática para os municípios com o título de Incentivo para Fortalecimento da Rede de Informação em Saúde do Trabalhador no Paraná.